



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

**ASPECTOS PSICOLOGICOS PRESENTES EN
MUJERES EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO
EN EL HGP 3A**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA:
DRA. ROSAS SOSA ROCIO**

**TUTORA:
DRA. SANTA VEGA MENDOZA**



**GENERACION: 2011-2014
MEXICO, D.F. 2013**



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.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA:

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi familia que es una de las joyas más preciadas que puedo tener, sin la familia uno no puede conseguir la fuerza necesaria para lograr las metas. A mis padres porque creyeron en mí y porque me apoyaron en todo momento dándome ejemplos dignos de superación y entrega, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera.

A mi esposo Marcial, que durante estos años de carrera ha sabido apoyarme para continuar y nunca renunciar, gracias por su amor incondicional y por su apoyo.

A mi hija Jatzibe Quetzal quien llena de alegría mi vida, una sonrisa tuya ilumina mi mundo y me da las fuerzas necesarias para luchar y conseguir mis metas, eres el motor que me obliga a funcionar y ser cada día mejor.

A mis profesores por confiar en mí, por apoyarme en momentos difíciles, y por transmitirme sus conocimientos.

A mi tutora de tesis Dra. Santa Vega Mendoza por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación me ha permitido la terminación de esta tesis.

TUTORA

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR UMF 20, IMSS

Vo. Bo.

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR UMF No. 20, IMSS

Vo. Bo.

DR. MAXIMO ALEJANDRO GARCIA FLORES

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD UMF
No. 20, IMSS

INDICE DE CONTENIDO

Resumen

Introducción.....	1
Marco teórico.....	3
Planteamiento del problema.....	11
Objetivos del estudio.....	12
Justificación.....	13
Hipótesis.....	15
Sujetos, material y métodos.....	16
Resultados.....	22
Conclusiones.....	33
Discusión.....	34
Bibliografía.....	37
Anexos.....	42

RESUMEN

ASPECTOS PSICOLOGICOS PRESENTES EN MUJERES EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO EN EL HGP 3A

Rosas Sosa R¹. Vega Mendoza S².

1. Médico Residente de tercer año del curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No. 20 IMSS.
2. Médico Especialista en Medicina Familiar, Profesora Adjunta del curso de Especialización en Medicina Familiar, adscrita a la UMF No. 20 IMSS.

Objetivo: Determinar los aspectos psicológicos presentes en mujeres embarazadas de alto riesgo en el HGP-3A. **Metodología:** estudio descriptivo en 246 embarazadas de alto riesgo HGP 3-A, octubre-noviembre del 2012, previo consentimiento informado, se aplicó ficha de identificación, formato MF7, escala de Graffar, Cuestionario General de Salud de Goldberg, Escala de Depresión de Edinburgh y preguntas abiertas para emociones de la embarazada y su pareja. Análisis de frecuencias y proporciones. **Resultados.** El rango de edades 17 a 41 años, casadas 47.6%(117), preparatoria 35%(86), dedicadas al hogar 49.2%(121), nivel medio bajo 66.3%(163), familia extensa 54.5%(134), tercer trimestre del embarazo 70.7%(174), embarazo inesperado el 32.9%(81), riesgo reproductivo 8.4 ± 4.07 , principal complicación amenaza de aborto 26.8%(66), emociones encontradas: felicidad, miedo y alegría en el 42.6%(105), en la pareja la felicidad 39.8%(98). El 31.3%(77) presentaba depresión; el 18.3%(45) síntomas somáticos, ansiedad e insomnio 38.6%(95), disfunción social 22%(54). **Conclusiones:** El embarazo inesperado desencadena sentimientos de ambivalencia que son aminorados por la familia, una pareja estable y la aceptación del embarazo, el detectar estas alteraciones nos da la oportunidad de un tratamiento oportuno.

Palabras clave: aspectos psicológicos, emociones, embarazo, embarazo de alto riesgo, ansiedad, depresión, riesgo reproductivo, red de apoyo.

ABSTRACT

THESE PSYCHOLOGICAL ISSUES IN HIGH-RISK PREGNANCY IN HGP3A

Rosas Sosa R¹. Vega Mendoza S².

1. Third-year Resident Physician Specialization Course in Family Medicine UMF No. 20 IMSS.
2. Specialist in Family Medicine, Associate Professor of the Specialization Course in Family Medicine, attached to the UMF No. 20 IMSS.

Objective: To determine the psychological aspects present in high-risk pregnant women in the HGP-3A. **Methodology:** descriptive study of 246 high-risk pregnant HGP 3-A, October-November 2012, informed consent was applied identification form, MF7 format, scale Graffar, General Health Questionnaire Goldberg, Edinburgh Depression Scale and open questions for emotions and your partner pregnant. Analysis of frequencies and proportions. **Results:** The age range 17-41 years old, married 47.6% (117), school 35% (86), dedicated to the home 49.2% (121), average low 66.3% (163), extended family 54.5% (134), third trimester 70.7% (174), unexpected pregnancy 32.9% (81), average reproductive risk 8.4 ± 4.07 , main complication threatened abortion 26.8% (66), the emotions happiness, fear and joy in 42.6% (105) , in the couple's happiness 39.8% (98). The 31.3% (77) had depression, 18.3% (45) somatic symptoms, anxiety and insomnia 38.6% (95), social dysfunction, 22% (54). **Conclusions:** The unexpected pregnancy triggers feelings of ambivalence that are ameliorated by the family, a partner and acceptance of pregnancy, detecting these changes gives us the opportunity for timely treatment.

