

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina



Ginecología y Obstetricia

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga

TÍTULO

INCIDENCIA Y FACTORES PSICOSOCIALES DE TRASTORNO
DEPRESIVO Y ANSIEDAD EN EL PERIODO PERINATAL, DE
NOVIEMBRE 2014 A ABRIL 2015 EN EL HOSPITAL GENERAL DE
MEXICO, DR. EDUARDO LICEAGA

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

Malagón Gómez Mónica Leticia

Asesor de tesis: Roció Guerrero Bustos

México, D. F. [17, julio, 2015]



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO	
AGRADECIMIENTOS	IV
ABREVIATURAS	V
RESUMEN	VI
<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>1</u>
MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES	1
JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVOS	7
OBJETIVO GENERAL	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
HIPÓTESIS	7
<u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	<u>8</u>
TIPO DE ESTUDIO	8
POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	8
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	8
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	9
RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	10
IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	13
<u>RESULTADOS</u>	<u>14</u>
<u>DISCUSIÓN</u>	<u>19</u>
<u>CONCLUSIONES</u>	<u>20</u>
<u>REFERENCIAS</u>	<u>21</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>23</u>
I. CONSENTIMIENTO INFORMADO	23
II.... OTROS ANEXOS	26

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla</i>	14
--------------------	----

AGRADECIMIENTOS

Agradezco todo el apoyo y confianza brindado por parte de mi asesora de tesis, tutora y amiga la Dra. Rocío Guerrero Bustos, a mis compañeras y amigas María Fernanda Sarabia Takashima y Dulce Ixchel Ortega Hernández por contribuir con su ayuda para la realización de este proyecto, así mismo agradezco a mi esposo Eduardo García Olguín porque sin su paciencia y apoyo incondicional no lo hubiera logrado. De la misma forma agradezco a mi padre, Silverio Malagón, hermano, Hugo Malagón y por supuesto mi segunda familia y amigos mi Guardia B que día a día participaron en mi desarrollo profesional y que siempre estarán en mi vida (Ulises Medina, Karina Col, Nabil Nieto, Fernanda Sarabia, Dulce Ortega, Brenda Baca, Alfonso Reyes, Adriana García, Andrea Rodríguez).

ABREVIATURAS

SDG.....semanas de gestación

RESUMEN

En la actualidad se debería utilizar la expresión “psiquiatría perinatal”, denominación que se define como un episodio de trastorno depresivo que ocurre durante el embarazo y que continúa primeros 6 meses en el periodo posparto.

Es importante el diagnóstico temprano ya que permite evitar el deterioro de la salud mental materna y las graves consecuencias sobre sus hijos, así como la influencia de diversos factores psicosociales, por lo que se decidió analizar a las pacientes que se encuentran en el protocolo de estudio registrado con el número D1/14/112/04/072. Se lleva a cabo un tipo de estudio en la presente tesis prospectivo, descriptivo, observacional con 100 pacientes en periodo perinatal, en un periodo de 6 meses (noviembre 2014 a abril del 2015) sin comorbilidades que acuden a control prenatal, con un embarazo de 28 sdg al término del mismo, se realiza la aplicación de escalas de Zung para depresión, Hamilton para depresión y ansiedad, se confirma diagnóstico de trastorno depresivo con escala de Beck las pacientes con trastorno depresivo se realiza un cuestionario que permite determinar los factores psicosociales que con mayor frecuencia influyen.

Se observa que el 35% de las pacientes cuentan con depresión en diferentes grados, predominando con el 22% la depresión leve y con el 8% las pacientes llegan a desencadenar depresión mayor; asociado ansiedad y que el 77% de esta es grave, incluso el 95% de las pacientes se encuentra cursando trastorno de ansiedad en distintos grados. Todo esto en relación a la influencia de diversos factores psicosociales, que con mayor frecuencia se asocian con bajo autoestima, desintegración familiar, problemas económicos y problemas de antecedentes obstétricos desfavorables.

En la actualidad es importante, el diagnóstico temprano, para la prevención y manejo adecuados de la paciente, mejorando la calidad de vida materna y neonatal.

INTRODUCCIÓN

Marco de referencia y antecedentes

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto en la vida de los individuos, la familia y la sociedad en conjunto; los trastornos afectivos son la segunda alteración más común de las enfermedades mentales a nivel mundial, entre las que destaca la depresión y la ansiedad éstas, junto con el estrés, son condiciones psicológicas que afectan al binomio madre-hijo.

En la actualidad se debería utilizar la expresión “psiquiatría perinatal”, denominación que se define como un episodio de trastorno depresivo que ocurre durante el embarazo o dentro de los primeros 6 meses y en el periodo posparto. Es una de las complicaciones más comunes que ocurren durante el periodo prenatal y posnatal. De estos trastornos, son fundamentalmente los cuadros depresivos los que concitan mayor atención, tanto de parte de profesionales de la salud mental como de especialistas en ginecoobstetricia y pediatría. Entre otras razones, esto obedece a la prevalencia actual de la depresión.

Así, mientras a nivel mundial este trastorno se convertirá en la segunda causa de discapacidad para el año 2020. En nuestro país la enfermedad depresiva es el primer motivo de discapacidad en mujeres adultas, se debe considerar que se presenta principalmente durante el período de vida fértil.

Asociado a esto también encontramos el trastorno de ansiedad al que están expuestas la mayor parte de las pacientes obstétricas, desde el momento de la concepción hasta después del parto, casi siempre la depresión se encuentra asociada al trastorno de ansiedad ambas en sus distintos grados.

Para poder entender mejor estos 2 padecimientos psiquiátricos para su mejor diagnóstico es necesario saber su definición y su forma de presentación en mujeres embarazadas ya que de alguna manera ciertos síntomas presentes en esta son normales.

La ansiedad se define como un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto; puede ser patológica cuando no es proporcional a la situación que la desencadena o cuando no existe un motivo específico para su aparición, o aun cuando es una respuesta inadecuada frente a una determinada amenaza, debido a su intensidad o duración. Por un lado la gravidez, el parto y el puerperio representan periodos sensibles durante el ciclo vital de la mujer. Estos periodos provocan grandes transformaciones, no solo desde el punto de vista fisiológico, sino también desde el punto de vista psíquico o del rol socio-familiar femenino. Además de estas

alteraciones, cambios físicos se dan durante la gravidez pudiendo provocar inestabilidad emocional en la mujer.

La depresión consiste en la disminución del estado de ánimo con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales, se acompaña de diversos síntomas psíquicos tales como tristeza, alteraciones de la concentración y de la memoria, así como de síntomas físicos como disminución de la libido, anorexia-hiperfagia. La depresión debe considerarse no sólo en términos de las vicisitudes instintivas de la pérdida de objeto, sino también en términos de la debilidad interna, la vulnerabilidad y el sentido de desamparo e inferioridad del propio yo. La mujer es más susceptible a padecer trastornos emocionales, en gran parte debido a los cambios hormonales durante el ciclo menstrual y con más fuerza en el embarazo, por esto es lógico pensar que la ansiedad y la depresión podrían ser trastornos presentes de manera frecuente en las embarazadas.

Debe señalarse que, además de los problemas inherentes a estos trastornos, todos los sentimientos y emociones desencadenados son capaces de afectar tanto a la madre como a su hijo.

La depresión de la embarazada puede traducirse en cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales, el deterioro del autocuidado que requiere la gravidez, la mala adherencia a las indicaciones médicas y el abuso de tabaco, alcohol y drogas, todo lo cual puede afectar el desenlace obstétrico. El suicidio, o los intentos de suicidio, son infrecuentes en las gestantes deprimidas.

Hasta el momento la depresión perinatal es poco reconocida y comprendida por lo que no suele tratarse en centros de atención obstétricas ginecológicas y primaria.

Prevalencia e incidencia de depresión y ansiedad a nivel mundial y en México

La ansiedad y la depresión se consideran trastornos de gran importancia, debido a que se trata de los dos motivos de consulta más comunes.

Algunos estudios nivel mundial muestran que más de la mitad (54%) de las mujeres tenían ansiedad prenatal y más de un tercio (37,1%) tenían síntomas depresivos, con frecuencia la primera asociada a la otra [5]. En Chile desde la década de los 90, se publicaron estudios nacionales que, en resumen, muestran que alrededor del 30% de las embarazadas presenta síntomas inespecíficos de depresión y/o ansiedad [2].

Sin embargo en las últimas décadas se ha enfatizado en pacientes con depresión perinatal por el gran problema de salud que representa este trastorno afectivo.

