



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 77 SAN AGUSTÍN, ECATEPEC DE  
MORELOS, ESTADO DE MÉXICO

**LA ANSIEDAD PERINATAL COMO FACTOR DE RIESGO  
PARA DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES  
EMBARAZADAS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**CACIANO OLIVARES WENDY MARISOL**



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

Ecatepec de Morelos, Estado de México

2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

**LA ANSIEDAD PERINATAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA  
DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES EMBARAZADAS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

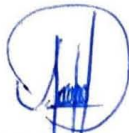
PRESENTA:

**CACIANO OLIVARES WENDY MARISOL**

AUTORIZACIONES:



**DRA. GLORIA MENDOZA LÓPEZ**  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 77



**DRA. JESSICA LOZADA HERNÁNDEZ**  
ASESOR METODOLÓGICA DE TESIS



**DRA. JESSICA LOZADA HERNÁNDEZ**  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS



**DR. SABINO CARLOS MARABEL HARO**  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 77



**DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA**  
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD DELEGACIÓN MÉXICO  
ORIENTE



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**LA ANSIEDAD PERINATAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA DEPRESIÓN  
POSTPARTO EN MUJERES EMBARAZADAS**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**CACIANO OLIVARES WENDY MARISOL**

**AUTORIZACIONES**



**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



### Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1401.  
H GRAL REGIONAL 196 Fidel Velázquez Sánchez

Registro COFEPRIS 17 CI 15 033 046

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 15 CEI 001 2017022

FECHA Jueves, 28 de enero de 2021

M.E. JESSICA LOZADA HERNÁNDEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **La ansiedad perinatal como factor de riesgo para depresión postparto en mujeres embarazadas** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-1401-001

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. GENARO ANGEL CUAZOCHPA DELGADILLO  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1401

Imprimir

**LA ANSIEDAD PERINATAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA  
DEPRESIÓN POSTPARTO EN MUJERES EMBARAZADAS.**

## ÍNDICE

I.	<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>7</b>
II.	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>13</b>
III.	<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>14</b>
IV.	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
V.	<b>HIPÓTESIS.....</b>	<b>15</b>
VI.	<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>16</b>
	VI.1 Tipo de estudio.....	16
	VI.2 Población, lugar y tiempo.....	16
	VI.3 Tipo y tamaño de la muestra.....	16
	VI.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	17
	VI.5 Variables.....	17
	VI.6 Método.....	20
	VI.7 Consideraciones éticas.....	23
VII.	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>24</b>
	VIII.1 Tablas y gráficas.....	26
VIII.	<b>DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>29</b>
IX.	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>30</b>
X.	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>31</b>
XI.	<b>ANEXOS.....</b>	<b>36</b>

## MARCO TEÓRICO

La ansiedad es un sentimiento inherente al ser humano. No hay persona que no lo haya experimentado por lo menos alguna vez en la vida. Se presenta en muchas situaciones cotidianas de la vida diaria, en el hogar, en el trabajo o en la toma de decisiones que nos parecen importantes; sin embargo, se vuelve un trastorno cuando va más allá de una preocupación o miedo temporales, pues la persona que la sufre no puede seguir con su vida normal y empeora con el tiempo, al grado de interferir con sus actividades diarias básicas.<sup>1</sup> Entre las manifestaciones se encuentran: aumento de la tensión muscular, mareo, palpitaciones, molestias digestivas, intranquilidad, nerviosismo, inquietud, preocupación excesiva, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir y miedo inminente de morir.<sup>2</sup>

La depresión se define como una tristeza patológica que causa una sensación de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida<sup>3</sup>. Freud en 1917 señala que el principal factor de riesgo para sufrir depresión es una pérdida significativa, a consecuencia de ello surge la fijación de un deseo irrealizable, el cual no puede ser reemplazado o cambiado por nada, sumado a una impotencia o desesperanza por la imposibilidad de alcanzar dicho deseo, se suman además factores biológicos y sociales.<sup>4</sup> La depresión es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres y a nivel mundial la depresión es la principal causa de incapacidad laboral en mujeres de entre 18-44 años de edad.<sup>5</sup>

Los efectos de la ansiedad materna como un factor de riesgo durante la gravidez fueron observados en un estudio, en el cual se investigó la asociación entre complicaciones obstétricas y síntomas de ansiedad y depresión en madres de recién nacidos a término.<sup>6</sup> Los autores observaron que mujeres diagnosticadas con problemas de ansiedad prenatal tuvieron mayor probabilidad de presentar complicaciones obstétricas graves.<sup>7</sup>

La depresión postparto es un concepto cuya definición todavía no está bien establecida. La CIE- 10 se refiere a “trastornos mentales asociados al puerperio” si estos comienzan en las 6 primeras semanas postparto. Sin embargo, un panel de expertos ha sugerido que el periodo que debe considerarse es el de los 3 primeros meses luego del nacimiento del producto.<sup>8</sup> Las mujeres presentan al menos cuatro síntomas de los que se mencionan a continuación: cambios en el apetito o peso corporal; alteraciones en el sueño, falta de



energía y sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para concentrarse o tomar decisiones relevantes; pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida y/o intentos autosuicidas o hacia el recién nacido.<sup>9</sup> Dicha sintomatología debe presentarse *de novo* o empeorar evidentemente, comparado con el estado anterior del individuo. Los síntomas deben mantenerse la mayor parte del día, casi todos los días, por al menos dos semanas consecutivas, debe acompañarse de un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad y vida del individuo.<sup>10</sup>

Los trastornos del estado de ánimo como tristeza postparto, depresión postparto y psicosis postparto (TPP, DPP, PPP) se consideran un problema de salud pública actual, debido al gran número de mujeres que la padecen, y sobre todo, por la alteración en la salud física y psicológica de la madre y el recién nacido.<sup>11</sup> Por lo mismo, existe una gran necesidad de que el personal que entre en contacto con la madre y el recién nacido, principalmente en el primer nivel de atención, al menos durante el primer año de vida del mismo, cuente con los conocimientos necesarios para el diagnóstico temprano de estas patologías y una referencia oportuna al especialista en caso necesario.<sup>12</sup>

En diferentes regiones de México se han reportado cifras de esta patología, en un estudio realizado en este país se encontró una prevalencia de 21.7% de sintomatología depresiva en el último trimestre de gestación. En 2004, Espíndola y su equipo encontraron un 18.5% de probable depresión perinatal en 264 pacientes del Instituto Nacional de Perinatología.<sup>13</sup> En 2015 se evaluó la prevalencia de depresión posparto en un grupo de 300 mujeres en el Hospital de la Mujer de Tlaxcala. El diagnóstico de depresión posparto se realizó mediante la escala EPDS y los resultados arrojaron una prevalencia de 18.3%.<sup>14</sup>

El DSM-IV menciona la ansiedad como parte del episodio depresivo mayor en el posparto, respecto al cual señala que a menudo se presenta ansiedad intensa e incluso crisis de angustia. La depresión puede coexistir con síntomas de un trastorno de ansiedad; además puede ser complicado al principio distinguir síntomas depresivos con síntomas comunes del embarazo o puerperio y la naturaleza de dicho problema hace que la mujer no busque ayuda.<sup>15</sup> Entre las manifestaciones clínicas de la depresión se encuentran: tristeza la mayor parte del tiempo, pensamientos negativos, miedo, cansancio excesivo, irritabilidad, llanto fácil, insomnio, pérdida de apetito o en caso contrario comer en exceso, por lo que una embarazada deprimida tendrá un mayor riesgo de un pobre cuidado

prenatal. Existe un riesgo de aproximadamente 25% de sufrir recurrencia de depresión postparto en mujeres que sufrieron episodios anteriores.<sup>16</sup>

En cuanto a lo biológico durante el embarazo se ha sugerido la presencia de anticuerpos antitiroideos, lo que produce un bajo nivel de las hormonas tiroideas, trayendo como consecuencia el estado de ánimo característico, desinterés y cansancio. Se ha observado además que aproximadamente un 5% de las mujeres sufren un hipotiroidismo pasajero durante el postparto. La progesterona también juega un papel trascendental como condicionante de la depresión postparto pues existe un descenso importante de dicha hormona en esta etapa.<sup>17</sup>

También se han visto efectos en el neonato pues se asocia con mayor riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer y sufrimiento fetal. Un estudio de Pakistán comparó 147 madres sanas con 147 madres diagnosticadas con ayuda de los criterios del CIE-10 para la depresión, encontrando que los infantes de las madres depresivas tenían más bajo peso al nacer (media 2,910 g) que los de las madres sin depresión (media 3,022 g)<sup>18</sup>. En otro estudio de cohorte prospectivo desarrollado en Francia, se encontró que la tasa de parto espontáneo prematuro era significativamente más alta en las mujeres diagnosticadas con depresión.<sup>19</sup>