Keywords: psychological aspects, emotions, pregnancy, high risk pregnancy, anxiety, depression, reproductive risk, support network.

INTRODUCCION

El embarazo constituye un episodio esperado dentro de la vida de la mujer, el cual debe suceder dentro de un marco de completo bienestar, sin embargo existen múltiples factores externos que influyen en él; es un periodo de crisis del desarrollo psicológico, en el que intervienen aspectos fisiológicos y dinámicos, vinculados al nivel de madurez emocional de la mujer embarazada., representa un cambio en la vida de la mujer y de su pareja, y además se le considera un periodo crítico porque pone a prueba el nivel de madurez emocional de la mujer, su identidad y la relación con su madre; asimismo, representa una oportunidad de crecimiento psicológico para ella.¹

En este sentido, la salud emocional de la mujer embarazada podrá evaluarse principalmente a partir de su capacidad para enfrentar este suceso y de su posibilidad de adaptarse a los cambios que conlleva, es decir, no solo se pone a prueba dichas capacidades sino que habrá de establecerse como se estructuraron desde la infancia.²⁻³

Una evaluación más precisa del estado emocional de la mujer durante el embarazo permite establecer el tipo de intervención psicológica más conveniente. Dadas las propias características del embarazo, puede considerarse que produce una alteración psicológica transitoria en la mujer en cuanto que esta requiere adaptarse a la nueva situación, lo que puede provocar una manifestación aguda, con disminución de las funciones y restricción temporal de la conciencia, reactiva y funcional, que actúa sobre el yo y que es egodistónica, sin impacto en la estructura de personalidad, por lo que se supone entonces una inhibición o malestar psicológico. Este último se entiende como un conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, e incomodidad subjetiva, los que no pueden agruparse en una condición sintomática por no reunir los criterios. Sin embargo, cuando el embarazo es el que reactiva conflictos anteriores no resueltos, los cuales se han cronificado, causan angustia, son persistentes y recurrentes y otorgan ganancias secundarias, entonces se habla de síntomas. ⁴

La salud mental está condicionada por la capacidad que el individuo tenga, en un momento determinado, para enfrentar las diversas condiciones por las que atraviesa. El aparato mental posee una forma de organización particular de acuerdo con esas experiencias y con el resultado afectivo que de ellas surge.⁵

Algunos problemas emocionales comunes pueden estar asociados con los estadios del embarazo, sin embargo durante todo el embarazo se describen sentimientos de ansiedad, ambivalencia y labilidad del humor.¹⁵

Dada la trascendencia que tiene la maternidad para la mujer, su respuesta afectiva es más contundente, y por tanto requiere de un proceso de adaptación frente al mismo, pues se modifican en ella su estructura y su proyecto de vida a partir del suceso.⁵⁻⁶

El embarazo es un periodo de cambios biológicos y psicológicos radicales de adaptación para una mujer. El embarazo propiamente dicho, con todos los riesgos puede ser el desencadenante de reacciones psicológicas que varían desde el estrés emocional leve hasta trastornos psiquiátricos más graves. La atención psicológica de la mujer con embarazo de alto riesgo es fundamental para evitar cualquier alteración emocional que afecte el desarrollo y resolución del mismo, así como sus consecuencias sobre el producto, por ende se realizara este estudio para conocer los aspectos psicológicos de las mujeres embarazadas, y poder establecer modelos de intervención para su identificación y tratamiento oportunos.

MARCO TEORICO

El embarazo es una experiencia física y emocional compleja que es intrínsecamente tensionante. El embarazo se asocia con cambios en la conducta alimentaria, el sueño y la actividad sexual, cambios que fuera del embarazo pueden señalar una perturbación psicológica como la depresión, sin embargo dentro del contexto del embarazo estos cambios son normales. El embarazo se puede considerar tanto una fase biológica como psicológica de la vida que requiere adaptación. La adaptación emocional de una mujer al embarazo se verá afectada por su capacidad previa para dominar problemas y resolver conflictos. Los aspectos emocionales del embarazo también son afectados por el contexto en el cual se desarrolla el embarazo. ⁶

Durante el embarazo entran en juego aspectos internos y externos a la mujer, por lo que es posible que los conflictos psicológicos que aparecen en esta etapa pueden ser la combinación de ambos o el predominio de uno sobre otro. Para la mujer, la maternidad representa uno de los eventos más importantes en su vida dado que la sociedad y cultura le han dado un valor especial, estableciendo lo que espera de ella en esta etapa, de cómo debe ser y comportarse para ser una "buena madre", además de que se le considera una función exclusiva de ella. ⁶

Por otra parte, la influencia de factores psicosociales tales como los socioeconómicos (empleo, pobreza y trabajo domestico), fisiológicos (enfermedades físicas crónicas), y psicológicos (eventos de vida y aislamiento social), presencia de estrés por conflictos de pareja (eventos de vida negativos, insatisfacción con respecto al embarazo o enfermedades), apoyo social (de la pareja, de amigos y familiares), no favorecen la adaptación de la mujer a su nuevo estado y le causan conflicto al incumplir las exigencias del exterior, lo que a su vez impacta en su estado emocional, generando por lo regular manifestaciones ansiosas o depresivas.⁷

Sin embargo, estudios anteriores han podido establecer que existen manifestaciones emocionales propias de la mujer embarazada, las cuales ayudan al especialista a comprender mejor su expresión como parte del

evento reproductivo, y a distinguir aquellos casos que no corresponden a este y que podrían considerarse manifestaciones patológicas.⁸