Algunos autores señalan que las tasas de prevalencia de depresión en el primer trimestre 7.4%, en el segundo trimestre 12.8 y en el tercer trimestre 12%. Otra revisión sistemática informaron una prevalencia del 11.0% de depresión mayor y menor en el primer trimestre, se redujo a 8,5% en el segundo trimestres y tercero. 9 En general, la prevalencia de depresión moderada y menor varió de 6,5% a 12,9% a través del embarazo, mientras que la prevalencia puntual de depresión mayor osciló entre 1,0% a 5,6% [3].

O'Hara y Swain refirieron 13%,3, Lee reportó 5.5%,4 Cooper en cambio refirió 34.7%,5 mientras que en mujeres brasileñas se ha reportado 20.7% de depresión perinatal. Entre los pocos estudios realizados en México, Ortega y cols. Informaron una prevalencia de 22% con base en una escala de autorreporte. En un estudio multicéntrico en una Clínica de Especialidades de la Mujer se encontró una media de 11.25% de depresión perinatal según la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos [9].

Finalmente con lo anterior se puede concluir a nivel mundial que del 2 a 21% de las gestantes presenta sintomatología depresiva, 8 al 25% la llegan a padecen. En México, estos síntomas se observan en 22 a 37% de las gestantes. Por lo tanto a nivel mundial dos de cada 10 embarazadas presentan depresión y dos de cada 10 tienen síntomas depresivos. Lo anterior varía de acuerdo con la forma de evaluar y diagnosticar la depresión, así como el punto de corte y las diferentes escalas [5].

Instrumentos para evolución y diagnóstico de depresión y ansiedad durante periodo perinatal

Para medir la presencia de estas patologías existen múltiples test utilizados con frecuencia en el ámbito psiquiátrico y psicológico, entre estos se encuentran las Escalas Psicométricas de Hamilton para la depresión y la ansiedad, que para efectos de esta investigación resultan ideales, ya que de manera sencilla y fidedigna permiten detectar estos trastornos.

La escala de evaluación de Hamilton para la ansiedad es una escala heteroaplicada que consta de 14 ítems, los cuales permiten determinar el grado de ansiedad generalizada de la paciente. Funciona como una entrevista semi-estandarizada, en donde el terapeuta debe evaluar en base una escala, junto con la conducta de la paciente durante la entrevista, las siguientes variables: humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, dificultades intelectuales, depresión, y síntomas musculares, gastrointestinales, genitourinarios y vegetativos. La puntuación asignada a cada una de las variables debe establecerse con arreglo a una estimación combinada de la frecuencia e intensidad de los síntomas presentes. El test de Hamilton para la depresión es una escala (de observación)

heteroaplicada que ofrece una medida cuantitativa de la intensidad del trastorno depresivo y permite cuantificar la evolución de los síntomas bajo el efecto de un tratamiento. La versión inicial consta de 24 ítems y data de 1960, fue revisada y modificada por el mismo autor en el año 1967 reduciéndola a 21 ítems.

También contamos con otras escalas como Zung o Beck que se pueden aplicar de manera conjunta o para corroborar diagnóstico de depresión; sin dejar de mencionar a Edimburgo por muchos años utilizada para diagnóstico de depresión posparto.

Basados en las premisas de que las mujeres embarazadas que presentan ansiedad prenatal y síntomas depresivos están frecuentemente asociadas a trastornos psiquiátricos y que son un factor de riesgo para padecer trastornos posparto, resulta indispensable comprender la importancia de la evaluación psicológica de la embarazada en la consulta del control prenatal con el seguimiento de los cambios fisiológicos propios de la gestación, para hacer diagnóstico y tratamiento precoz de estas patologías.

Importancia de diagnóstico y tratamiento durante periodo prenatal

La depresión y la ansiedad materna pueden conducir a los efectos adversos del binomio materno – fetal. Si no se trata, puede conducir a comportamientos de salud prenatal nocivos tales como la mala alimentación, la atención médica prenatal deficiente, el abuso de sustancias tales como tabaquismo, alcoholismo y drogas, riesgo de suicidio, etc.

La depresión no tratada durante el embarazo aumenta el riesgo para depresión posparto, ocasionando efectos negativos sobre el mal apego materno para el lactante y el desarrollo infantil. El feto puede demostrar respuestas anormales neuroconductuales como el ritmo cardíaco alterado y reacciones hipoactividad. También se han observado numerosos eventos complicaciones fetales y neonatales recién nacidos prematuro, con bajo peso al nacer, fetos pequeños para la edad gestacional, puntajes bajos de Apgar y como complicaciones neonatales como altos niveles de cortisol al nacer, deterioro cognitivo y de lenguaje, impulsividad, trastorno de déficit de atención, descontrol conductual y psicopatología en los hijos durante la infancia.

Un estudio reciente informó que los altos niveles de ansiedad y depresión prenatal se asocian con más problemas de sueño en los niños a los 18 y 30 meses [10].

Más aun, estudios clínico-perinatales han demostrado que las madres gestantes con depresión perinatal desarrollan con mayor frecuencia de complicaciones obstétricas, óbitos, partos prematuros, preeclampsia y abortos [9].

Numerosos estudios muestran que durante los meses que siguen al parto, período en que la mujer es muy vulnerable desde el punto de vista psíquico, más del 40% de las madres sufre de síntomas depresivo-ansiosos inespecíficos y que del 10% al 15% desarrolla una enfermedad depresiva propiamente. Ciertamente el contexto de la maternidad influye en la presentación de los síntomas y así, por ejemplo, las ideas de culpa y minusvalía, que en forma habitual tiñen el vivenciar de los deprimidos, aquí se traducen en sentimientos de incapacidad para asumir el rol de madre y hacerse cargo de las tareas que involucra el cuidado del pequeño.

La depresión en el embarazo sin tratamiento es factor de riesgo para depresión posparto en 50 a 65 % y reacción depresiva puerperal hasta en 80 %, por lo que es importante la detección oportuna de la depresión en la atención primaria [12].

Factores psicosociales asociados

Las mujeres con mayor riesgo de síntoma depresivo y ansiedad durante el embarazo son a menudo adolescentes, que presentan una pobre relación marital, bajo apoyo social y eventos estresantes de la vida, como son un bajo ingreso familiar, bajo status ocupacional, estrés financiero, tienen menor escolaridad, son amas de casa, regularmente tienen una baja percepción de sí mismas (bajo autoestima) son solteras, afroamericanas o hispanas; a menudo, han tenido un anterior episodio depresivo y los acontecimientos vitales negativos.

Algunas con antecedentes de historial familiar desfavorable, tales como violencia o desintegración.

También es importante mencionar eventos obstétricos desfavorables así como hijos con problemas de salud suelen desarrollan algún tipo de grado de depresión y ansiedad.

Justificación

La importancia de detectar de manera oportuna paciente en periodo perinatal con trastornos afectivos tales como depresión y ansiedad es de vital importancia para el manejo precoz de las misma; mejorando la calidad de vida no solo de la paciente también del recién nacido.

Los cuidados preconceptionales enfocados en el asesoramiento a las futuras madres e identificación de los factores de riesgo del proceso reproductivo, través del control prenatal, detectando mujeres que se encuentran en riesgo de desarrollar alguno de estos 2 problemas de salud y que ponen en peligro el binomio materno fetal.

A pesar que en muchas comunidades, más de la mitad de los embarazos no son programados y estas mujeres no pueden acceder a una orientación preconceptional adecuada que les permita afrontar el embarazo en las mejores condiciones.

Se ha demostrado que la ansiedad y la depresión antenatal son trastornos psiquiátricos frecuentes y factores de riesgo para padecer trastornos posparto, por lo que resulta indispensable comprender que la evaluación y control psicológico de la mujer embarazada no debería ser omitido o aislado de la consulta de control prenatal, sobretodo pacientes que cuenten con la influencia de algún tipo de factor psicosocial.

En la actualidad hay pocos estudios en relación con este tipo de problema, sin embargo se ha puesto énfasis en el tema dado que el diagnóstico y manejo oportuno de dichos trastornos pueden ser de gran influencia en la prevención de múltiples complicaciones tales como psicológicas, sociales, médicas y obstétricas y en el futuro pediátricas.

Por tal motivo resulta demandante iniciar el desarrollo de proyectos investigación multidisciplinarias que permitan caracterizar, evaluar y correlacionar parámetros disfuncionales de diferentes sistemas del organismo, así el diagnóstico y manejo oportuno en pacientes gestantes con alguno de estos tipos de trastornos afectivos, tal es el caso del protocolo de estudio con número de registro D1/14/112/04/072.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la incidencia de trastorno depresivo y ansiedad en pacientes en periodo perinatal del Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga y cuáles son los factores psicosociales que con mayor frecuencia influyen para desarrollar dichos trastornos.