La presencia de niveles de ansiedad materna en la fase pre-natal y post-natal, a pesar de no haber sido directamente asociada a la condición de bajo peso, fue relacionada con complicaciones obstétricas, como amenazas de aborto; además de influencia en el desarrollo fetal, taquicardia fetal, problemas emocionales y de comportamiento en la infancia y adolescencia del producto.<sup>20</sup> Se sabe que las mujeres con situaciones cotidianas estresantes durante el primer trimestre del embarazo, tienen un mayor riesgo de tener un aborto espontáneo o de que el recién nacido padezca diversas anomalías congénitas por una alteración del desarrollo del tubo neural, como por ejemplo labio leporino.<sup>21</sup>

La implementación del tamizaje para depresión postparto en el primer nivel mejora las tasas de detección y es aceptada por las madres y el personal de salud; sin embargo, las tasas de tamizaje son menores al 2% en medio privado y se desconocen en el sistema público<sup>22</sup>. Lamentablemente sólo un 10% de las mujeres con dicho padecimiento reciben

tratamiento durante el embarazo, y el primer paso para que esto suceda es que el personal de salud identifique el problema, para ello se han creado diferentes instrumentos de detección o tamizaje, estos son breves cuestionarios, fáciles de leer y que se llenan en unos cuantos minutos, tales como: la Escala de Depresión Postnatal (o Perinatal de Edimburgo) de Cox. Holden y Sagosvky; el Inventario de Depresión de Beck; el Test Psicométrico de Depresión de Hamilton, entre otros.<sup>23</sup>

El Postpartum Depression Predictor Inventory-Revised (PDPI-R) ha sido destacado como el primer instrumento de evaluación de los factores de riesgo; ya que incluye los factores más importantes descritos en la literatura. El PDPI-R en su versión prenatal española de Genovez y Le consta de 32 ítems agrupados en 10 grupos con formato de respuesta (Sí/No) que miden: estado civil, estatus socioeconómico, autoestima, depresión durante el embarazo, ansiedad durante el embarazo, embarazo no deseado, depresión previa a la gestación, falta de apoyo social, insatisfacción matrimonial o estrés vital.<sup>24</sup>

El estudio ALSPAC (Avon Longitudinal Study of Parents and Children) ha sido el estudio de seguimiento más importante y que ha confirmado el efecto que tiene la ansiedad durante el embarazo en el desarrollo del niño. Se trata del seguimiento de una cohorte de embarazadas del condado británico de Avon desde el año 1992 hasta la fecha. Se ha encontrado que la ansiedad materna en la semana 32 predecía problemas de conducta en niños.<sup>25</sup>

La escala de ansiedad de Hamilton (*Hamilton Anxiety Scale*) se diseñó en 1959. Inicialmente constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se resumieron en dos, con lo que quedó reducida a 13. Después, en 1969 el ítem “síntomas somáticos generales” se dividió en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) con lo que quedó con 14. La escala tiene 14 preguntas, cada pregunta consta de cinco opciones con intervalo de 0 a 4, donde 0 corresponde a ausente, 1 = intensidad leve, 2 = intensidad moderada, 3 = intensidad grave y 4 = totalmente incapacitante y se clasifican en tres grupos de acuerdo con la puntuación: no ansiedad (0-5 puntos), ansiedad leve (6 a 14 puntos) y ansiedad severa (15 o más puntos); la puntuación total de la prueba es de 56 puntos.<sup>26</sup>

La Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), diseñada en 1959 y validada para evaluar la sintomatología depresiva en el postparto y en la etapa prenatal siendo útil

para las semanas 28-34 de gestación, descrito también en la GPC SSSA 666-14, el cual es fácil de aplicar, es breve, muestra una sensibilidad de 76.7% y una especificidad de 92.5%, consta de 10 preguntas cortas, cada una de las preguntas consta de 4 opciones de respuesta valorada de 0-3 puntos, con un puntaje total máximo de 30 puntos, un total de 12 o más indica riesgo de depresión postparto.<sup>27</sup>

No existen pruebas de laboratorio o gabinete capaces de diagnosticar un trastorno de ansiedad o tipificarlo, su utilidad aplica para diagnóstico diferencial, el diagnóstico hasta el momento es clínico. Las escalas por si solas no generan un diagnóstico, pero permiten seleccionar personas con sospecha de patología, las escalas se utilizan como apoyo para reforzar diagnóstico, cribaje para detección de casos, monitoreo e investigación.<sup>28</sup> El trastorno por ansiedad generalizada se diagnostica sólo cuando los síntomas han estado presentes durante varios meses (en la DSM-IV se especifica que seis meses). Cuando los síntomas han estado presentes durante un período inferior, el diagnóstico correcto es el de trastorno adaptativo. Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 para el trastorno de ansiedad generalizada exigen la presencia de 4 síntomas de 22 (entre los cuales se incluyen 5 de los 6 síntomas que contiene el DSM-IV).<sup>29</sup>

De acuerdo a un análisis de diferentes resultados de investigación presentados por Austin, Priest & Sullivan, se encontró que algunas mujeres presentaron sintomatología depresiva desde el período de gestación hasta el período posnatal, sin descartar que en algunos casos pueden llegar a ser crónicos y entre el 30 %- 40 % de las mujeres con antecedente previo de depresión posnatal tienen una mayor probabilidad de sufrir una recaída.<sup>30</sup>

De acuerdo con la OMS, los esfuerzos para lograr el Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio, el cual es mejorar la salud materna, deben incluir medidas para prevenir y gestionar los problemas de salud mental durante el embarazo y en el postparto. La detección de manera válida y confiable de la sintomatología depresiva en atención prenatal, la subsecuente instrumentación de medidas preventivas y educativas puede contribuir a mejorar la salud mental al reducir los niveles de discapacidad y efectos negativos con los que se encuentran asociados dichos síntomas, entre otros el riesgo de depresión postparto.<sup>31</sup>

Se requieren esfuerzos para incrementar la disponibilidad de programas que atiendan las necesidades derivadas del cuidado de la salud mental materna, igualmente es necesario desarrollar programas sencillos de intervención que se enfoquen en la reducción del estrés asociado a la maternidad y que puedan ser usados por aquellos profesionales de la salud que trabajan en atención primaria.<sup>32</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La depresión es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres, se sabe que a nivel mundial la depresión es la principal causa de incapacidad laboral en mujeres de entre 18-44 años de edad. Se ha reconocido y atendido la depresión postparto como un problema de salud pública; mientras que la depresión durante el embarazo que es muy común ha recibido menos atención, uno de los principales pasos para atender la depresión perinatal y reducir los riesgos que se asocian a ella, es detectarla en los primeros meses de gestación.<sup>33</sup>

La prevalencia de depresión postparto se estima en un 11-37 % a nivel mundial y en México un 32.6% de acuerdo a un estudio realizado en hospitales de Durango. La ansiedad postnatal también es frecuente con una prevalencia 11-31.7%, y a pesar de ello ha sido poco estudiada, pues en Latinoamérica no se encontraron trabajos publicados al respecto. En México en un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología con 97 mujeres embarazadas, se encontró que 8 mujeres estuvieron deprimidas en el embarazo y en el postparto, 12 únicamente durante la gestación, pues se recuperaron en el postparto, 6 mujeres no estuvieron deprimidas durante el embarazo, pero si en el postparto y el resto no presentó depresión en ninguna de las dos etapas.<sup>34</sup>

La gran mayoría de las mujeres que experimentan ansiedad durante la etapa perinatal no buscan ayuda a este problema, por lo que para el médico pasa desapercibido, siendo necesario que conozca de esta problemática y aprenda a reconocer sus causas, para atender lo más pronto posible dicho padecimiento con ayuda de los diversos instrumentos de detección y entender la importancia de la intervención temprana. Las cifras de embarazadas con riesgo de padecer depresión post-parto son alarmantes, pues no se realizan pruebas de tamizaje de rutina y un gran número de pacientes no son diagnosticadas ni tratadas a tiempo, sufriendo con ello diversas consecuencias a la madre y al recién nacido, las cuales pudieron haberse evitado si este problema se hubiese detectado oportunamente, con pruebas que son relativamente sencillas.<sup>35</sup>

Se requiere detectar la ansiedad desde el embarazo y no sólo la depresión postparto; así como la implementación de estrategias para la prevención y los tratamientos oportunos, mejorar el pronóstico y con ello favorecer una buena salud mental durante dicha etapa.