Entre tales manifestaciones emocionales se encuentran los de tipo depresivo, como reacciones de ajuste a la situación transitoria a través de fluctuaciones en el estado de ánimo, mayor labilidad e hipersensibilidad emocional, preocupación e interés significativo por la salud, traducido en varias quejas somáticas. Asimismo, hay sentimientos de tristeza por la pérdida del estado anterior, así como un resentimiento por la pérdida de independencia y atractivo personal. Paradójicamente, también tiende a elevarse la autoestima de la mujer que vive el embarazo como un logro. Además es posible que padezca ansiedad transitoria como adaptación a su estado, la cual puede incrementarse más por la presión social que por el propio embarazo, así como por temor a la pérdida y miedo a lo desconocido y al propio papel de madre y a la situación económica. De igual modo, pueden surgir sentimientos de inseguridad y dependencia e introversión. Con respecto al deseo sexual puede ser variable.⁹

Como se observa, estas características son de tipo transitorio y están supeditadas al desarrollo y resolución del embarazo, de ahí que se les considere un malestar psicológico, sin embargo, en ocasiones se requiere de la intervención terapéutica de apoyo para su mejor resolución, dado que su manifestación dificulta la adaptación de la mujer frente al evento y le origina conflictos internos, externos o ambos.¹⁰⁻¹¹

Los embarazos de alto riesgo constituyen el 20% del total de embarazos y son responsables del 70-80% de la morbilidad perinatal. Desde el punto de vista psicológico el embarazo de alto riesgo se define como cualquier embarazo en el cual un factor materno o fetal causa efectos adversos durante la gestación a nivel emocional; el grado de estrés que debe afrontar la madre al momento del diagnóstico depende de la naturaleza del riesgo, la forma del tratamiento, la percepción de la mujer al peligro de muerte de su hijo y que el efecto disruptivo del embarazo de alto riesgo se extienda más allá del período gestacional. Tal es el caso de un embarazo con malformación congénita, el cual representa para la gestante el sentir que ha fallado como mujer, el ser "imperfecta" o generar dudas en su concepto de identidad de género, lo cual se manifiesta con ideas de culpa por el hecho de no tener elementos adecuados para la

gestación, ambivalencia por sentir que el bebé va en contra de su supervivencia pero al mismo tiempo temer por el riesgo de muerte de su hijo, ira y frustración ante la imposibilidad de llevar un embarazo normal, temor al rechazo de la pareja y una herida en su autoestima.¹²

Algunos grupos son más vulnerables a los problemas psicológicos durante el embarazo y el período perinatal. Estos incluyen: los adolescentes, que abusan de sustancias, las mujeres con trastornos psiquiátricos anteriores, mujeres con embarazos múltiples, mujeres con problemas médicos o físicos activos o graves (por ejemplo, cáncer, diabetes), y mujeres con depresión posparto antes o psicosis. Además, las mujeres sin un sistema de apoyo adecuado, o sin un socio útil, o que no tienen hogar, o las víctimas de la violencia doméstica, u otro trauma físico o emocional y el estrés tienen un alto riesgo de problemas psicológicos durante el embarazo. Tales tensiones psicosociales durante el embarazo y período perinatal pueden afectar desfavorablemente el estado mental de la mujer, tal vez dando lugar a un niño bajo peso al nacer.¹³

La aparición de una enfermedad médica en la mujer embarazada aumenta la complejidad de su atención, creando el estrés y la dificultad para el paciente y el médico obstetra. Muchas condiciones médicas se incluyen bajo el término de embarazo de alto riesgo, como diabetes, hipertensión, anemia, enfermedad pulmonar, convulsiones, lupus, enfermedades venéreas, SIDA, tuberculosis, etc. Además, varias enfermedades de transmisión genética, como la distrofia miotónica, fenilcetonuria, enfermedad de Tay-Sachs, la anemia falciforme, se consideran de riesgo potencialmente alto, se recomienda consejería previa a la concepción.¹⁴

La diabetes pregestacional es uno de los más comunes de las condiciones de alto riesgo; la mujer que ha tenido un cáncer previo experimenta fuertes sentimientos acerca de su embarazo, la ambivalencia puede ser aumentada por los temores acerca de su propio pronóstico en términos de recurrencia o la supervivencia.¹⁴⁻¹⁵

Durante todo el primer trimestre pueden existir más periodos de emociones fluctuantes. La aceptación del embarazo, la resolución de las elecciones del estilo de vida y la incorporación de la presencia del feto son las principales tareas psicológicas. Los factores de riesgo para un aumento de la incidencia de trastornos psicológicos durante este periodo, y posiblemente mayor malestar fisiológico incluyen las siguientes: reacción negativa al embarazo del esposo o del novio, experiencias desagradables previas con embarazos, motivación poco clara para el embarazo, pocas personas en quienes buscar apoyo y un gran cambio en el estilo de vida debido al embarazo.¹⁶⁻¹⁷

Por lo general en el segundo trimestre es una época de menos cambios emocionales. Las reacciones emocionales pueden centrarse en los cambios de la imagen corporal y la sexualidad.¹⁸

En el tercer trimestre, las reacciones emocionales pueden intensificarse al mismo tiempo que el malestar físico se torna más agudo. Las dificultades con el sueño y los síntomas somáticos asociados con el aumento del tamaño uterino son frecuentes. A menudo aumenta la ansiedad acerca de la salud del niño, la experiencia del parto, los cambios y relaciones de la futura madre. La principal tarea psicológica de la mujer en el tercer trimestre es comenzar a considerarse madre.¹⁹