Objetivos Específicos

- Identificar la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes en periodo perinatal de acuerdo a edad, escolaridad, ocupación, estado civil así como edad gestacional y antecedentes obstétricos.
- Determinar el grado de depresión que se presenta en pacientes en periodo perinatal
- Identificar los factores psicosociales que tienen mayor influencia en pacientes con trastorno depresivo.

Hipótesis

Las mujeres embarazadas que acudirán para atención obstétrica en el Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga, presentarán trastorno de ansiedad, así como 2 de cada 10 mujeres presentarán trastorno depresivo, asociado a múltiples factores psicosociales.

TIPO DE ESTUDIO

Se lleva a cabo un tipo de estudio prospectivo, descriptivo y observacional.

Tamaño de la muestra

La población que se estudió fueron 100 pacientes embarazadas del Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga, entrevistadas en un lapso de 6 meses (noviembre 2014 –abril 2015), para al protocolo de estudio registrado con el número D1/14/112/04/072.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres embarazadas entre 16 a 30 años de edad en tercer trimestre que a la aplicación de las escala de Zung, Hamilton y Beck para depresión [HAM-D], muestren puntuaciones que diagnostiquen trastorno depresivo y ansiedad.
- Mujeres embarazadas en tercer trimestre, que acudan para atención obstétrica en el Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga.
- Pacientes que otorguen su consentimiento informado por escrito, autorizando participar en el estudio después de recibir información del

mismo, así como su revocación en caso de que la cuenta no decida continuar en el protocolo.

CRITERIOS DE SALIDA (EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN)

El estudio contemplará los siguientes parámetros de exclusión de mujeres gestantes que presenten los siguientes criterios descritos al ingreso o durante el curso del estudio:

- Mujeres embarazadas con déficit cognoscitivo que impida la aplicación de instrumentos.
- Mujeres embarazadas que muestren historial de consumo de alcohol, tabaco, drogas y fármacos en los tres meses previos a la inclusión en el estudio.
- Mujeres embarazadas que muestren antecedentes o diagnóstico de enfermedades metabólicas, cardiovasculares, neuroendocrinas y sistémicas que alteren las variables en estudio.
- Mujeres embarazadas que cursen con trastorno depresivo severo y estén bajo esquema de tratamiento farmacológico o requieran del mismo durante el embarazo.

Variables y escalas de medición

Variables	
Independientes	Dependientes
<ul style="list-style-type: none">• Sexo• Edad• Escolaridad• Ocupación• Estado civil• Semanas de gestación• Control prenatal	<ul style="list-style-type: none">• Grado de Depresión y Ansiedad presentes en las mujeres embarazadas.• Factores psicosociales

Escalas de medición

El diagnóstico y grado de depresión y ansiedad serán evaluadas a través de cuestionarios: Hamilton para depresión (HAM-D), cuestionario o escala de Zung y las pacientes diagnosticadas con los cuestionarios anteriores se corrobora con Beck para depresión; así como Hamilton para ansiedad (HAM-A).

Escala de Hamilton para Depresión. La escala de valoración de Hamilton para depresión [Hamilton depression rating scale (HDRS)] es un instrumento, hetero-

aplicada, diseñada para evaluar pacientes con trastorno de depresión, y cuyo objetivo es evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica. Si bien, la versión original constaba de 21 ítems, la versión actualizada consta de 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986/1988 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas, como ambulatorios. Cada ítem consta de tres a cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4, respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52.

Los puntos de corte recomendados son:
--

No deprimido: 0-7 Depresión leve/menor: 8-13 Depresión Moderada: 14-18 Depresión Mayor: 19-22
--

Escala de Hamilton para Ansiedad. La escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) es un instrumento comúnmente empleado en la clínica psicológica cuyo objetivo es valorar la intensidad del estado de ansiedad. Consta de un total 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido. Proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems.

Los puntos de corte recomendados son:
--

Ausencia de ansiedad 0-5 Ansiedad leve 6- 14 Ansiedad moderada 15-17 Ansiedad severa mayor de 18

Escala de Zung para depresión Cuestionario autoaplicado formado por 20 frases relacionadas con la depresión, Con 8 ítems para cada grupo, Completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. Cada ítem de la escala puede proporcionar una puntuación entre 1 a 4; el rango de valores es por tanto de 20–80 puntos.

Los puntos de corte recomendados son:

Ausencia de depresión <=28
Depresión leve 28-41
Depresión moderada 42-53
Depresión mayor >=53

Escala de Beck: Auto aplicable, escala de 21 ítems, fiabilidad de 0,80-0,90 Combinar una entrevista diagnóstica estructurada o con una evaluación del observador.

Los puntos de corte recomendados son:

SIN DEPRESIÓN : 0
DEPRESIÓN LEVE : 10-18
DEPRESIÓN MODERADA : 19-29
DEPRESIÓN MAYOR : 30-63

Recolección de datos y análisis de los resultados

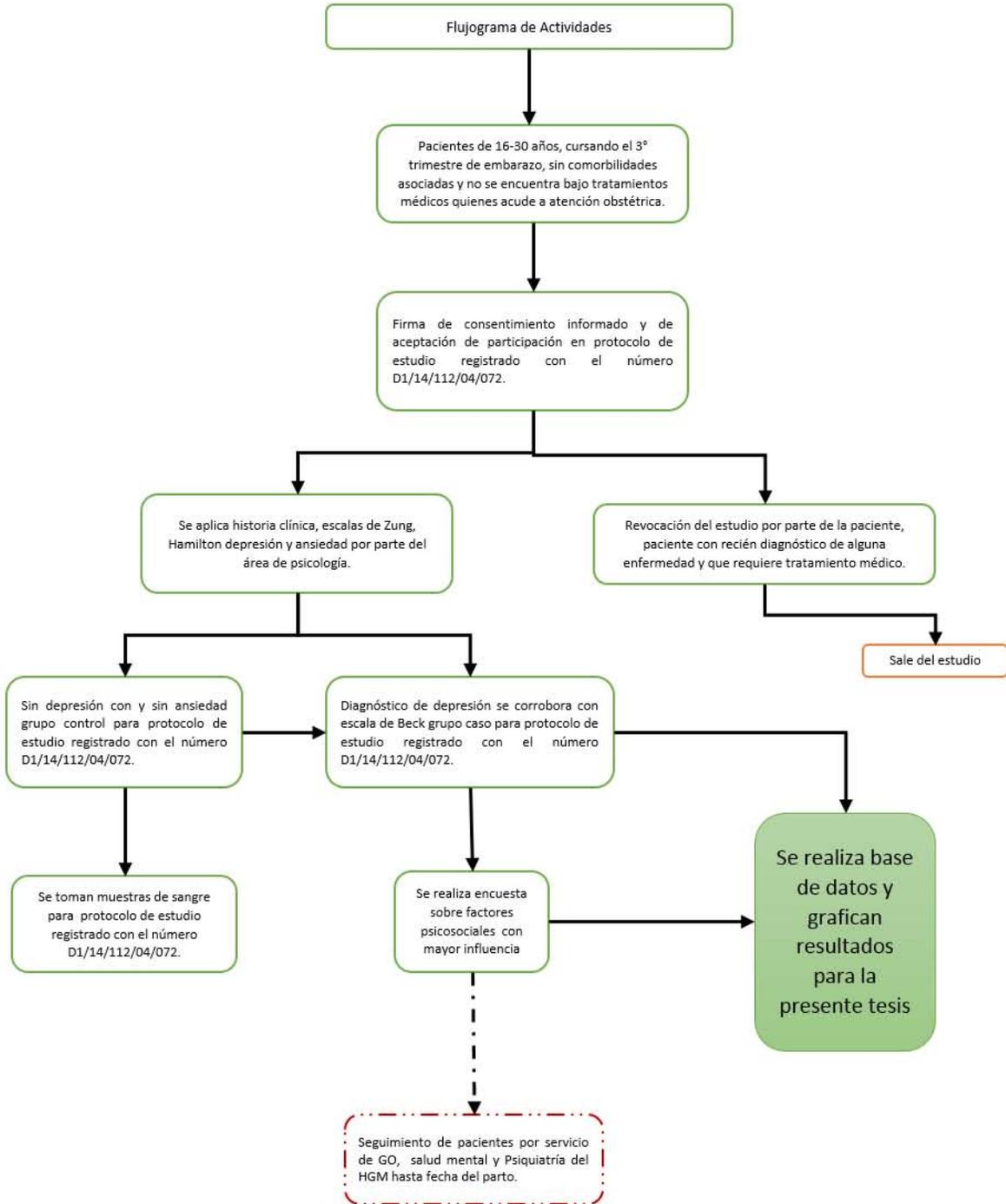
- Se identificaron pacientes embarazadas en el periodo de noviembre 2014 a abril del 2015 que contaban con los criterios de inclusión y que acudieron a atención obstétrica en el Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga.
- Se les aplica una historia clínica que incluye datos personales tales como: ficha de identificación, antecedentes personales no patológicos, antecedentes personales patológicos, antecedentes gineco-obstetricos y perinatales; datos que sirven para la selección de las pacientes, aplicando los criterios de inclusión y exclusión.
- Se les pregunto si aceptaban participar en el protocolo de estudio registrado con el número D1/14/112/04/072, se les da consentimiento informado que firman autorizando participar en este.