## JUSTIFICACIÓN

La depresión post-parto es un problema emocional y psicológico con una prevalencia mundial 10-15%, que puede causar graves consecuencias en la madre o en el recién nacido sino es diagnosticada y tratada de manera temprana. Las cifras de este trastorno van en aumento, lo cual es alarmante; pues existen diferentes herramientas para poder realizar un diagnóstico oportuno; sin embargo, estas pruebas de tamizaje no se realizan de rutina, por lo que este problema pasa desapercibido al igual que las posibles consecuencias a futuro.<sup>36</sup>

Se ha comprobado que la depresión durante el embarazo y la ansiedad son trastornos frecuentes considerados factores de riesgo para padecimientos psiquiátricos en un futuro, por lo que es de gran importancia evaluarlos durante las consultas de atención prenatal. Hay pocos registros acerca de estas patologías durante el embarazo, pasando inadvertidas y olvidando que la valoración de la paciente debe ser integral, pues es bien sabido que la mujer embarazada no se enfrenta únicamente a cambios físicos.<sup>37</sup>

El embarazo es un estado que predispone a la ansiedad y la depresión, afectando a un 40% de las embarazadas, la mayoría de investigaciones acerca de ello se han enfocado en la etapa de postparto. La ansiedad en la etapa perinatal es mucho más frecuente de lo que se cree, en México se ha estudiado el efecto de diversos factores psicosociales de riesgo para la depresión postparto, pero no se ha valorado concretamente si la presencia de estos influye de manera directa en la manifestación de sintomatología ansiosa; además de si esta última tiene relación o no con una posible depresión postparto.<sup>38</sup>

Con este estudio se pretende evaluar si existe relación entre la ansiedad perinatal y la aparición de depresión postparto, ofreciendo a la futura madre una valoración integral; pues recordemos que el embarazo es un estado de múltiples cambios biopsicosociales; que no sólo afecta a la mujer sino también al producto; sin embargo el personal de salud ha olvidado la importancia del factor psicológico durante esta etapa, es por ello que se debe conocer acerca de la relevancia de dicho padecimiento e implementar una estrategia para que durante el control prenatal se evalúe dicho aspecto, pues si se diagnostica tempranamente se podrá ofrecer un tratamiento oportuno y con ello evitar posibles consecuencias ya descritas anteriormente tanto para la madre como para el recién nacido.

## OBJETIVOS

### Objetivo general:

Determinar la asociación de la ansiedad perinatal como factor de riesgo para sufrir depresión postparto en embarazadas.

### Objetivos específicos:

- Identificar la ansiedad perinatal en mujeres embarazadas mediante la aplicación de los criterios diagnósticos CIE 10.
- Identificar riesgo de depresión postparto en mujeres embarazadas mediante la aplicación de la Escala Edimburgo para depresión postparto.
- Estadificar la severidad de la ansiedad en mujeres embarazadas mediante la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton.
- Conocer las semanas de gestación de las mujeres embarazadas.
- Describir por edad a mujeres embarazadas.
- Describir el estado civil de las mujeres embarazadas.
- Describir la escolaridad de las mujeres embarazadas.
- Categorizar por ocupación a las mujeres embarazadas.
- Categorizar el número de gestas anteriores de las mujeres embarazadas.
- Conocer la existencia de complicaciones en gestas anteriores de las mujeres embarazadas.
- Conocer la existencia de complicaciones en el embarazo actual.
- Categorizar el modo de resolución del embarazo.
- Categorizar las semanas a las que nació el producto.
- Conocer la existencia de complicaciones durante el parto o cesárea.
- Conocer la existencia de complicaciones en el recién nacido.

## HIPÓTESIS

**-Hipótesis alterna:** La ansiedad perinatal está presente en el 57% de las mujeres embarazadas y se asocia con depresión postparto en un 35%; mientras que el 60% de las mujeres no presenta depresión postparto.

**-Hipótesis nula:** La ansiedad perinatal no se presenta en las mujeres embarazadas y no existe asociación con depresión postparto.



## METODOLOGÍA

### **Tipo de estudio, población, lugar y tiempo.**

Este es un estudio tipo cohorte, observacional, analítico, longitudinal y prospectivo. La investigación se llevó a cabo con mujeres embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar 77 San Agustín, de primer nivel de atención, ubicada en Avenida San Agustín s/n calle Brasil Colonia Nuevo Paseo de San Agustín, Ecatepec de Morelos, Estado de México. Durante un periodo de 5 meses.

### **Tipo y tamaño de la muestra**

La técnica de muestreo realizada fue no probabilística por cuota de pacientes embarazadas mayores de 18 años de edad que cursaran el tercer trimestre de gestación, y recibieran atención médica en la UMF 77 San Agustín, con un total de 250 mujeres evaluadas con los criterios diagnósticos de Trastorno de Ansiedad generalizada del CIE-10 y se integraron 2 grupos con un total de 80 pacientes cada uno. El primer grupo estuvo integrado con pacientes con ansiedad y el segundo grupo por pacientes sin ansiedad.

El cálculo de la muestra se realizó por la fórmula diferencia de proporciones considerando que la ansiedad perinatal está presente en el 57% de las mujeres embarazadas y se asocia con depresión postparto en un 35%; mientras que el 60% de las mujeres no presenta depresión postparto con un error esperado del 5% confianza de 95% y potencia de 90.<sup>39</sup>

$$n = \left[ \frac{Z_{\alpha} \sqrt{2\pi_1(1-\pi_1)} - Z_{\beta} \sqrt{\pi_1(1-\pi_1) + \pi_2(1-\pi_2)}}{\pi_1 - \pi_2} \right]^2$$

Donde:

$$Z_{\alpha} = (\alpha = 0.05) \quad 1.96$$

$$Z_{\beta} = (\beta \approx 0.10-0.20) \approx -1.645, -0.84$$

$$\pi_1 = \text{proporción de grupo 1: } 60\%: 0.60$$

$$\pi_2 = \text{proporción de grupo 2: } 35\%: 0.35$$

$$\pi_1 - \pi_2 = \text{diferencia entre proporción de grupo 1 - proporción de grupo 2: } 25\%: 0.25\%$$

$$n = \frac{1.96 \sqrt{2 \times 0.60(1-0.60)} - (-1.645) \sqrt{0.60(1-0.60) + 0.35(1-0.35)}}{0.60-0.35}^2$$

$$n = 80$$

Obteniéndose 80 sujetos por grupo con un total de 160

### **Criterios de selección**

- **Criterios de inclusión**

- Embarazadas del tercer trimestre mayores de 18 años.
- Embarazadas que deseen participar en el estudio previo consentimiento informado.
- Mujeres en puerperio tardío (4 semanas)

- **Criterios de exclusión**

- Embarazadas del primer y segundo trimestre (por tiempo programado para el estudio)
- Pacientes con enfermedades mentales previamente diagnosticadas como ansiedad y depresión.
- Pacientes con comorbilidades y/o complicaciones durante el embarazo como Hipotiroidismo, Hipertensión gestacional, Diabetes gestacional.

### **Definición de variables**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICIÓN
ANSIEDAD (INDEPENDIENTE)	Preocupación y miedo excesivos ante situaciones de la vida cotidiana. <sup>40</sup>	Falta de control ante una situación. Según escala CIE 10: -Presente (más de 6 meses/4 de 22 síntomas) -Ausente	Cualitativa	Nominal	-PRESENTE -AUSENTE

<b>DEPRESIÓN (DEPENDIENTE)</b>	Trastorno del estado de ánimo con tristeza constante y pérdida de interés. <sup>41</sup>	Desequilibrio de las emociones que impide continuar la vida diaria. Según test Edimburgo: Menor de 10:NO Mayor de 11:SI	Cualitativa	Nominal	-AUSENTE -PRESENTE
<b>INTENSIDAD DE LA ANSIEDAD</b>	Estado de gravedad de la ansiedad. <sup>42</sup>	Grado en que se presenta la ansiedad. Según escala de Hamilton: Ansiedad leve (6-14 puntos) Ansiedad severa (15 o más puntos)	Cualitativa	Nominal	-ANSIEDAD LEVE -ANSIEDAD SEVERA
<b>SEMANAS DE GESTACION</b>	Período desde la implantación del cigoto en el útero hasta el nacimiento del producto. <sup>43</sup>	Semanas de embarazo	Cuantitativa	Ordinal	-28 a 32 -33 a 36 -37 a 40

<b>EDAD</b>	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento. <sup>44</sup>	Número de años cumplidos hasta la fecha.	Cuantitativa	Ordinal	-18 a 21 -22 a 25 -26 a 29 -30 a 33 -34 a 37 -38 a 40 - Más de 40
<b>ESTADO CIVIL</b>	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. <sup>45</sup>	Condición de una persona en función de si tiene o no una pareja.	Cualitativa	Nominal	-SOLTERA -CASADA -VIUDA -DIVORCIADA -UNION LIBRE
<b>ESCOLARIDAD</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. <sup>46</sup>	Nivel de estudios cursados.	Cualitativa	Ordinal	-NINGUNA -PRIMARIA -SECUNDARIA - -PREPARATORIA -LICENCIATURA -POSGRADO
<b>OCUPACION</b>	Trabajo, empleo, oficio. <sup>47</sup>	Actividad a la que se dedica una persona.	Cualitativa	Nominal	-ESTUDIANTE -HOGAR -EMPLEADA -COMERCIANTE
<b>NUMERO DE GESTAS ANTERIORES</b>	Embarazos previos. <sup>48</sup>	Embarazos anteriores.	Cuantitativa	Ordinal	-NINGUNO -1-2 -3-4 -MAS DE 4
<b>COMPLICACIONES EN GESTAS</b>	Problema que dificulta un	Eventualidad patológica	Cualitativa	Nominal	-SI -NO