Depresión prenatal es aquella sintomatología que abarca los episodios depresivos mayores y menores que ocurren durante el embarazo. De acuerdo con el DSM-IV, el episodio depresivo mayor se caracteriza por un periodo de al menos dos semanas, en el que existe un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer para casi todas las actividades. El sujeto debe experimentar además de los síntomas anteriores cuatro síntomas: cambios en el apetito o peso corporal, alteraciones en el sueño y la actividad psicomotora, falta de energía y sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, y/o intentos suicidas.²⁰⁻²¹

Ansiedad prenatal es el miedo anticipado a padecer un daño o desgracia futuros que se presenta durante el embarazo, acompañada de un sentimiento de temor o de síntomas somáticos de tensión y aprensión y de

un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Por lo general se ha estudiado en combinación con la depresión prenatal, por lo que no hay estudios individuales acerca de su frecuencia. Las medidas estandarizadas para evaluar la ansiedad no son ampliamente utilizadas en los ambientes perinatales y la mayoría de los informes acerca de los síntomas de ansiedad, se basan en la entrevista diagnóstica o en escalas de autorreporte, como la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo.²²

Trastornos del estado de ánimo constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades típicamente recurrentes, donde se incluyen el trastorno unipolar (depresivo), y el bipolar (maníaco-depresivo). Consiste en alteraciones del humor con carácter infiltrado que se acompañan de disfunción psicomotriz y síntomas vegetativos.²³⁻²⁴

Trastornos de la personalidad es un tipo de trastorno conductual que se caracteriza por provocar considerables problemas para la adaptación social. La persona que padece el trastorno de personalidad no siempre ni forzosamente se siente perturbada, en cambio los demás a menudo consideran su conducta perturbadora o molesta.²⁵

El riesgo reproductivo es la probabilidad que tiene la mujer de sufrir un daño a la salud, ella o el producto de la concepción durante el proceso reproductivo. Se conoce que una de las formas de evitar complicaciones maternas durante el embarazo, el bajo peso al nacer y las malformaciones, entre otras, es lograr que la mujer en edad fértil llegue al embarazo en buen estado de salud, con la reducción al mínimo posible de los diferentes factores de riesgo presentes en la pareja desde la etapa preconcepcional.²⁶

Algunos autores señalan como factores de riesgo preconcepcionales las edades extremas de la vida reproductiva por su inmadurez o envejecimiento, el espacio intergenésico corto por su incidencia en la mortalidad perinatal, la multiparidad y el embarazo no deseado, el efecto adverso del bajo nivel socioeconómico, la desnutrición, el nivel intelectual y cultural deficiente, las madres solteras, entre otros actúan nocivamente sobre el proceso reproductivo.²⁷

La edad es de suma importancia en la vida reproductiva de las mujeres, las edades extremas así como un acumulo de eventos reproductivos previos, presentan riesgos más elevados que otros, edades entre 20 y 29 años o con un número menor de embarazos y baja paridez.²⁸

La salud emocional de la mujer embarazada podrá evaluarse principalmente a partir de su capacidad o no para enfrentar este evento y de su posibilidad o no de adaptarse a los cambios que éste conlleve. Es decir, no sólo se ponen a prueba dichas capacidades, sino que habrá de establecerse cómo se estructuraron desde la infancia.²⁹

Una evaluación más precisa del estado emocional de la mujer durante el embarazo permite establecer el tipo de intervención psicológica más conveniente. En el caso del embarazo, dadas sus características propias, podría considerarse que produce una alteración psicológica transitoria en la mujer, ya que requiere de adaptarse a la nueva situación y esto puede provocar alguna manifestación aguda, con disminución de las funciones yoicas, con restricción temporal de la conciencia, reactiva y funcional, que actúe sobre el yo y sea egodistónica, sin impacto en la estructura de personalidad, por lo que se considera entonces una inhibición o malestar psicológico. Éste último se entiende como un conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, y que no puede agruparse en una condición sintomática por no reunir los criterios propuestos, donde se experimenta incomodidad subjetiva.³⁰⁻³¹

Sin embargo, cuando el embarazo es el que reactiva conflictos anteriores no resueltos, los cuales se han cronificado, causan angustia, son persistentes y recurrentes, y otorgan ganancias secundarias, entonces se habla de síntomas.³²

Dada la trascendencia que tiene la maternidad para la mujer, su respuesta afectiva es más contundente y, por tanto, requiere de un proceso de adaptación frente al mismo, ya que se modifican en ella su estructura y su proyecto de vida a partir del evento.³³

Durante el embarazo entran en juego aspectos internos y externos a la mujer, por lo que es posible que los conflictos psicológicos que se presentan en esta etapa pueden ser la combinación de ambos o el predominio de uno sobre otro. Para la mujer, la maternidad representa uno de los eventos más importantes en su vida. Dado que la sociedad y la cultura le han dado un valor especial, estableciendo lo que se espera de ella en esta etapa, cómo debe ser y comportarse para ser una “buena madre”, además de que se le considera una función exclusiva de ella. Por otra parte, influyen aspectos sociales como la presión que ejerce el que su embarazo no se dé en circunstancias socialmente deseables, es decir, con una pareja estable y en una situación económica apropiada, lo cual se agrava cuando no cuenta con apoyo familiar por la misma situación. Esto no favorece la adaptación de la mujer a su nuevo estado y le causa un conflicto por no cumplir con las exigencias del exterior, lo que a su vez impacta en su estado emocional, generando por lo regular manifestaciones ansiosas o depresivas.³⁴⁻³⁵