- Al firmar dicho consentimiento, se inicia la aplicación por parte del área de psicología de escalas de Zung para depresión, Hamilton para ansiedad y depresión, que nos diagnosticara las pacientes con ansiedad, depresión y el grado que presentan, esta última corroborándola con la escala de Beck.
- Una vez que se aplican estas escalas se califican de acuerdo a la evaluación previamente comentada, y se continua con la metodología para el protocolo de estudio registrado con el número D1/14/112/04/072.
- Se ordenan las pacientes de acuerdo al registrado con el número D1/14/112/04/072, embarazadas controles y embarazadas con depresión y ansiedad y el grado que presentan, para la presente tesis se toma completamente el número de pacientes entrevistadas hasta el momento sin dividir las en caso y controles, sacando el total de dicha población identificando cuantas tienen depresión, cuantas ansiedad y cuantas depresión y ansiedad.
- Una vez identificadas las pacientes con depresión y ansiedad se realiza llamada telefónica para realizar un cuestionario hacer de factores psicosociales que pueden haber influido para desarrollar este tipo de trastornos, y brindarles la atención correspondiente según el protocolo de estudio registrado con el número D1/14/112/04/072.

Análisis

Se llevó a cabo análisis estadístico descriptivo que comprende la estructuración de la base de datos para el estudio, de la incidencia en mujeres embarazadas de depresión y ansiedad así como el grado en el que se encuentra; incluyendo todas las variables socio-demográficas, clínicas y factores psicosociales.

El análisis univariado nos permitirá verificar la consistencia de la información capturada. Las variables cualitativas serán expresadas en porcentajes, y las variables cuantitativas serán descritas mediante las medidas de dispersión y representadas gráficamente.



Implicaciones Éticas del Estudio

De acuerdo al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la participación de los pacientes en este estudio conlleva un tipo de riesgo: Con riesgo mayor al mínimo

- Riesgo de la investigación.

Los estudios a los que estarán sujetos las participantes en el protocolo, no ponen en peligro la salud de las mujeres embarazadas reclutadas en protocolo de estudio registrado con el número D1/14/112/04/072 y objeto de estudio de la presente tesis donde solo se tomara en cuenta las encuestas realizadas

En todos los estudios los participantes estarán plenamente consciente y cooperara, por lo que no se utilizará sedación en ninguno de los estudio. Esto respeta el principio de no maleficencia.

A las mujeres embarazadas que acepten participar de manera voluntaria en el protocolo de investigación, se les dará la opción de conocer o no los resultados, con lo que se cumplen los principios de equidad y autonomía.

A las mujeres embarazadas participantes se les solicitará consentimiento informado por escrito, se les informara sobre consentimiento de revocación en el momento que decidan salir del mismo.

- Contribuciones y beneficios de la línea de investigación para los participantes y la sociedad en su conjunto.

Las alteraciones en los trastornos afectivos tales como depresión y ansiedad son comunes en las mujeres gestantes en las últimas décadas. La etiología y fisiopatología de la enfermedad no se han logrado establecer de manera precisa. El objetivo de la presente tesis es la detección oportuna de paciente con ansiedad y depresión leve moderada o mayor las cuales servirán para el estudio neuropsiquiatrico de protocolo de estudio registrado con el número D1/14/112/04/072

- Confidencialidad

Los resultados serán analizados de manera grupal, no caso por caso, por lo que no se publicarán resultados individuales sino el comportamiento de grupos, y los datos obtenidos serán manejados con claves asignadas a cada paciente para fines de análisis.

- Forma de selección de los participantes.

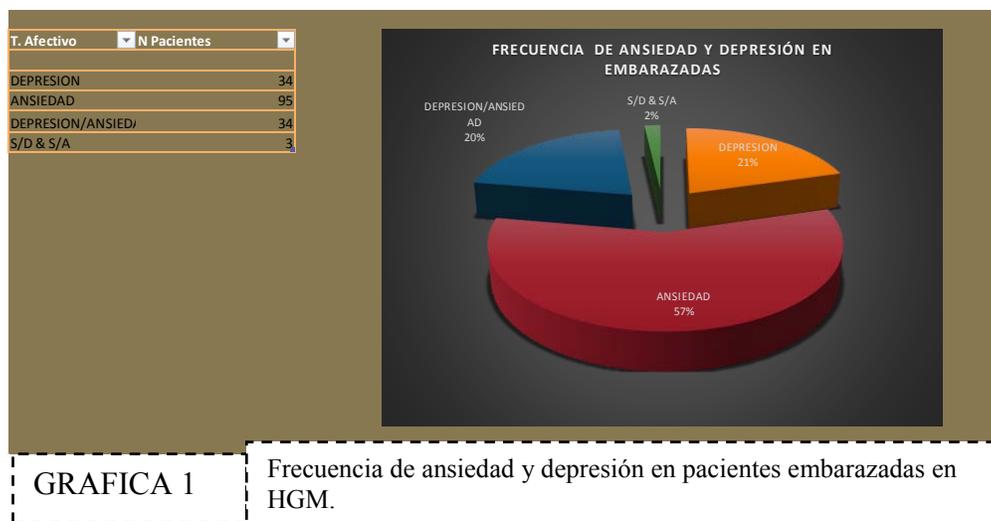
Mujeres embarazadas que cuentan los criterios de inclusión a la línea de investigación, se les invitará a participar en el mismo y se les explicará que en

caso de no aceptar que no se modificará el continuar recibiendo atención por parte de los servicios de obstetricia como de psiquiatría.

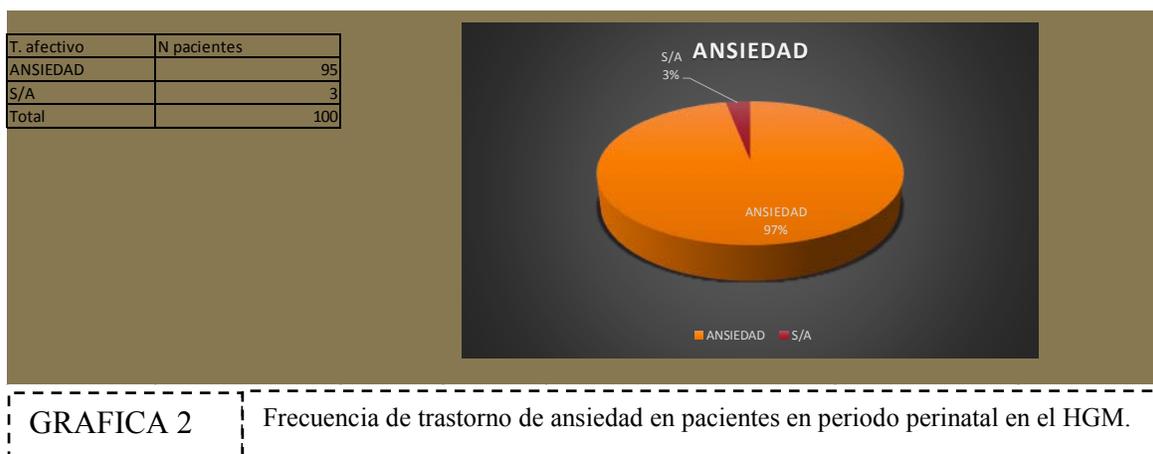
Más aun, se hará de su conocimiento en caso de solicitar la paciente o familiar acompañante, la entrega de informe sobre los estudios realizados en el paciente.