<b>PREVIAS</b>	proceso anterior. <sup>49</sup>	en embarazos previos.			
<b>COMPLICACIONES EN EMBARAZO ACTUAL</b>	Problema que dificulta un proceso actual. <sup>50</sup>	Eventualidad patológica en el embarazo actual.	Cualitativa	Nominal	-SI -NO
<b>RESOLUCION DEL EMBARAZO</b>	Vía de nacimiento del producto. <sup>51</sup>	Forma en que nació el bebé.	Cualitativa	Nominal	-PARTO -CESÁREA
<b>EDAD GESTACIONAL DESPUES DEL NACIMIENTO</b>	Semanas a las que se obtuvo el producto. <sup>52</sup>	Semanas a las que nació el bebé.	Cuantitativa	Ordinal	-37 -37 a 38 -39 a 40 - Más de 40
<b>COMPLICACIONES EN EL PARTO O CESAREA</b>	Problema que dificulta un proceso actual. <sup>53</sup>	Eventualidad patológica durante el parto o cesárea.	Cualitativa	Nominal	-SI -NO
<b>COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO</b>	Problema o eventualidad en el recién nacido. <sup>54</sup>	Eventualidad patológica en el bebé.	Cualitativa	Nominal	-SI -NO

### **Método**

A las mujeres que cumplieran con criterios de inclusión se les invitó de forma verbal, brindándoles información de lo que implicaba su participación en el protocolo de investigación. En caso de aceptación se entregó una hoja de consentimiento informado, para que fuera leída y firmada en caso de autorización. El investigador responsable otorgó una breve plática informativa sobre el objetivo, procedimiento, beneficios y posibles riesgos del estudio y estuvo disponible en todo momento para cualquier duda que surgiera acerca del mismo. Se condujo a las participantes al aula 2 de enseñanza, para asegurar un ambiente tranquilo y sin interrupciones, a continuación se aplicaron dos cuestionarios: para diagnóstico de Ansiedad basados en los criterios del CIE-10 (utilizado por el

investigador responsable, mismo que realizaba las preguntas y registraba las respuestas) y así formar los grupos de estudio, en las pacientes con ansiedad se aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton para valorar la intensidad y estadificar. El investigador otorgó una breve explicación para el llenado de dichos cuestionarios, lo cual tomó un tiempo aproximado de 15-20 minutos, el investigador recolectó datos sociodemográficos en la hoja de recolección correspondiente como: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, número de gestas anteriores y existencia de complicaciones o no en embarazos anteriores, sin solicitar nombre ni número de afiliación de las participantes. Posteriormente se captó a la paciente en el puerperio (periodo que comprende desde el nacimiento del producto hasta 40 días posterior al parto) y se aplicó el Test de Edimburgo para valorar el riesgo de depresión postparto, con el mismo procedimiento ya descrito anteriormente, con el cual se llevó a cabo la aplicación de los primeros cuestionarios. Los resultados del estudio se dieron a conocer de manera inmediata y personalizada al terminar de contestar los test, para finalizar se otorgó y se brindó una descripción del tema en estudio, mediante un díptico con los principales síntomas de la ansiedad y la depresión postparto, además de algunas recomendaciones para evitar dicha sintomatología.

### **Instrumentos**

**La escala de ansiedad de Hamilton** (Hamilton Anxiety Scale) se diseñó en 1959 por Max Hamilton y fue publicada en 1960. Inicialmente constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se resumieron en dos, con lo que quedó reducida a 13. Después, en 1969 el ítem “síntomas somáticos generales” se dividió en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) con lo que quedó con 14. La escala tiene 14 preguntas, cada pregunta consta de cinco opciones con intervalo de 0 a 4, donde 0 corresponde a ausente, 1 = intensidad leve, 2 = intensidad moderada, 3 = intensidad grave y 4 = totalmente incapacitante y se clasifican en tres grupos de acuerdo con la puntuación: no ansiedad (0-5 puntos), ansiedad leve (6 a 14 puntos) y ansiedad severa (15 o más puntos); la puntuación total de la prueba es de 56 puntos. Con una validez del alfa de Cronbach de 0.81-0.82<sup>55</sup>

**La Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS)**, diseñada en 1959 y validada para evaluar la sintomatología depresiva en el postparto y en la etapa prenatal siendo útil para las semanas 28-34 de gestación, descrito también en la GPC SSSA 666-14, el cual

es fácil de aplicar, es breve, muestra una sensibilidad de 76.7% y una especificidad de 92.5%, consta de 10 preguntas cortas, cada una de las preguntas consta de 4 opciones de respuesta valorada de 0-3 puntos, con un puntaje total máximo de 30 puntos. Un total de 12 o más indica riesgo de depresión postparto. La escala de Edinburgh para depresión posparto mostró una consistencia interna con alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,85.<sup>56</sup>

**Criterios diagnósticos de ansiedad CIE-10.** El trastorno por ansiedad generalizada se diagnostica sólo cuando los síntomas han estado presentes durante varios meses (en la DSM-IV se especifica que seis meses). Cuando los síntomas han estado presentes durante un período inferior, el diagnóstico correcto es el de trastorno adaptativo. Los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10 para el trastorno de ansiedad generalizada exigen la presencia de 4 síntomas de 22 (entre los cuales se incluyen 5 de los 6 síntomas que contiene el DSM-IV).<sup>57</sup>

### **Análisis de datos**

Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS versión 23 para Windows 10. Para la estadística descriptiva se realizaron las medidas de tendencia central, media para las variables cuantitativa como edad y semanas de gestación al término del embarazo, como medida de dispersión de acuerdo a su distribución, (para las de distribución normal desviación estándar y para las de libre distribución rangos intercuartiles); para las variables cuantitativas discretas como número de gestas anteriores mediana y como medida de dispersión rangos intercuartiles. Para las variables cualitativas, ansiedad, depresión, severidad de la ansiedad, escolaridad, estado civil, ocupación, complicaciones en gestas anteriores, complicaciones en el embarazo actual, método de resolución del embarazo, complicaciones durante el parto o cesárea y complicaciones en el recién nacido se realizaron frecuencias y porcentajes. Para el análisis bivariado se analizó la asociación de la ansiedad con la depresión y se utilizó  $\chi^2$ . Para el análisis multivariado se realizó regresión logística múltiple y así determinar la asociación de la depresión postnatal con las variables dicotómicas como complicaciones durante el embarazo, complicaciones en el recién nacido, método de resolución del embarazo y complicaciones en gestas anteriores.

## Consideraciones éticas

El presente estudio fue desarrollado de acuerdo con el Código de Nuremberg, los Principios de Belmont, la Declaración de Helsinki y sus revisiones posteriores. Todas las participantes invitadas al estudio recibieron información sobre los objetivos del mismo y sobre el carácter confidencial de sus datos, tras lo que se les pidió firmar una carta consentimiento informado (misma que se anexa en el apartado correspondiente), donde se estipuló que su participación era de manera voluntaria sin ninguna amenaza o coerción, con el derecho de abandonar el estudio cuando la participante lo creyera conveniente; puesto que el estudio fue de cohorte, lo cual implicó realizar dos mediciones en dos momentos diferentes, sin que esta acción tuviera alguna repercusión en cuanto a la atención médica que recibe por parte de la Institución.<sup>58</sup>

De acuerdo al Reglamento de La Ley General de Salud en material de investigación para salud, Título segundo de los Aspectos Éticos de la investigación en seres humanos, el Consentimiento informado fue revisado y aceptado por el Comité de Ética e Investigación, firmado por el sujeto en estudio o en su defecto por su representante legal y dos testigos, sin que existiera algún tipo de subordinación para que el participante pudiera elegir libremente. La presente investigación conllevó un riesgo mínimo; pues los datos se obtuvieron mediante cuestionarios, sin poner en riesgo la integridad física del sujeto de estudio; sin embargo, pudieron herir susceptibilidades al contestar algunas preguntas de carácter personal en cuanto a emociones o sentimientos de culpabilidad.<sup>59</sup>

Respecto a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, el presente estudio se rige bajo principios científicos y éticos, mismos que fueron aceptados previamente revisados por un Comité de Ética e Investigación. La presente investigación respetó la dignidad y protección de los derechos anteponiendo el bienestar de los sujetos en estudio. El anonimato del sujeto de estudio se mantuvo en todo momento, al utilizarse exclusivamente un código numérico de identificación. Los detalles permanecieron siempre confidenciales y fueron utilizados únicamente con fines académicos sin revelar el nombre del participante en ningún caso.<sup>60</sup>



## RESULTADOS.

Esta investigación de tipo cohorte, observacional, analítico, prospectivo fue realizada en la Unidad de Medicina Familiar no.77, en un periodo de 5 meses, donde se encuestó a 160 gestantes del tercer trimestre, mayores de 18 años de edad, divididas en dos grupos (80 pacientes con ansiedad y 80 con ausencia de la misma). Se encontró que el grupo de edad predominante fue el de 22 a 25 años con 53 pacientes(33.1%), seguida del grupo de 18 a 21 años con 31 participantes (19.3%), el tercer lugar lo ocupó el grupo de 26-29años con 29 mujeres (18.1%), posteriormente el rango de 30 a 33 años con 20 embarazadas (12.5 %) y el menor porcentaje fue ocupado por mujeres mayores de 40 años con tres participantes (1.87%); con una mediana de 25 y una media de 26.6 ( $\sigma \pm 6$ ).