Sin embargo, estudios anteriores han podido establecer que existen manifestaciones emocionales propias de la mujer embarazada, las cuales ayudan al especialista a comprender mejor su expresión como parte del evento reproductivo, y a distinguir aquellos casos que no corresponden a esto y que podrían considerarse manifestaciones.³⁶

Como se observa, estas características son de tipo transitorio y están supeditadas al desarrollo y resolución del embarazo, de ahí su carácter inhibitorio o malestar psicológico; sin embargo, en ocasiones se requiere la intervención terapéutica de apoyo para su mejor resolución, dado que su manifestación dificulta la adaptación de la mujer frente al evento y le origina conflictos internos, externos o ambos.³⁷

Las emociones y sentimientos son estados afectivos presentados por el ser humano, la emoción surge ante una situación que aparece de repente, bruscamente, no es instintivo, ni tampoco innato y es el resultado de un aprendizaje., por lo tanto, es adquirido por procesos complejos de aprendizajes de una cultura y por incorporación de vivencias personales.³⁸

Los sentimientos, en función de los seres sociales de nuestro contexto social y cultural, son resultado de la relación, vivencias y experiencias de nuestra forma de actuar. Son estados afectivos, más complejos, más estables, más duraderos y menos intensos que las emociones. No hay un estímulo que hace que surja en un momento, si no que es producto de una situación progresiva que deja su huella.³⁸

Asimismo, es fundamental que dentro de las instituciones de salud se establezcan sistemas eficientes de detección del estado emocional como parte integral del cuidado prenatal adecuado que permitan identificar a tiempo alteraciones psicológicas como la depresión y la ansiedad en mujeres embarazadas, como un primer paso para determinar quiénes pueden requerir un tratamiento combinado para sus síntomas del estado de ánimo. Además es muy importante continuar investigando el impacto de estas alteraciones psicológicas sobre la mujer y el producto, que generen modelos de intervención más específicos y eficaces para su atención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México se atienden alrededor de 347 mil mujeres embarazadas en las instituciones nacionales de salud, de las cuales 55 mil cursan un embarazo de alto riesgo. En el INPER se atendieron 4,629 embarazos de alto riesgo durante el año del 2005.

El embarazo y el puerperio pueden traer muchos cambios emocionales, físicos y sociales para la madre, su pareja y el resto de la familia. Mientras muchas madres disfrutan en gran medida estos cambios como la experiencia del embarazo o el agregar un nuevo miembro a la familia, algunas no comparten estos sentimientos y con frecuencia padecen algún trastorno psicológico que resulta en una grave angustia reactiva a problemas psicológicos, físicos o sociales. Este periodo de angustia no es solo asunto de la madre y su familia, sino que aumenta el riesgo de una crisis psicológica, de enfermedad mental y de trastornos del desarrollo pero además si no se trata, la mujer podría atentar contra su propia vida o la del producto.

La atención psicología de la mujer con embarazo de alto riesgo en instituciones médicas es fundamental para evitar cualquier alteración emocional que afecte el desarrollo y resolución del mismo, así como sus consecuencias sobre el producto; por lo que es importante identificar lo siguiente:

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los aspectos psicológicos presentes en mujeres embarazadas de alto riesgo en el Hospital Gineco-Pediatría 3A?

OBJETIVOS

- Determinar los aspectos psicológicos presentes en mujeres embarazadas de alto riesgo en el HGP-3A

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las principales características sociodemográficas de las mujeres embarazadas de alto riesgo con algún trastorno psicológico en el HGP-3A
- Identificar la tipología familiar de las pacientes embarazadas de alto riesgo con alguna alteración psicológica en el HGP-3A
- Identificar presencia de ansiedad o depresión de la paciente embarazada,
- Identificar las emociones causadas por este embarazo.
- Identificar que sensaciones le causaron la noticia de este embarazo a su pareja.

JUSTIFICACION

En México, anualmente nacen más de 450 mil niños de madres no mayores de 20 años, lo que representa 16% del total de nacimientos en el país. En el año 2000 había en México 5,082,487 mujeres de entre 15 y 19 años de las cuales 608,070 ya tenía hijos. Además, entre enero de 1999 y febrero de 2000 se registraron 4,214 nacimientos en adolescentes de entre 12 y 14 años.

Lo anterior significa que hasta esta última fecha un total de 612,284 mexicanas menores de 19 años ya eran madres, y muchas de ellas tenían más de un hijo (GIRE, 2003; Vázquez y cols., 2006).

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.^{8, 9}

En México se estima que para el 2020 será la segunda causa de discapacidad. En el embarazo, la prevalencia de depresión es de 10 a 25% y la de la ansiedad de 10 %; éstas, junto con el estrés, son condiciones biopsicológicas que afectan al binomio madre-hijo y se asocian con parto pretérmino, bajo peso al nacimiento, preeclampsia, tristeza, conflictos familiares, sociales o laborales.^{10, 11}

En el embarazo, los factores asociados a la depresión son depresión previa, abandono o suspensión del tratamiento antidepressivo, adolescencia, menor escolaridad, nivel socioeconómico bajo, ser ama de casa de tiempo completo, disfunción familiar, madre soltera, embarazo no deseado y falta de apoyo social.¹⁶

A nivel mundial, la depresión en el embarazo sin tratamiento es factor de riesgo para depresión posparto en 50 a 65 % y reacción depresiva puerperal (*baby blues* o *maternity blues*) hasta en 80 %, por lo que es importante la detección oportuna de la depresión en la atención primaria.²⁰

En México se ha informado una prevalencia de depresión posparto de 17 a 22 %. En el mundo se refiere que 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 (como la de Hamilton y la de Beck).