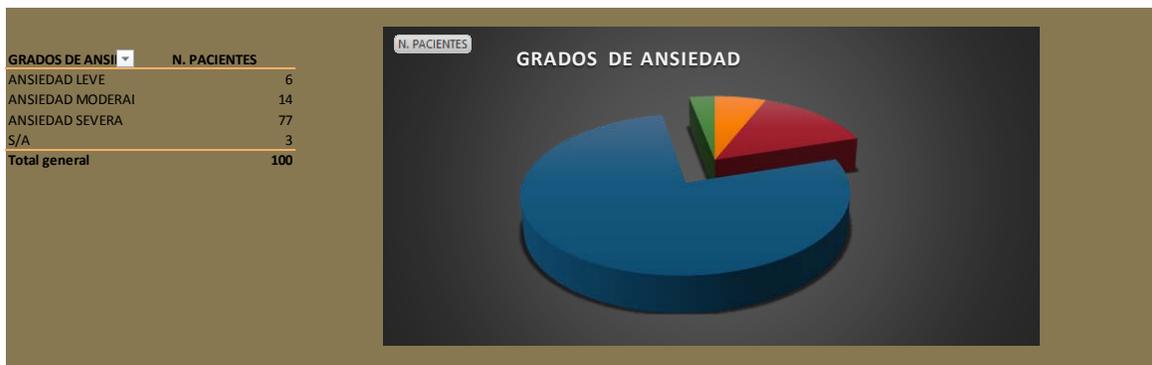
RESULTADOS

De la muestra estudiada hasta el momento que consiste en 100 pacientes en periodo perinatal, se ha encontrado: que el 57% de las pacientes cursa con ansiedad, el 21% cuentan con depresión, 20% presentan ansiedad y depresión, solo un 2% de las pacientes se encuentran totalmente sanas [grafica 1].



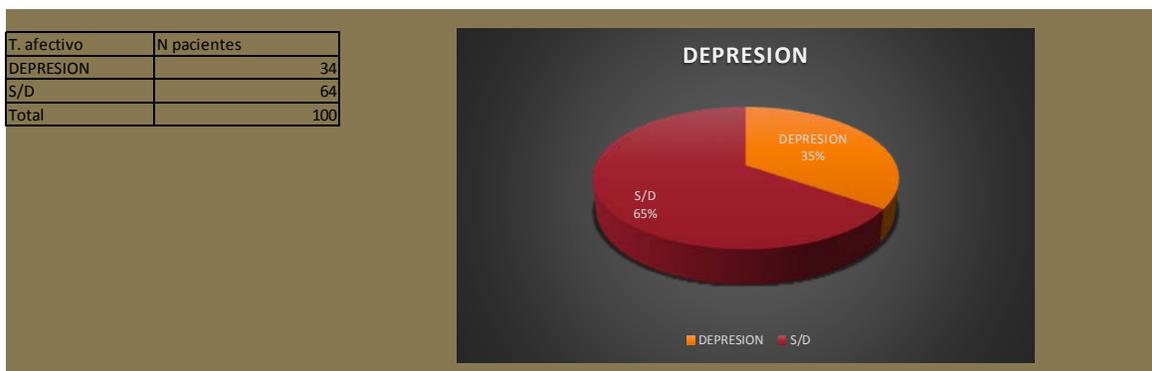
De acuerdo a los resultados presentes para cada trastorno afectivo del total de la muestra, se observa que un 97% de las pacientes cuenta con ansiedad [grafica2], en distintos grados, tales como, ansiedad leve 6%, ansiedad moderada 14%, ansiedad severa 77% [grafica 3].



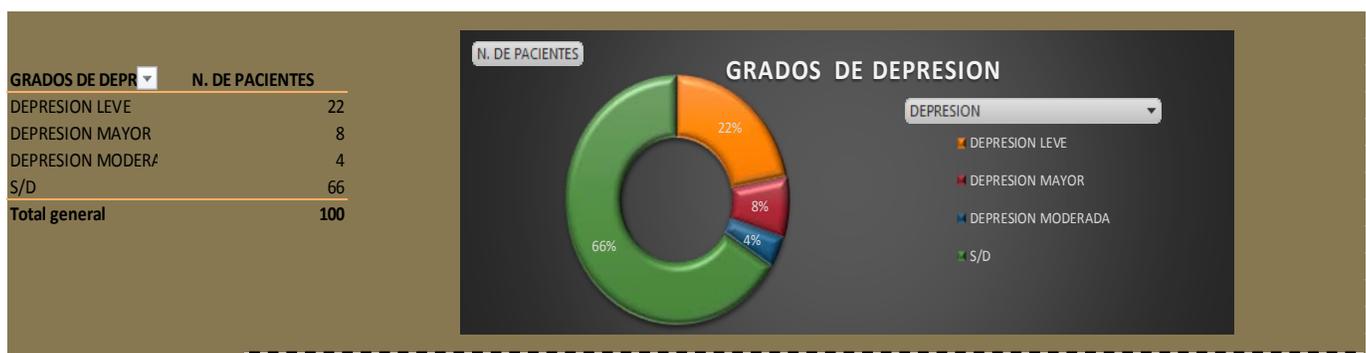


GRAFICA 3 Incidencia de grados de ansiedad en pacientes en periodo perinatal en HGM

Según los resultados del total de la muestra se observa que el 35% cursa con depresión [grafica 4], de las cuales el 22 % son depresivas leves, 4% depresivas moderadas y un 8% llega a presentar depresión mayor [grafica 5].



GRAFICA 4 Frecuencia de trastorno de depresión en pacientes en periodo perinatal en el HGM.

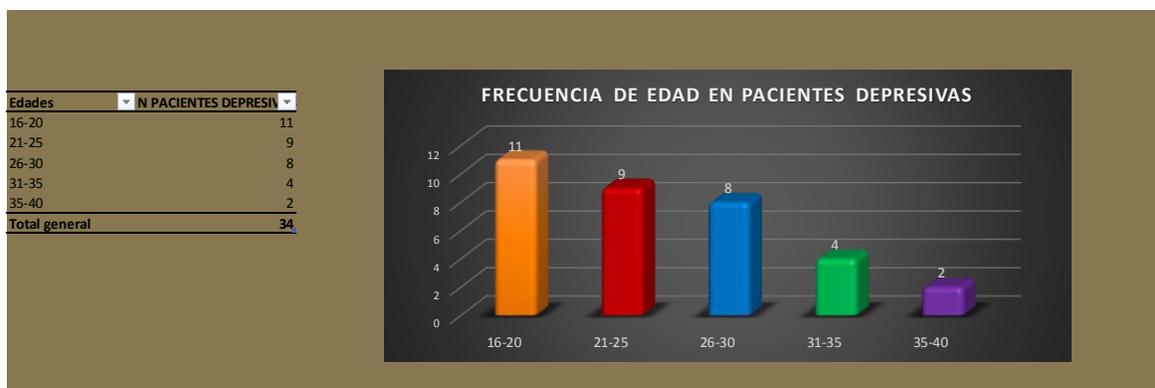


GRAFICA 5 Incidencia de grados de depresión en pacientes en periodo perinatal en HGM

Dado que el total de las pacientes depresivas presentan ansiedad se incluyen en el estudio otras variables para este grupo de pacientes, utilizando edad, escolaridad, ocupación, número de gestas, edad gestacional, estado civil y

control prenatal, lo cual puede influir de manera directa la frecuencia con la que se presenta dichos trastornos afectivos.

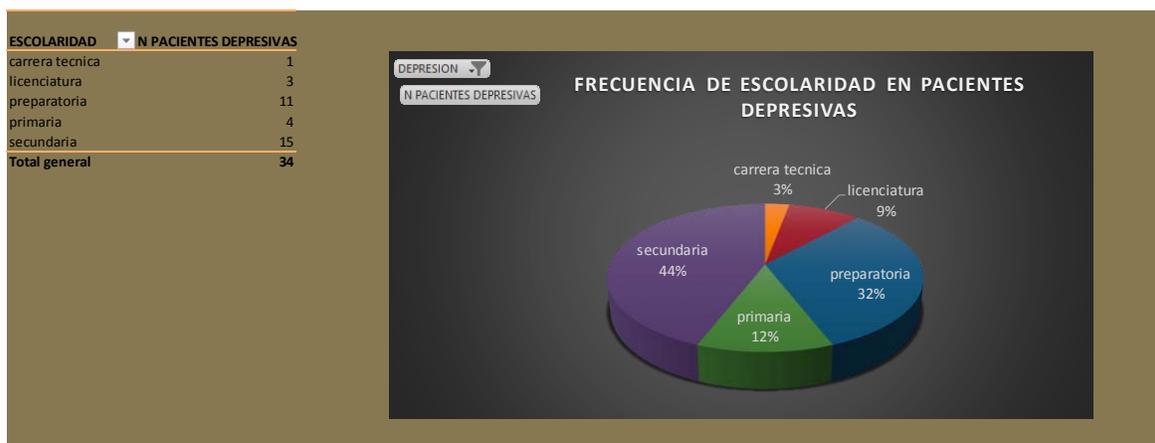
De las 34 pacientes depresivas se observa que la mayor frecuencia es de 16 a 20 años, siguiendo muy de cerca de 21 a 30 años [grafica 6], el 44% y el 32% solo estudiaron la secundaria y la preparatoria [grafica 7], el 59% se encuentran viviendo en unión libre [grafica 8], el 47% son multigestas [grafica 9], el 88% son amas de casa [grafica 10], se observa el 68% que sí acudieron a control prenatal [grafica 11], la edad gestacional que con mayor frecuencia se presenta es a las 36 semanas de gestación con un 15% [grafica 12].