En cuanto al estado civil los resultados fueron los siguientes: 76 mujeres (47.59%) viviendo en unión libre, 52 participantes (32.5%) se encontraban casadas, 31 mujeres (19.375%) solteras y una mujer (0.625%) divorciada. Respecto al grado de escolaridad, se observó que 78 mujeres contaban con estudios a nivel preparatoria (48.75%), seguido de nivel licenciatura en 40 participantes (25%), posteriormente 39 mujeres (24.3%) con escolaridad secundaria y por último nivel primaria en tres participantes (1.87%). Por lo que concierne a ocupación se encontró que 83 mujeres (51.875%) eran empleadas, 58 participantes (36.25%) pertenecían al rubro de ama de casa, 17 mujeres (10.625%) eran estudiantes y únicamente dos participantes (1.25%) eran comerciantes (**Tabla 1**).

En la prevalencia en cuanto a número de gestas anteriores se halló lo siguiente: ningún embarazo previo en 73 mujeres (46%), un embarazo en 37 mujeres (23%), dos gestas en 36 participantes (22%); mientras que nueve participantes (6%) contaban con tres gestas previas, y la menor prevalencia fue de cuatro embarazos previos únicamente en cinco mujeres (3%); siendo la mediana 1 (Q= 2) (**Gráfica 1**). Respecto a las 87 mujeres que tuvieron embarazos anteriores, 45 participantes (52%) no presentaron ninguna complicación en sus gestas previas; mientras que 42 mujeres (48%) mencionaron haber presentado alguna eventualidad. En las complicaciones del embarazo actual se encontró que 121 mujeres (75.625%) presentaron algún riesgo; en tanto que 39 embarazadas (24.375%) cursaron un embarazo sin ninguna dificultad.

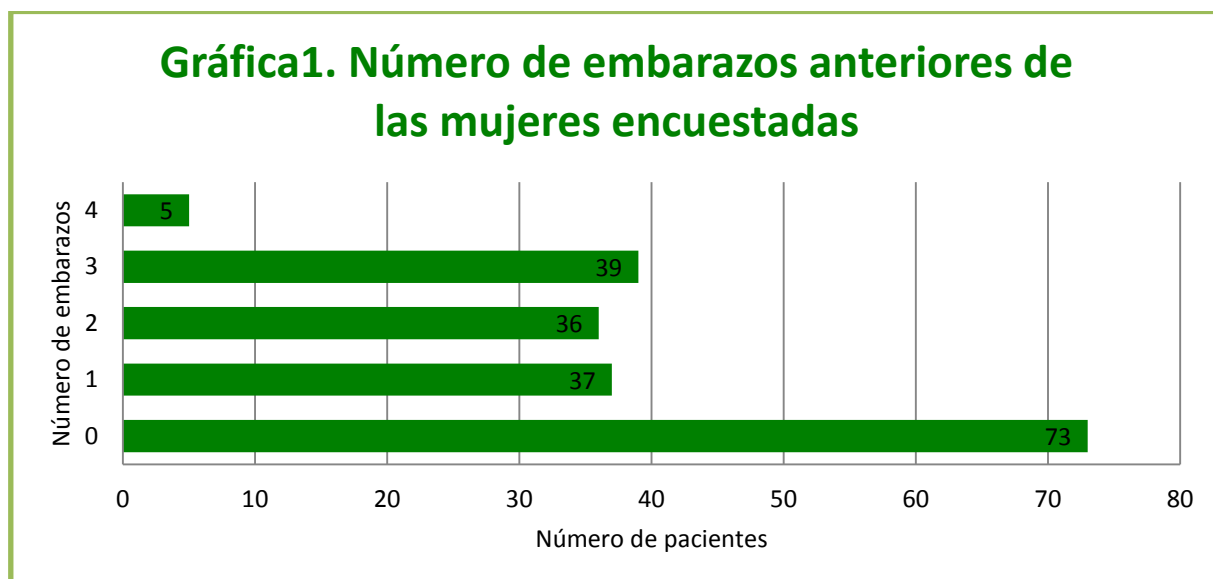
Posteriormente en el posparto para las semanas de resolución, se observó que cinco participantes (3.125%) tuvieron a su bebé en semanas previas a la 37, 40 mujeres (25%) en las semanas 37-38, 106 participantes (66.25%) en las semanas 39-40 y únicamente nueve mujeres (5.6%) llegaron al término de la gestación después de 40 semanas; siendo la mediana 39 semanas y la media de 38 semanas ( $\sigma \pm 1.38$ ). En cuanto a la forma de resolución del embarazo, en 113 participantes (71%) el producto se obtuvo mediante parto y en 47 participantes (29%) por medio de cesárea. En lo concerniente a complicaciones de la madre durante el parto o la cesárea, 152 mujeres (95%) no presentaron ninguna eventualidad y sólo ocho mujeres (5%) tuvieron algún percance. Respecto a las complicaciones del recién nacido 154 neonatos (96.25%) no presentaron ningún problema, únicamente seis pequeños (3.75%) sufrieron alguna complicación.

De las 80 pacientes con ansiedad perinatal, al aplicar la escala de ansiedad de Hamilton, 64 embarazadas (80%) mostraron un grado leve de ansiedad y 16 embarazadas (20%) presentaron un grado severo (**Gráfica 2**). De las 160 pacientes en total, al aplicar la escala de depresión postparto de Edinburgh (EPDS) se identificaron 16 mujeres (10%) con riesgo de depresión postparto, 13 de ellas con ansiedad durante el embarazo (81.25%) y tres sin ansiedad (18.75%) (**Tabla 2**). Para analizar la asociación de la ansiedad perinatal con riesgo de depresión postparto se utilizó  $\chi^2$ , considerándose significativa una  $p < 0.05$ . En este estudio se calculó  $\chi^2 = 6.944 > 3.84$  (de acuerdo al grado de significancia y libertad) (**Tabla 3**). Para la relación de las variables contribuyentes al final del embarazo con el riesgo de aparición de depresión postparto, se realizó un análisis de regresión logística, encontrándose que la presencia de complicaciones durante el embarazo y la cesárea como forma de resolución del mismo, fueron factores que determinaron la presencia de depresión postparto; mientras que las complicaciones en la madre y en el recién nacido no se consideraron elementos de relevancia para la aparición de dicha patología en esta investigación (**Tabla 4**).

## Tablas y gráficas

Tabla 1. Características demográficas de las pacientes embarazadas		
<i>n=160</i>	Pacientes con ansiedad	Pacientes sin ansiedad
<b>Edad</b>		
18-21 años	17 (10.625%)	14 (8.74%)
22-25 años	26 (16.25%)	27 (16.875%)
26-29 años	20 (12.5%)	9 (5.625%)
30-33 años	8 (5%)	12 (7.5%)
34-37 años	7 (4.375%)	9 (5.625%)
38-40 años	1 (0.625%)	7 (4.375%)
>40 años	1 (0.625%)	2 (1.25%)
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	2 (1.25%)	1 (0.625%)
Secundaria	19 (11.875%)	20 (12.5%)
Preparatoria	43 (26.875%)	35 (21.875%)
Licenciatura	16 (10%)	24 (15%)
<b>Ocupación</b>		
Estudiante	8 (5%)	9 (5.625%)
Ama de casa	32 (20%)	26 (16.25%)
Comerciante	1 (0.625%)	1 (0.625%)
Empleada	39 (24.375%)	44 (27.5%)
<b>Estado civil</b>		
Soltera	13 (8.125%)	18 (11.25%)
Unión libre	39 (24.375%)	37 (23.125%)
Casada	27 (16.875%)	25 (15.625%)
Divorciada	1 (0.625%)	0 (0%)

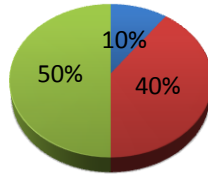
Fuente: Elaborada por el autor



Fuente: Elaborada por el autor

## Gráfica 2. Nivel de ansiedad de las embarazadas

■ SEVERA ■ LEVE ■ N/A



Fuente: Elaborada por el autor

Tabla 2. Número de mujeres con riesgo de depresión postparto

<i>n=160</i>	Con riesgo de depresión postparto	Sin riesgo de depresión postparto
<b>Pacientes con ansiedad</b>	13 (8.125%)	67 (41.875%)
<b>Pacientes sin ansiedad</b>	3 (1.875%)	77 (48.125%)
<b>Total</b>	16 (10%)	144 (90%)

Fuente: Elaborada por el autor

Tabla 3. Asociación entre ansiedad perinatal y depresión postparto

	Valor	df	P
<b>Chi- cuadrado de Pearson</b>	6.944	1	0.008
<b>Corrección continuidad</b>	5.625	1	0.018
<b>Razón de verosimilitud</b>	7.433	1	0.006
<b>No. de casos válidos</b>	160		

Fuente: Programa estadístico SPSS versión 23 (Windows 10)

<b>Tabla 4. Asociación de variables que influyen en la aparición de depresión postparto</b>			
	<b>Estimado Beta</b>	<b>Error estándar</b>	<b>Significancia</b>
<b>Complicaciones embarazo actual</b>	-0.134	1.188	.013
<b>Método de resolución del embarazo</b>	1.303	1.184	1.210
<b>Complicaciones en la madre</b>	18.318	12496.575	<0.0001
<b>Complicaciones en el recién nacido</b>	17.798	13705.277	< 0.0001

Fuente: Programa estadístico SPSS versión 23 (Windows 10)

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Pedraza y col.<sup>61</sup>. concluyen que la ansiedad perinatal predomina en el rango de edad entre 18 a 24 años; mientras que en la presente investigación el grupo de 22 a 25 años ocupó el primer lugar en frecuencia de ansiedad durante el embarazo. González y col.<sup>62</sup> mencionan que el estado de civil soltera es un factor de riesgo en la aparición de depresión postparto; sin embargo en el presente estudio se halló que las mujeres que se encontraban en unión libre representaron el mayor porcentaje de ansiedad durante el embarazo. En cuanto a la escolaridad se observó que las mujeres que contaban con estudios a nivel preparatoria padecían más ansiedad en comparación con otras pacientes, en contraste con Gaviria y col.<sup>63</sup> quienes mencionan que sólo el hecho de tener un nivel educativo primario o inferior aumentaba siete veces el riesgo de presentar depresión postparto.