De acuerdo con el sistema de estadísticas oficiales del Instituto Mexicano del Seguro Social, en los últimos tres años no se encontró registro de este diagnóstico en las unidades de primer nivel ni en las estadísticas delegacionales ni como motivo de consulta o de envío a segundo nivel de atención médica; sin embargo, en esta población seis de cada 100 embarazadas presentó depresión es una entidad clínica de relevancia, por lo que es importante llevar a cabo la búsqueda intencionada, principalmente en las mujeres que han cursado con algún evento depresivo que ameritó tratamiento y en las adolescentes embarazadas o con algún antecedente de riesgo.²²

Cuando hay antecedentes de tratamientos antidepresivos existe mayor probabilidad de presentar depresión en el embarazo: cinco de cada 10 mujeres con este antecedente se deprime. El médico de primer contacto de atención y los ginecólogos son el personal de salud que llevan el control prenatal; dada esta situación deben pensar en la depresión para identificar a las mujeres en riesgo y realizar el diagnóstico en forma oportuna y proporcionar un tratamiento adecuado. Con ello se reduciría la depresión posparto, se evitaría un daño mayor a la salud mental de la madre, desintegración familiar y se disminuiría el riesgo de atención inadecuada al recién nacido y las complicaciones a largo plazo, pues se ha identificado que los hijos de las madres con depresión posparto tienen mayor incidencia de trastornos conductuales, déficit cognitivo y problemas de adaptación escolar.²⁷

HIPOTESIS

Se trata de un estudio observacional, por lo que no es necesario formular una hipótesis.

SUJETOS MATERIAL Y METODOS

CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO:

El estudio se realizó con pacientes embarazadas de alto riesgo derechohabientes del IMSS, que acudieron a consulta externa en el Hospital Gineco-Pediatría 3A del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que se encuentra ubicado en Av. Instituto Politécnico Nacional. Colonia Magdalena de las Salinas, CP 07760, Delegación Gustavo A. Madero. La cual es una institución gubernamental, autónoma dedicada a brindar servicios de salud y seguridad social a la población afiliada. Ginecología, Obstetricia, Clínica de menopausia, Clínica de mama, Clínica de displasias, Valoración pre-anestésica, Valoración pre quirúrgica por medicina interna.

DISEÑO

TIPO DE ESTUDIO

- Observacional: se presencian los fenómenos sin modificar intencionadamente las variables
- Transversal - ambispectivo: se realiza una sola medición en el tiempo de las variables en estudio.
- Descriptivo: se estudio un solo grupo, no se hacen comparaciones.
- Abierto: Se conoce las condiciones de aplicación de la maniobra y resultado de las variables.

GRUPO DE ESTUDIO

Embarazadas que cursaban con un embarazo de alto riesgo que acudieron a consulta externa del Hospital Gineco-Pediatría 3A.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Embarazadas de cualquier edad que cursaban con un embarazo de alto riesgo.
- Embarazadas de alto riesgo que otorgaron su consentimiento informado.
- Embarazadas derechohabientes que acudieron a consulta al Hospital Gineco-Pediatria 3A

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que se encontraban bajo tratamiento psiquiátrico.
- Embarazadas de alto riesgo en hospitalización
- Pacientes que no quisieron participar

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes que no contestaron el 90% de la encuesta
- Pacientes que decidieron no continuar con el estudio

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se empleo la siguiente fórmula:

$$N = 4Z^2 P(1 - P) / W^2$$

Z : desviación normal estandarizada de σ^2

S : Desviación estándar

W : Amplitud

Con un intervalo de confianza del 95%

Proporción esperada del 20%

Amplitud total 10%

La muestra para el estudio fue de: 246 pacientes

TIPO DE MUESTREO: No probabilístico por conveniencia.

DEFINICION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
Edad	universal	El número de años cumplidos desde la fecha de nacimiento al momento del estudio.	Se midió a través del año de nacimiento contenido en el agregado en el número de afiliación, registrado en la cartilla de salud.	Numérica
Ocupación	universal	Características de la actividad que desempeña el encuestado.	Se midió de acuerdo a su ocupación: comerciante, empleada, estudiante, ama de casa, etc.	Nominal
Escolaridad	universal	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Años cursados de educación formal, se clasificó en analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria, técnica, y licenciatura.	Nominal
Riesgo reproductivo	De estudio	Es la probabilidad que tiene toda mujer embarazada de presentar complicaciones durante el periodo gestacional y se cataloga en bajo y alto riesgo.	Se midió a través del formato MF7 el cual cataloga riesgo alto mayor de 4 puntos.	Nominal
Comorbilidades	Universal	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	Se realizó como pregunta abierta para que la paciente exponga todas las enfermedades que padece.	Nominal politómica
Nivel socioeconómico	Universal	Nivel económico determinado por la percepción económica por el método de Graffar	Se utilizó el método de Graffar que valora 4 ítems donde se considera 4-6 alto, 7-9 medio alto, 10-12 medio bajo, 13-16 obrero, 17-20 marginal.	Nominal