GRAFICAS6

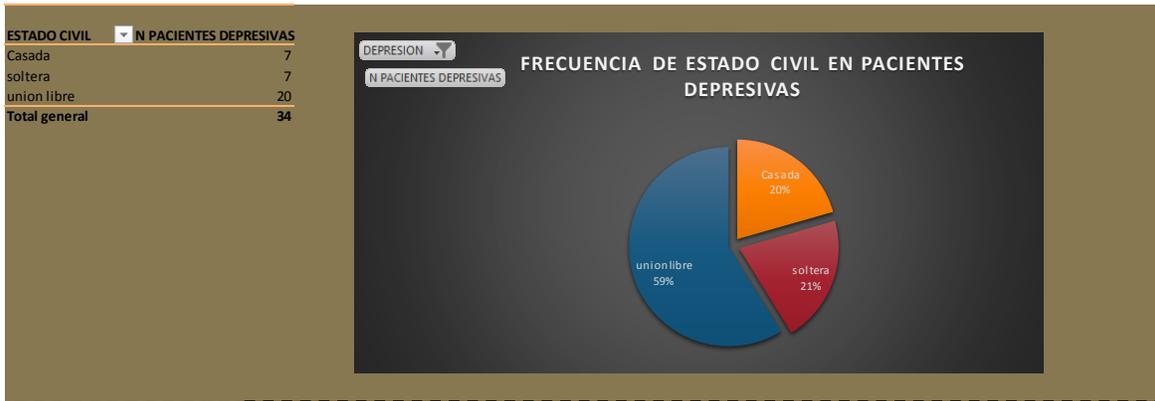
Frecuencia de edad en pacientes depresivas en periodo perinatal en el HGM

GRAFICA 5



GRAFICA 7

Frecuencia de escolaridad en pacientes depresivas en periodo perinatal en el HGM



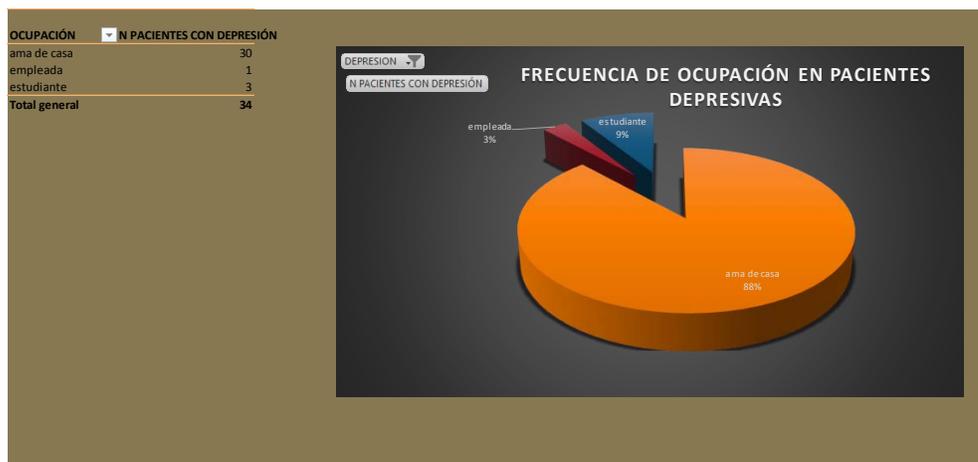
GRAFICA 8

Frecuencia de estado civil en pacientes depresivas en periodo perinatal en el HGM



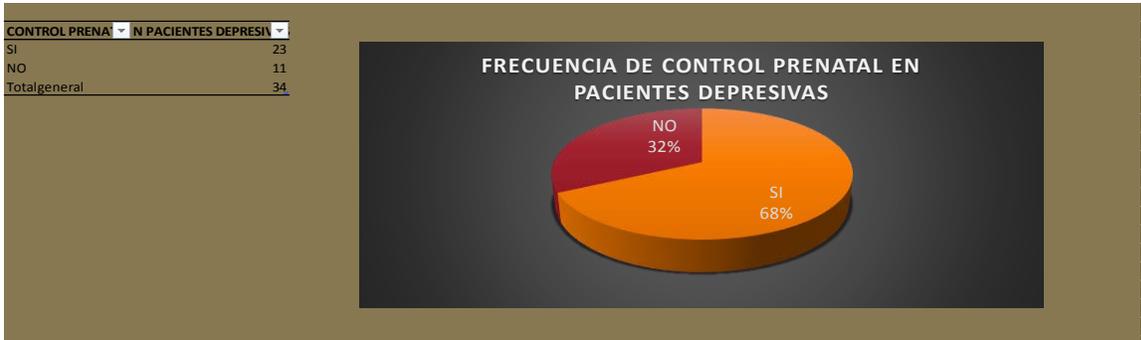
GRAFICA 9

Frecuencia de número de gestas en pacientes depresivas en periodo perinatal en el HGM

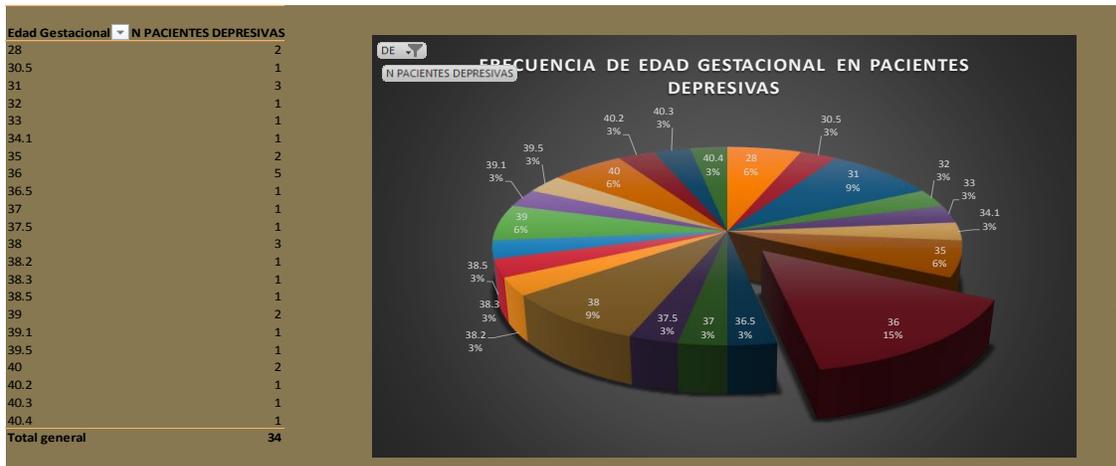


GRAFICA 10

Frecuencia de ocupación en pacientes depresivas en periodo perinatal en el HGM



GRAFICA 11 Frecuencia de control prenatal en pacientes depresivas en periodo perinatal en el HGM



GRAFICA 12 Frecuencia de edad gestacional en pacientes depresivas en periodo perinatal en el HGM

Cabe destacar la influencia de los factores psicosociales involucrados que con mayor frecuencia se presentan en estas pacientes, observando que el 33% cuentan con bajo autoestima, el 28% presenta desintegración familiar asociado con un 16% con problemas económicos [grafica 13].



GRAFICA 13

Frecuencia de factores psicosociales en pacientes depresivas en periodo perinatal en el HGM

DISCUSIÓN

Al observar nuestros resultados de la presente tesis se abre una nueva visión dirigida al campo diferente del ya estudiado, frecuentemente se estudia a la paciente ó la paciente desarrolla sintomatología psiquiátrica o psicológica durante el puerperio y existen diversos estudios publicados sobre depresión y puerperio específicamente diagnosticados con la escala de Edimburgo, sin embargo al observar nuestros resultados y con los pocos estudios que se conocen en pacientes en periodo perinatal con depresión, aplicando las escalas sugeridas para el protocolo de investigación con número de registro **D1/14/112/04/072** que son Zung, Hamilton y Beck, se concluye que estas patologías parece ser menos comunes después del parto que durante el embarazo.