Se ha encontrado que distintos factores contribuyen a la aparición de Depresión Postparto como: factores sociodemográficos, antecedentes familiares, antecedentes obstétricos, situación actual de salud, condiciones familiares y la presencia de sintomatología de ansiedad desde la gestación. Por lo cual es importante la implementación de herramientas diagnósticas desde la etapa prenatal, pues la presencia de síntomas depresivos en la gestación puede favorecer la presencia de Depresión Postparto. En esta investigación fue significativa la relación entre ansiedad perinatal y depresión postparto, pues de las 16 mujeres con depresión postparto, sólo un 18.75% no presentó ansiedad durante el embarazo, similar a la encontrado por Romero y col.<sup>64</sup>., quienes mencionan que la ansiedad no tratada en el embarazo genera síntomas depresivos y ansiosos en el postparto.

En este estudio se observó que la presencia de complicaciones durante el embarazo es un factor que influye en la aparición de depresión postparto; ya que de las 16 mujeres que la presentaron, 9 de ellas (56.25%) tuvieron alguna complicación; en contraste con el estudio de Vilouta y col.<sup>65</sup>, donde no se encontró significancia entre embarazadas de bajo y alto riesgo. Respecto a la forma de resolución del embarazo, se encontró que el nacimiento del producto mediante cesárea es otro factor de importancia en la aparición de depresión postparto; ya que de las 16 mujeres con dicha patología, 9 de ellas (56.25%) fueron intervenidas mediante cesárea, lo que concuerda con los resultados obtenidos en

el estudio de Urdaneta y col.<sup>66</sup>, donde se concluyó que el parto vaginal mostró un efecto protector ante depresión postparto.

## **CONCLUSIONES.**

Se requiere detectar la ansiedad perinatal y no sólo la depresión postparto, como se ha sugerido ampliamente en la literatura, así como la implementación de estrategias de prevención y tratamiento adecuados. La presencia de sintomatología ansiosa perinatal puede utilizarse como un marcador temprano para identificar mujeres en riesgo de comprometer su salud mental y la resolución de su embarazo.

La depresión postparto es un trastorno mental afectivo severo, que afecta hasta al 56 % de las mujeres latinas residentes en México, durante los primeros cuatro meses tras el nacimiento de su bebé. Tiene un pico máximo en el primer mes, incluso puede durar hasta un año después del parto, debido al gran cambio que se produce en la vida de la mujer; por lo cual es de gran relevancia identificar y destacar la importancia de un diagnóstico precoz de la Depresión Postparto; así como la necesidad de profundizar en esta temática tan importante; por lo que se propone determinar los conocimientos del tema en el personal del primer nivel de atención, con el fin de ayudar al sistema de salud a proponer estrategias para la mejora de la salud mental de las puérperas. Se recomienda a los médicos aplicar los cuestionarios de detección desde el seguimiento prenatal de la madre, pues la presencia de síntomas ansiosos en la gestación puede favorecer la aparición de depresión postparto.

Debido a que el periodo perinatal es una etapa de mayor contacto con los profesionales de la salud, se presenta como una oportunidad para identificar y prevenir los efectos negativos de la depresión materna en la salud familiar. La necesidad de intervenciones integrales es fundamental; así como la realización de actividades preventivas destinadas a informar a la población, la identificación de mujeres embarazadas con factores de riesgo para desarrollar cuadros depresivos, el entrenamiento de los profesionales de la salud para realizar una adecuada pesquisa, tratamiento (farmacológico y no farmacológico) y derivación oportuna, junto con un seguimiento durante el período perinatal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Lee DC, Falah HK, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systemic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2017 [consultado 15-05-19]; 2(10):315-323 doi: 10.1192/bjp.bp.116.187179
- 2) Jarde A, Morals M, Kingston D, Glallo R, MacQueen MG, Gigla L, et al. Neonatal Outcomes in women with untreated antenatal depression compared with women without depression. *JAMA Psychiatry*.2018 [consultado 28-05-19]; 73 (8):826-837 doi:10.1001/jamapsychiatry2016.0934.
- 3) Navarrete LE, Lara CM, Navarro C, Gómez MA, Morales F. Factores psicosociales que preceden síntomas de ansiedad postnatal y su relación con los síntomas depresivos en el postparto. *Revista de Investigación Clínica*.2017; 64 (6):625-633
- 4) Ramírez RC, Álvarez GM, Ocampo SM, Tirado OA. Prevalence of positive screening for depression and anxiety in high obstetric risk pregnant women in Clinic of Medellin Colombia between January and August 2013 and associated risk factors. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2018 [consultado 28-05-19]; 66(2): 94-102 DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.11>
- 5) Navarrete L, Lara MA. Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. *Salud Mental*. 2018;35(1):57-62
- 6) Hasanjanzadah P, Furamarzi M. Relationship between maternal general and specific pregnancy stress, anxiety and depression symptoms and pregnancy outcome. *Journal of Clinical and diagnostic Research*.2017[consultado 15-05-19]; 11(4):04-07 DOI:10.7860/JCDR/2017/24352.9616
- 7) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2017.
- 8) Guerrero JB, Heinze G, Ortiz S, Cortés J, Barragán V y Flores M. Factores que predicen depresión en estudiantes de Medicina. *Gaceta Médica de México*.2017; 149: 598-604.
- 9) Jarde A, Morals M, Kingston D, Glallo R, Mac Queen MG, Gigla L, et al. Neonatal Outcomes in women with untreated antenatal depression compared with women without depression. *JAMA Psychiatry*.2018 [consultado 28-05-19]; 73 (8):826-837 doi:10.1001/jamapsychiatry2016.0934
- 10) Navarrete L, Lara C, Navarro C, Gómez M, Morales F. Psychosocial factors predictor postnatal anxiety symptoms and their relation to symptoms of postpartum depression. *Revista de Investigación Clínica*.2017; 64 (6/2):625-633



- 11) Ramírez RC, Álvarez GM, Ocampo SM, Tirado OA. Prevalence of positive screening for depression and anxiety in high obstetric risk pregnant women in Clinic of Medellín Colombia between January and August 2013 and associated risk factors. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2018 [consultado 28-05-19]; 66(2): 94-102 DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.11>
- 12) Vega-Dienstmaier J. Postpartum depression in Perú. *Rev Med Hered*.2018; 29:207-210.
- 13) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2017.
- 14) Lee DC, Falah HK, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systemic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2017 [consultado 15-05-19]; 2(10):315-323 doi: 10.1192/bjp.bp.116.187179
- 15) Lartigue T, Maldonado D, González P, Saucedo G. Depresión en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum*.2016; 22:111-131
- 16) Medina S. Diferencias entre la depresión postparto, psicosis postparto y tristeza postparto. *Perinat Reprod Hum*. 2017; 27 (3):185-193.
- 17) Romero R, Orozco R, Ybarra S, Gracia R. Sintomatología depresiva en el postparto y factores psicosociales asociados. *Rev Chil Obstet Ginecol*.2017; 82(2):152-162
- 18) Juárez R, Nava C, Méndez H, Cuacenetí J, Rojas L, Francisco G. Prevalence of postpartum depression in Hospital de la Mujer in Tlaxcala. *Rev Invest Med Sur Mex*.2018; 22(3):132-135
- 19) Medina S. Diferencias entre la depresión postparto, psicosis postparto y tristeza postparto. *Perinat Reprod Hum*. 2017; 27 (3):185-193.
- 20) Leonetti C, Martins L. Maternal Anxiety in the pre-and postnatal period: A Literature Review. *Rev Latino Enfermagen*.2017; 15(4).
- 21) Rodríguez M, Vallejo S, Olivares C, Izquierdo M, Soto C, Huyunh-Nu L. Psychometric properties of postpartum depression predictors inventory-revised-prenatal version in a sample of spanish pregnant women. *Rev Esp Salud Pública*.2017; 91(15)
- 22) Mójica P, Redondo R, Osma Z. Prenatal Depression and Anxiety: a Literature Review. *Med UNAB*.2019; 22(2):200-212
- 23) Leonetti C, Martins L. Maternal Anxiety in the pre-and postnatal period: A Literature Review. *Rev Latino Enfermagen*.2017; 15(4).