Tipo de familia	Universal	Se clasificara la familia según composición, ocupación, cultura, nivel socioeconómico.	Se utilizó la clasificación de acuerdo a los conceptos básicos para el estudio de las familias de los archivos de medicina familiar del 2005. En base a su parentesco: nuclear, nuclear simple, nuclear numerosa, reconstruida, mono parental, etc.	Nominal
Depresión prenatal	De estudio	Síndrome o agrupación de síntomas afectivos: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida.	Escala de Edinburgh. Cada pregunta se califica en un rango de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad o duración de los síntomas. Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Un puntaje mayor de 14 se considera casos positivos, y un puntaje menor de 14 se considera casos negativos.	Cualitativa nominal
Emoción	De estudio	Las emociones son reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos ambientales o de uno mismo.	Se realizó como pregunta abierta para que la paciente exponga todas sus emociones de ella y de su pareja si la tiene. Alegría, Tristeza, Miedo Angustia, etc.	Nominal politomica
Ansiedad prenatal	De estudio	La ansiedad prenatal consiste en una sensación de angustia y malestar emocional casi constante. Es crónico y se acompaña de múltiples manifestaciones somáticas.	Se determinó ansiedad cuando se presentó 23 puntos del cuestionario general de salud de Goldberg 28. A (síntomas somáticos), B(ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave). La puntuación se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems. Puntaje ≤ 5 no caso, puntaje ≥ 6 caso.	Cualitativa nominal

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal a pacientes derechohabientes del IMSS, embarazadas de alto riesgo en cualquier trimestre de su embarazo, que acudieron a consulta externa del Hospital Gineco-Pediatria 3A.

Se solicitó apoyo a la Coordinación de Enseñanza del HGP 3A mediante oficio escrito para realización del estudio, una vez informado a las autoridades de la institución, en la sala de espera de consulta externa, se les informo a las pacientes embarazadas en qué consistía el estudio, a las pacientes que decidieron participar se les dio a firmar el consentimiento informado, seguido de las escalas de evaluación., se inicio con datos generales para la ficha de identificación, seguido de sesión de preguntas abiertas para identificar que emociones, sentimientos le ha causado este embarazo, se aplico la Escala de Graffar para evaluación de aspectos socioeconómicos, el Formato MF 7 para determinar el riesgo reproductivo, Cuestionario General de Salud de GOLDBERG 28 cuestionario de 28 ítems divididas en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave), se considera la presencia de ansiedad una puntuación mayor a 23 puntos, Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh consiste en diez preguntas que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo cada pregunta se califica en un rango de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad o duración de los síntomas, un puntaje mayor de 14 se considera casos positivos, y un puntaje menor de 14 se considera casos negativos.

Se realizaron dichas entrevistas en los meses de octubre-noviembre del 2012 de lunes a viernes en el turno matutino y vespertino en la sala de espera de la consulta externa de obstétrica en el HGP 3A, al término de la encuesta se le solicito a la paciente expresara si tuvo alguna duda sobre la encuesta, se le informa que en caso de requerir información detallada de los resultados del estudio se le proporcionaría con previa solicitud.

RESULTADOS

Se estudiaron 246 mujeres embarazadas que asistieron a la consulta externa del HGP 3A, el rango de edades fue de 17 a 41 años, la edad media de las mujeres estudiadas fue de 27 años \pm 5.68., de las cuales refirieron el siguiente perfil sociodemográfico: estado civil: casadas 47.6% (n=117), escolaridad: preparatoria 35% (n=86), ocupación: hogar 49.2% (n=121), nivel socioeconómico: medio bajo 66.3% (n=163), el tipo de familia extensa en un 54.5% (n=134). Cuadro 1, Gráfica 1, 2, 3 y 4.

En los antecedentes ginecoobstetricos el 37.4% (n=92) fueron primigestas cursando el tercer trimestre del embarazo 70.7% (n=174), el riesgo reproductivo tuvo un puntaje en promedio de 8.4 \pm 4.07. Cuadro 2, Gráfica 5 y 6.

El 95.1% (n=234) no presenta ninguna comorbilidad, sin embargo el 26.8 % (n=66) presento amenaza de aborto, el 9.3% (n=23) presento dos o más cesáreas previas, el 8.9% (n=22) circular de cordón. El 32.9% (n=81) cursaba con un embarazo inesperado. Cuadro 2. Gráfica 7.