Se observa que hasta el momento de las pacientes que se estudiaron el 35% cuentan con depresión en diferentes grados, predominando con el 22% la depresión leve y con el 8% las pacientes llegan a desencadenar depresión mayor; un punto muy importante y que es de gran interés es que la mayor parte de las pacientes se encuentran con síntomas de ansiedad y que el 77% de esta es grave, incluso el 95% de las pacientes se encuentra cursando trastorno de ansiedad en distintos grados, es algo poco estudiado y que debe ser de gran interés para ginecólogos, obstetras, maternos fetales, así como para psicólogos y que si se requiriera incluso para médicos psiquiatras, valdría la pena enfocar los esfuerzos para asociar cual es el factor o factores desencadenantes de este trastorno, específicamente en pacientes embarazadas.

Las pacientes que se detectaron con 35% de depresión se observó que regularmente son pacientes entre 20 y 30 años, solo estudiaron la secundaria o

la preparatoria, se encuentran viviendo en unión libre, son amas de casa, multigestas, con mayor frecuencia se presenta a las 36 semanas de gestación y la mayoría de ellas acuden a control prenatal.

Dentro de los factores psicosociales que influyen se encuentra el 33% presentan bajo autoestima, el 28% desintegración familiar, el 16% refieren problemas económicos y en un 15% presentaron algún tipo de problema durante algún evento obstétrico previo entre ellos abortos recurrentes, preeclampsia, diabetes gestacional, fetos óbitos o con alguna malformación o problema congénito.

Finalmente se detectó asociación entre trastorno depresivo y de ansiedad en sus diferentes grados en pacientes en periodo perinatal con mayor frecuencia de presentación en las últimas semanas de gestación y que podría ser el preámbulo para presentar mayor sintomatología durante el puerperio lo que la hace ser más evidente y tratable. Teniendo en la actualidad como reto el diagnóstico precoz, prevención y manejo adecuados, para general una mejor calidad de vida materna y del recién nacido.

CONCLUSIONES

Por tanto se concluye que de cada 10 pacientes en periodo perinatal 3 cursan con algún grado de depresión, presentándose con más frecuencia la depresión leve, aunque hasta un 8% llegan a cursar con depresión mayor, todas estas asociadas a cierto grado de ansiedad, encontrando hasta el 77% ansiedad severa, esto en relación a la influencia de diversos factores psicosociales, que con mayor frecuencia se relaciona con bajo autoestima, desintegración familiar, problemas económicos y problemas de antecedentes obstétricos desfavorables. Por lo que es importante, crear una consulta de Psicología y Psiquiatría permanente en las instituciones hospitalarias de nuestro país. Implementar un programa de vigilancia epidemiológica acerca de la salud mental de las mujeres embarazadas. Hacer un seguimiento de las pacientes con depresión y ansiedad durante el transcurso del embarazo y posterior a este, al igual que de sus hijos, tanto en el periodo neonatal como en la infancia temprana.

Referencias

1. O'connor Tg, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal Antenatal Anxiety And Children's Behavioural/Emotional Problems At 4 Years. Report From The Avon Longitudinal Study Of Parents And Children. *Br J Psychiatry*. 2002; 180: 502-508.
2. Leonetti Correi L, Martins Linhare Mb, Ansiedad Maternal En El Período Prenatal Y Postnatal: Revisión De La Literatura, *Rev Latino-Am Enfermagem* 2007 Julho-Agosto; 15(4).
3. Enrique Jadresic M, Depresión En El Embarazo Y El Puerperio, *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2010; 48 (4): 269-278.
4. Teri Pearlstein Md, Perinatal Depression: Treatment Options And Dilemmas, *J Psychiatry Neurosci* 2008;33(4):302-18.
5. Lartigue T Y Cols, Depresión En La Etapa Perinatal, *Perinatal Reprodud Hum* 2008;22:111-131.
6. Diaz M Y Cols, Depresión y ansiedad en embarazadas, *salus online* 2013;17-2.
7. Retamal P. Depresión; guía para el paciente y la familia. Editorial Universitaria: Santiago de Chile, 1999; p. 9.
8. Luján S. Actualización Depresión en el embarazo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires* 2009; 88(982):234-43.
9. Lee A, Lam S, Siu K, Sze S, Chong C, Chui H, Fong D. Prevalence, Course and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *Obstet Gynecol* 2007; 110(5):1102-12.
10. Leonetti L, Martins M. Ansiedad maternal en el periodo prenatal y postnatal: Revisión de la literatura. *Rev Latino-Americana Enfermagem* 2007; 15(4):677-83.
11. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Artículo de revisión. *Rev Chil NeuroPsiquiatría* 2010; 48(4):269-78.
12. Ramos-Brieva JA, Cordero A. A New validation of the hamilton rating scale for depression. *J. Psychiatric Res* 1988; 22. p. 21-8.
13. Bao M, Vega, J, Soana P. Prevalencia de depresión durante la gestación. *Rev Neuropsiquiatría* 2010; 73(3):95-103.
14. Ceballos-Martínez I y cols, Depresión durante el embarazo. *Epidemiología en mujeres mexicanas*, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010; 48 (1): 71-74.
15. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F, Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country, *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115: 481-486
16. Almanza-Muñoz MC, Prevalencia de depresión posparto y factores asociados, en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer, *Rev Sanid Milit Mex* 2011; 65(3) May -Jun: 78-86.
17. Muraca GM, Joseph MD, The Association Between Maternal Age and Depression, *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36(9):803-810.

18. Gibson J y cols, A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women, *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 350–364.
19. Freeman MP, Perinatal Psychiatry: Risk Factors, Treatment Data, and Specific Challenges for Clinical Researchers, *J Clin Psychiatry* 69: 4, april 2008.
20. Daley AJ y cols, The effectiveness of exercise for the prevention and treatment of antenatal depression: systematic review with meta-analysis, *BJOG* 2015;122:57–63.
21. Wesström J, Skalkidou A, Manconi M, Pre-pregnancy Restless Legs Syndrome (Willis-Ekbom Disease) Is Associated with Perinatal Depression, *Journal of Clinical Sleep Medicine*, Vol. 10, No. 5, 2014.

Anexos

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS (se presentan los utilizados para el protocolo de investigación con número de registro D1/14/112/04/072)

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA INGRESO AL PROTOCOLO DE INVESTIGACION DENOMINADO "CARACTERIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA FUNCION DEL EJE HIPOTALAMO-HIPOFISIARIO SUPRARRENAL (HHS) Y LAS ALTERACIONES NEUROENDOCRINAS, INMUNOLÓGICAS, GENÉTICAS Y EPIGENÉTICAS EN MUJERES EMBARAZADAS CON TRASTORNO DEPRESIVO DURANTE EL PERIODO PERINATAL".

Nombre de la paciente: _____ Edad: _____

No _____ de _____ Exp.: _____ Lugar _____ y
fecha: _____

Domicilio _____

Nombre del esposo, familiar responsable o representante legal: _____

Edad _____ parentesco: _____

Por medio de la presente manifiesto que el (la) Dr (a). _____ del servicio de **Gineco Obstetricia** del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha informado acerca de la posible inclusión en el protocolo de investigación denominado "Caracterización y evaluación de la función del eje hipotálamo-hipofisiario-suprarrenal (HHS) y las alteraciones neuroendócrinas, inmunológicas genéticas y epigenéticas en mujeres embarazadas", lo cual se me ha explicado ampliamente acerca de los alcances _____, riesgos _____ y _____ complicaciones _____ que podrían ocurrir durante el mismo, entiendo que

mi participación es completamente voluntaria, sin que media ningún tipo de coacción física, moral o psicológica y podría abandonar el protocolo en cualquier momento si así lo decidiera.

He comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico realizó todas las observaciones pertinentes y aclaró todas las dudas que he planteado. Mi participación consistirá en extracción de una muestra de sangre y una de orina, contestación de cuestionarios de evaluación y colaboración en las actividades que me recomienden.

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**

Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención, podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (enfermeras o médicos residentes de la especialidad).

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA INGRESO AL PROTOCOLO DE INVESTIGACION DENOMINADO “**CARACTERIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA FUNCION DEL EJE HIPOTALAMO-HIPOFISIARIO SUPRARRENAL (HHS) Y LAS ALTERACIONES NEUROENDOCRINAS, INMUNOLÓGICAS, GENÉTICAS Y EPIGENÉTICAS EN MUJERES EMBARAZADAS CON TRASTORNO DEPRESIVO DURANTE EL PERIODO PERINATAL**”.

Nombre y Firma del paciente

Médico Investigador (Nombre, Cédula Profesional y Firma)

Que se identifica con:

Que se identifica con:

Nombre y Firma del Familiar Responsable

Que se identifica con

Nombre y Firma Testigo

Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley, deberá contener todos los datos solicitados, sin excepción y **llenarse un formato para cada paciente incluido en el protocolo** a realizar.