- 24) Andersson L, Sundstrom I; Poromaa I, Wulff M, Astrouml M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol* 2018 Sep;104(3):467-76
- 25) Rojas G, Guajardo P, Martínez P, Fritsh R. Screening and barriers for treatment of postpartum depression in Chilean public primary health care centers. *Rev Med Chile*.2018; 146:1001-1007.
- 26) Navarrete L, Lara MA. Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. *Salud Mental*. 2018;35(1):57-62
- 27) Rodríguez M, Vallejo S, Olivares C, Izquierdo M, Soto C, Huyunh-Nu L. Psychometric properties of postpartum depression predictors inventory-revised-prenatal version in a sample of spanish pregnant women.\_*Rev Esp Salud Pública*.2017; 91(15)
- 28) GPC IMSS 392-10 Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto.
- 29) Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, et al. Consensus statement on generalized anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*; 62(S11)53-8.
- 30) Andersson L, Sundstrom I; Poromaa I, Wulff M, Astrouml M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol* 2018 Sep;104(3):467-76
- 31) Romero G, Rocha M, Ruiz-T. Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato. *Ginecol Obstet Mex* 2013; 81: 180-185.
- 32) Romero R, Orozco R, Ybarra S, Gracia R. Sintomatología depresiva en el postparto y factores psicosociales asociados. *Rev Chil Obstet Ginecol*.2017; 82(2):152-162
- 33) Rueda AM. Depression in women. *Revista Colombiana de Cardiología*.2018; 25(1):59-65
- 34) Caparros GR, Romero GB, Peralta R. Depresión postparto un problema de salud pública mundial. *Rev Panam Salud Publica*.2018;42:97
- 35) Wedel HK. Depression, anxiety and dysfunctional family in pregnancy. *REVISTA MEDICA SINERGIA*. 2018; 3(1):3-8
- 36) Mójica P, Redondo R, Osma Z. Prenatal Depression and Anxiety: a Literature Review. *Med UNAB*.2019; 22(2):200-212

- 37) Gomea AA. Depresión en el embarazo y el postparto. *Offarm*.2017;26(1):44-53
- 38) Wedel HK. Depression, anxiety and dysfunctional family in pregnancy. *REVISTA MEDICA SINERGIA*.2018;3(1):3-8
- 39) Rojas MI, Dembowsky N, Borguero F, González M. Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento SANTIAGO: MINSAL, 2014. SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA DIVISION PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES DEPTO. CICLO VITAL – DPTO. SALUD MENTAL.
- 40) Pérez PJ, Gordoy A. Definición.de.2008
- 41) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statified Manual of Mental Disorders.5th ed (DMS-V)
- 42) GPC IMSS 392-10 Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos de Ansiedad en el Adulto.
- 43) Ucha Definición ABC.2008
- 44) Gran Diccionario de la Lengua Española. Editorial Larousse. 2016.
- 45) Diccionario del Español jurídico.2020
- 46) Diccionario de la Lengua Española.2020
- 47) Diccionario de la Real Academia Española.2019
- 48) Agüero O, Avilán JM. EDAD, PARIDAD, EMBARAZO Y PARTO. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2001; 61(3): 147-152.
- 49) Agüero O, Avilán JM. EDAD, PARIDAD, EMBARAZO Y PARTO. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2001; 61(3): 147-152.
- 50) Agüero O, Avilán JM. EDAD, PARIDAD, EMBARAZO Y PARTO. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2001; 61(3): 147-152.
- 51) Gran Diccionario de la Lengua Española. Editorial Larousse. 2016.
- 52) Diccionario de la Real Academia Española.2019
- 53) Agüero O, Avilán JM. EDAD, PARIDAD, EMBARAZO Y PARTO. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2001; 61(3): 147-152.
- 54) Agüero O, Avilán JM. EDAD, PARIDAD, EMBARAZO Y PARTO. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2001; 61(3): 147-152.
- 55) GPC IMSS 392-10 Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos de Ansiedad en el Adulto.
- 56) Delgado QE, López TL, Mariscal RC, Hernández RL, Orozco SR. Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención de la Unidad de Medicina

- Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Médica MD.2015; 6(4):237-241
- 57) Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, et al. Consensus statement on generalized anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*; 62(S11)53-8
- 58) Gallardo A, Collado F. Ética en la investigación médica. Elsevier.2008; 26(1):119-122
- 59) Reglamento de La Ley general de salud en material de investigación para salud, título segundo de los Aspectos Éticos de la investigación en seres humanos. 2014
- 60) NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
- 61) Pedraza SJ, Toloza LK, Uribe JY. Factores de riesgo asociados a la Depresión Postparto. Universidad Cooperativa de Colombia.2019; 32 pp.
- 62) González GA, Casado MP, Molero SM, Santos FR, López SI. Associated factors for postpartum depression. *Rev. ArchMed Camagüey*. 2013; 23 (6)
- 63) Gaviria SL, Duque M, Vergel J, Restrepo D. Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados. *RevColombPsiquiat*. 2019; 48(3):166–173.
- 64) Romero RD, Orozco RL, Ybarra SJ, Gracia RB. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *REV CHIL OBSTET GINECOL* 2017; 82(2)
- 65) Vilouta M, Álvarez SE, Borrajo E, González GA. Depresión en el postparto inmediato: factores de riesgo. *ClinInvestGinObst*. 2016;33(6):208-11
- 66) Urdaneta MJ, Rivera SA, García IJ, Guerra VM, Baabel ZN, Contreras BA. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *REV CHIL OBSTET GINECOL* .2016; 76(2)

# **ANEXOS**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

La ansiedad perinatal como factor de riesgo para depresión postparto en embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar 77.

Nombre del estudio:

No aplica

Patrocinador externo (si aplica):

Ecatepec de Morelos, Estado de México

Lugar y fecha:

En trámite

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Con este estudio se pretende evaluar si existe relación entre la preocupación excesiva durante su embarazo y la aparición de cambios del estado de ánimo después de su embarazo, para una evaluación anímica de las futuras madres.

Procedimientos:

Se le aplicarán dos o tres cuestionarios que contienen 10 preguntas relacionadas con sentimientos y emociones ocurridas durante su embarazo, con una duración aproximada de 15-20 minutos el día que acuda a su consulta en la Unidad de Medicina Familiar 77.

Posibles riesgos y molestias:

El riesgo es mínimo, pero podría generar molestias al disponer de 15-20 minutos de su tiempo para contestar las preguntas, algunas de ellas podrían herir sentimientos; ya que se relacionan con emociones personales (específicamente preguntas relacionadas con su actividad sexual e ideas de hacerse daño), si siente alguna incomodidad o deseo de abandonar el estudio, favor de informar al investigador.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Se le otorgará y explicará información de manera personal por medio de un folleto para detectar oportunamente sentimientos negativos antes y después del embarazo; así como algunas recomendaciones para evitarlos, como técnicas de relajación, para poder dormir bien y actividad física acorde a los meses de embarazo, alimentación saludable, se orientará para la integración a grupos de apoyo en esta clínica y se le dará seguimiento en sus próximas consultas.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Los resultados se le informarán de manera inmediata y de forma personal al terminar de contestar los cuestionarios, en caso necesario se informará a su médico familiar y se valorará la necesidad de una consulta con el servicio de Psicología (en caso de síntomas incapacitantes o severos y acorde a las posibilidades de dicho servicio, sin que su participación en este estudio indique atención prioritaria) y también integración a grupos de apoyo que ofrece la clínica.

Participación o retiro:

Se puede retirar del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica en sus consultas que recibe en el instituto.

Privacidad y confidencialidad:

El investigador principal ha dado seguridad que los datos se utilizarán únicamente para fines académicos y serán manejados de forma confidencial y privada; ya que no se solicitará nombre ni número de afiliación.

Después de haber leído y habiéndose explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Jessica Lozada Hernández

Médico Especialista en Medicina Familiar Matrícula: 99367472 Tél: 5544882264

Correo electrónico:

[jessik.lozada@outlook.com](mailto:jessik.lozada@outlook.com)

Caciano Olivares Wendy Marisol

Residente primer año de Medicina Familiar Matrícula: 96152416 Tél: 5530704964

Correo electrónico:

[princesa\\_sol8993@hotmail.com](mailto:princesa_sol8993@hotmail.com)

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Wendy Marisol Caciano Olivares

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave 2810-009-013

## CRITERIOS DIAGNOSTICOS TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

(Para ser llenado por el investigador responsable)

DSM V	CIE 10
<p>A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar) que se prolonga más de seis meses.</p> <p>B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.</p> <p>C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de seis meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:                      -Inquietud o impaciencia.                      -Fatigabilidad fácil.                      Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.                      -Irritabilidad.                      -Tensión muscular.                      -Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).</p> <p>D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje 1: por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.</p>	<p>A. Un período de al menos 6 meses de notable ansiedad, preocupación y sentimientos de aprensión (justificados o no) en relación con acontecimientos y problemas de la vida cotidiana</p> <p>B. Por lo menos 4 de una lista de 22 síntomas, y al menos un síntoma del 1 al 4:</p> <p>Síntomas autónomos</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Palpitaciones o golpeteo del corazón o taquicardia</li> <li>2. Sudoración</li> <li>3. Temblores o sacudidas</li> <li>4. Sequedad de boca no debida a fármacos o deshidratación</li> </ol> <p>Síntomas toracoabdominales</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Dificultad para respirar</li> <li>6. Sensación de ahogo</li> <li>7. Dolor o malestar en el pecho</li> <li>8. Náuseas o malestar abdominal</li> </ol> <p>Síntomas relacionados con el estado mental</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento</li> <li>10. Sensación de irrealidad (desrealización) o De sentirse fuera de la situación (despersonalización)</li> <li>11. Sensación de ir a perder el conocimiento o el control, o de volverse loco</li> <li>12. Miedo a morir</li> </ol> <p>Síntomas generales</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Oleadas de calor o escalofríos</li> <li>14. Adormecimiento o sensación de hormigueo</li> </ol> <p>Síntomas de tensión</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>15. Tensión muscular o dolores y parestesias</li> <li>16. Inquietud y dificultad para relajarse</li> <li>17. Sentimiento de estar “al límite” o bajo presión o de tensión mental</li> <li>18. Sensación de nudo en la garganta o de dificultad para tragar</li> </ol> <p>Otros síntomas no específicos</p>

<p>E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>F. Estas alteraciones no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.</p>	<p>19. Respuesta de alarma exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos</p> <p>20. Dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco, debido a la preocupación o ansiedad</p> <p>21. Irritabilidad persistente</p> <p>22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones</p> <p>C. El trastorno no satisface todos los criterios para trastorno de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno hipocondríaco.</p> <p>D. Criterio de exclusión más frecuentemente usado: el trastorno no se debe a un trastorno orgánico específico, tal como hipertiroidismo, un trastorno mental orgánico o un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, como un consumo excesivo de sustancias de efectos anfetamínicos o abstinencia a benzodiacepinas.</p>
--	---



## ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Identifique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada una de las 14 situaciones. Marque con una "X" el recuadro que defina mejor la intensidad de los síntomas:

SINTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	AUSENTE 0	INTENSIDAD LIGERA 1	INTENSIDAD MEDIA 2	INTENSIDAD ELEVADA 3	INTENSIDAD MAXIMA 4
1. Presiento que algo malo pueda pasarme, que me pueda suceder lo peor. Me siento preocupado, irritable.					
2. Tengo la sensación de inquietud y no puedo relajarme, me canso fácilmente, me sobresalto, lloro con facilidad.					
3. Tengo miedo a la oscuridad, a quedarme solo, de la gente desconocida.					
4. Tengo dificultad para conciliar el sueño, me despierto varias veces, me levanto cansado.					
5. Tengo mala memoria, me cuesta concentrarme.					
6. No tengo interés por lo que me rodea, me siento triste, tengo cambios de humor.					
7. Siento dolores y molestias musculares, tengo la voz insegura.					
8. Tengo zumbido de oídos, vista borrosa, oleadas de calor o frío, sensación de debilidad y hormigueo.					
9. Siento que mi corazón late más de prisa que de costumbre, dolores en el pecho, agitación.					
10. Tengo sensación de ahogo y falta de aire, siento en el pecho una opresión.					
11. Sensación de ardor en el estómago, distensión abdominal, náusea, vómito, diarrea o estreñimiento.					
12. Siento necesidad de orinar frecuentemente, mi vida sexual está deteriorada.					
13. Siento la boca seca, sudo					

fácilmente, me mareo.					
14. Al contestar esta preguntas me he sentido incomodo, inquieto, tenso, impaciente, me sudan las manos y el pulso se me acelera.					

## Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

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

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

Tanto como siempre

No tanto ahora

Mucho menos

No, no he podido

**2. He mirado el futuro con placer**

Tanto como siempre

Algo menos de lo que solía hacer

Definitivamente menos

No, nada

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

Sí, la mayoría de las veces

Sí, algunas veces

No muy a menudo

No, nunca

**4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo**

No, para nada

Casi nada

Sí, a veces

Sí, a menudo

**5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno**

Sí, bastante

Sí, a veces

No, no mucho

No, nada

**6. Las cosas me oprimen o agobian**

Sí, la mayor parte de las veces

Sí, a veces

No, casi nunca

No, nada

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

Sí, la mayoría de las veces

Sí, a veces

No muy a menudo

No, nada

**8. Me he sentido triste y desgraciada**

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

No muy a menudo

No, nada

**9. He sido tan infeliz que he estado llorando**

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

Sólo en ocasiones

No, nunca

**10. He pensado en hacerme daño a mí misma**

Sí, bastante a menudo

A veces

Casi nunca

No, nunca

## HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

<b>FOLIO:</b>
<b>EDAD:</b>
<b>SEMANAS DE EMBARAZO:</b>
<b>-ESCOLARIDAD:</b> Ninguna Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado
<b>-OCUPACION:</b> Estudiante Ama de casa Empleada Comerciante
<b>-ESTADO CIVIL:</b> Soltera Casada Viuda Divorciada Unión libre
<b>-NUMERO DE EMBARAZOS ANTERIORES:</b> Ninguno 1-2 3-4 Más de 4
<b>-¿TUVO COMPLICACIONES EN EMBARAZOS ANTERIORES?</b> SI NO
<b>ANEXO PARA SER LLENADO POR EL INVESTIGADOR EN LA SEGUNDA ENTREVISTA POSTERIOR AL PARTO.</b>
<b>¿TUVO COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL?</b> SI NO
<b>¿CUAL FUE LA FORMA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO?</b> PARTO CESAREA
<b>¿A LAS CUANTAS SEMANAS NACIO SU BEBE?</b>
<b>¿TUVO COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO O CESAREA?</b> SI NO
<b>¿SU BEBE TUVO ALGUNA COMPLICACION?</b> SI NO

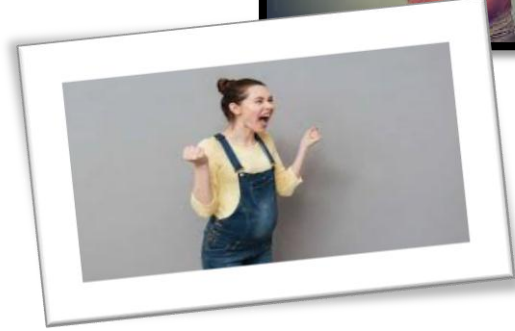
## Recomendaciones para afrontar estos sentimientos:



Piensa positivo



Cuida tu alimentación  
(evita alcohol, café y tabaco)

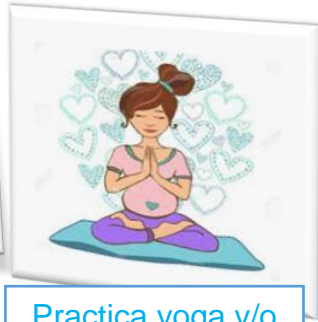


# *Ansiedad Perinatal*

# *Depresión Postparto*



Intenta dormir y descansar mejor



Practica yoga y/o meditación



Organiza mejor tus tiempos de trabajo y familiar



Acude puntualmente a tus citas con tu médico



Elaboro:  
Wendy Marisol Caciao Olivares  
Residente Medicina Familiar

Información de contacto y orientación:  
Teléfono: 5557499420

Dirección: Dirección: Calle Brasil s/n, Col. Nuevo Paseo de San Agustín, Ecatepec de Morelos, Estado de México.

Bibliografía: GPC IMSS 666-14 Prevención, Diagnóstico y manejo de la Depresión Prenatal y Postparto en el primero y segundo niveles de atención.

## ¿Qué es la Depresión Postparto?

Irritabilidad

Fatiga

Cambios en el  
apetito y el sueño

Aislarte de amigos y  
familiares



Falta de interés

Dificultad para realizar tareas

Sentimiento de culpa

Pensamientos inadecuados  
con la mente y/o hacerse  
daño



**Causas:** Falta de apego familiar  
Dificultades económicas  
Ansiedad durante el embarazo

1 de cada 7  
madres sufre  
depresión  
postparto



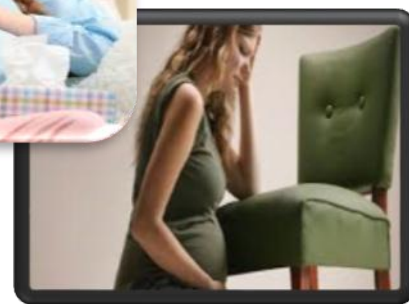
## ¿Qué es la Ansiedad?

Es un sentimiento que se caracteriza por experimentar:

*\*Pensamientos  
negativos*

*\*Miedo para afrontar una  
situación*

*\*Preocupación excesiva.*



### *Reacciones físicas:*

*\*Palmas de las manos  
sudadas*

*\*Aumento de los latidos del  
corazón*

*\*Dolor de cabeza*

*\*Inquietud.*

*\*Molestias en el estómago*