Si tuviera alguna duda o para solicitar información favor de comunicarse con la Dra. Rocío Guerrero Bustos, investigador principal, al teléfono 2789 2000 ext 1080 y /o con la Dra. Estela García Elvira, presidente del comité de ética al teléfono 2789 2000 ext 1330.

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA REVOCACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION DENOMINADO "CARACTERIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA FUNCION DEL EJE HIPOTALAMO-HIPOFISIARIO SUPRARRENAL (HHS) Y LAS ALTERACIONES NEUROENDOCRINAS, INMUNOLÓGICAS, GENÉTICAS Y EPIGENÉTICAS EN MUJERES EMBARAZADAS CON TRASTORNO DEPRESIVO DURANTE EL PERIODO PERINATAL".

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

**EN CASOS QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE
NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ declaro, que, sin que exista presión externa alguna, niego la autorización a que se me incluya en el protocolo de Investigación que me fue explicado y que me doy por enterada de los alcances de la suspensión de estos actos.

**EN CASOS QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE
REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para ser incluida en el protocolo de investigación denominado "CARACTERIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA FUNCION DEL EJE HIPOTALAMO-HIPOFISIARIO SUPRARRENAL (HHS) Y LAS ALTERACIONES NEUROENDOCRINAS, INMUNOLÓGICAS, GENÉTICAS Y EPIGENÉTICAS EN MUJERES EMBARAZADAS CON TRASTORNO DEPRESIVO DURANTE EL PERIODO PERINATAL", no deseo proseguir con el mismo, por lo que doy por finalizado de este consentimiento, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante y sus colaboradores, una vez que me han explicado los alcances de la revocación del mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y cédula del médico tratante

Nombre y firma del familiar responsable o representante legal

Nombre y firma del Testigo

Nombre y firma del Testigo

II ANEXOS

ESCALAS

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

DEPRESIÓN

	TEST DE HAMILTON – ESCALA I					N	A	B	C	S
1. Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Llora con facilidad										
2. Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo										
3. Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.										
4. Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.										
5. Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.										
6. Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.										
7. Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.										
8. Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.										
9. A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.										
10. Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.										
11. Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.										
12. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.										
13. Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.										
14. Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.										
15. Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.										
16. Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.										
17. No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.										
18. Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.										
19. No se lo que pasa, me siento confundido.										
20. Por las mañanas(o por las tardes me siento peor)										
21. Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.										

TOTAL :

ANSIEDAD

	TEST DE HAMILTON - ESCALA 3	R	A	M	S
1.	Me siento más nervioso y ansioso de lo normal				
2.	Siento miedo sin ver razón para ello				
3.	Me enfado con facilidad o siento momentos de mal humor				
4.	Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar				
5.	Siento que todo va bien y nada malo puede suceder				
6.	Los brazos y las piernas se me ponen trémulos y me tiemblan				
7.	Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda				
8.	Me siento débil y me canso con facilidad				
9.	Me siento tranquilo y puedo permanecer sentado fácilmente				
10.	Siento que mi corazón late con rapidez				
11.	Estoy preocupado por los momentos de mareo que siento				
12.	Tengo periodos de desmayo o algo así				
13.	Puedo respirar bien con facilidad				
14.	Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y de los pies				
15.	Me siento molesto por los dolores de estómago y digestiones				
16.	Tengo que orinar con mucha frecuencia				
17.	Mis manos las siento secas y cálidas				
18.	Siento que mi cara se enrojece y me ruborizo				
19.	Puedo dormir con facilidad y descansar bien				
20.	Tengo pesadillas				

TOTAL -

ESCALA DE BECK

Instrucciones

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido *durante esta última semana, incluido el día de hoy*. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. 0 No me siento triste
1 Me siento triste
2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
2. 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
1 Me siento desanimado respecto al futuro
2 Siento que no tengo que esperar nada
3 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán
3. 0 No me siento fracasado
1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
3 Me siento una persona totalmente fracasada
4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes
1 No disfruto de las cosas tanto como antes
2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas
3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo
5. 0 No me siento especialmente culpable
1 Me siento culpable en bastantes ocasiones
2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
3 Me siento culpable constantemente
6. 0 No creo que esté siendo castigado
1 Me siento como si fuese a ser castigado
2 Espero ser castigado
3 Siento que estoy siendo castigado
7. 0 No estoy decepcionado de mí mismo
1 Estoy decepcionado de mí mismo
2 Me da vergüenza de mí mismo
3 Me detesto
8. 0 No me considero peor que cualquier otro
1 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
2 Continúa me culpo por mis faltas
3 Me culpo por todo lo malo que sucede
9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería
2 Desearía suicidarme
3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad

Continúa

10. 0 No lloro más de lo que solía
 1 Ahora lloro más que antes
 2 Llora continuamente
 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera
11. 0 No estoy más irritado de lo normal en mí
 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes
 2 Me siento irritado continuamente
 3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme
12. 0 No he perdido el interés por los demás
 1 Estoy menos interesado en los demás que antes
 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
 3 He perdido todo interés por los demás
13. 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho
 1 Evito tomar decisiones más que antes
 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
 3 Ya me es imposible tomar decisiones
14. 0 No creo tener peor aspecto que antes
 1 Me temo que ahora parezca más viejo o poco atractivo
 2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 3 Creo que tengo un aspecto horrible
15. 0 Trabajo igual que antes
 1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
 2 Tengo que obligarme mucho para hacer todo
 3 No puedo hacer nada en absoluto
16. 0 Duermo tan bien como siempre
 1 No duermo tan bien como antes
 2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir
17. 0 No me siento más cansado de lo normal
 1 Me canso más que antes
 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa
 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada
18. 0 Mi apetito no ha disminuido
 1 No tengo tan buen apetito como antes
 2 Ahora tengo mucho menos apetito
 3 He perdido completamente el apetito
19. 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
 1 He perdido más de 2 kilos
 2 He perdido más de 4 kilos
 3 He perdido más de 7 kilos
Estoy a dieta para adelgazar **Sí** **No**
20. 0 No estoy más preocupado por mi salud que lo normal
 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
 2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa
21. 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 1 Estoy menos interesado por el sexo que antes
 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo
 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo

FACTORES PSICOSOCIALES CON MAYOR INFLUENCIA EN EL TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES EN PERIODO PERINATAL

	1. MALTRATO INFANTIL	2. DESINTEGRACION FAMILIAR	3. VIOLENCIA SEXUAL	4. MALTRATO PSICOLOGICO Y FISICO	5. BAJA AUTOESTIMA	6. PROBLEMAS ECONOMICOS	7. ANTECEDENTES DE PROBLEMAS OBSTETRICOS
ABRIL LARA							
SANTA HERNANDEZ							
CRISTINA GARCIA							
ITZEL GARCIA							
ANA MEJIA							
AQUILINA GARCIA							
DIANA PALOMARES							
GUADALUPE GARCIA							
LILIANA ORTEGA							
BRISEIDA MIRANDA							
YOALI ALVA							
IVETTE NAVARRO							
ELIZABETH PAREDES							
DOMITILA MONTALVO							
JAQUELINE HERNANDEZ							
ERIKA LOVATON							
ANGELICA FLORES							
SILVIA SANCHEZ							
ANA GONZALEZ							
MARIANA PEREZ							
DAMARIS SPINDOLA							
ITZEL JIMENEZ							
CLAUDIA GARCIA							
MARLENGABINO							
YARELI HERNANDEZ							
ANGELICA CAMPOS							
CLARITA ZURITA							
ARACELI NEXTICAPAN							
GABRIELA ESCALANTE							
MARIELA MARTINES							
ANA LAURA RUIZ							
BRENDA CASTAÑEDA							
REBECA MURILLO							
ZENAIDA JESUS							

1. ¿SUFRIÓ USTED MALTRATO FÍSICO, EMOCIONAL O ABANDONO EN LA INFANCIA?
2. ¿EN SU FAMILIA HAY ANTECEDENTE DE DIVORCIO O VIOLENCIA EN LA FAMILIA?
3. ¿SUFRIÓ ALGUN TIPO DE ABUSO SEXUAL EN EL PASADO?
4. ¿ACTUALMENTE SUFRE ALGUN TIPO DE MALTRATO PSICOLÓGICO O FÍSICO?
5. ¿QUÉ PIENSA SOBRE USTED MISMA?
6. ¿TIENE PROBLEMAS ECONÓMICOS?
7. ¿A TENIDO ALGUN PROBLEMA EN SUS EMBARAZOS ANTERIORES USTED O SU BEBE?