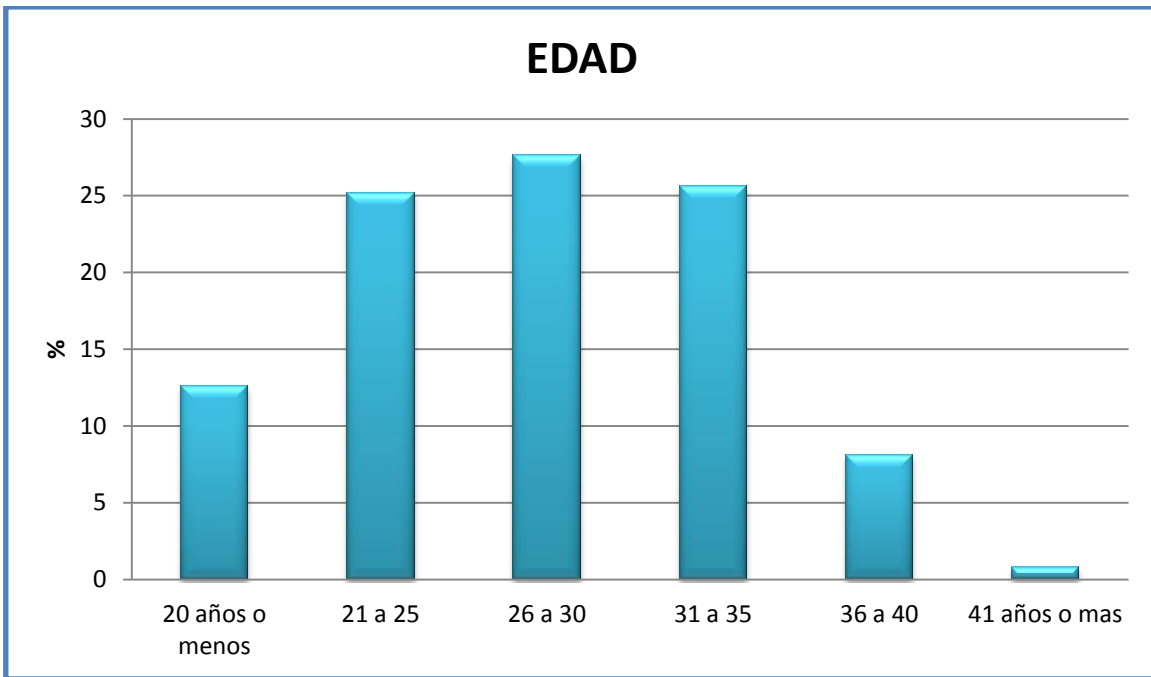
Las emociones causadas durante este embarazo fue felicidad y miedo 42.6% (n=105), en la pareja la felicidad fue la emoción predominante 39.8% (n=98). Cuadro 3. Gráfica 8 y 9.

Se detectó que el 31.3% (n=77) presentaba depresión pero ninguna con puntaje de depresión grave; el 18.3% (n=45) presentaban síntomas somáticos, ansiedad e insomnio 38.6% (n=95), disfunción social 22% (n=54). Cuadro 3. Gráfica 10.

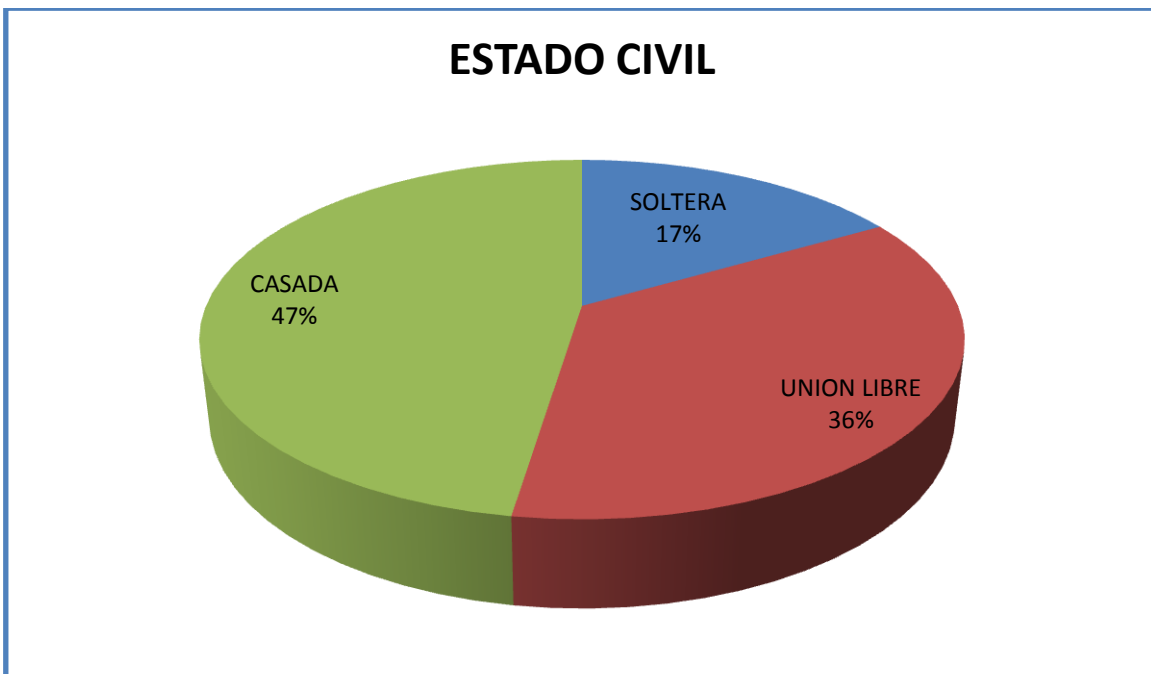
CUADRO 1. Datos generales de pacientes embarazada		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD		
20 años y menos	31	12.6
21 a 25	62	25.2
26 a 30	68	27.6
31 a 35	63	25.6
36 a 40	20	8.1
41 y mas	2	0.8
ESTADO CIVIL		
Soltera	41	16.7
Unión libre	88	35.8
Casada	117	47.6
ESCOLARIDAD		
Primaria	14	5.7
Secundaria	76	30.9
Preparatoria	86	35.0
Técnica	25	10.2
Licenciatura	45	18.3
OCUPACION		
Comerciante	6	2.4
Empleada	107	43.5
Estudiante	12	4.9
Hogar	121	49.2
NIVEL SOCIOECONOMICO		
Medio alto	69	28.0
Medio bajo	163	66.3
Obrero	14	5.7
TIPOLOGIA FAMILIAR		
Nuclear	8	3.2
Nuclear simple	12	4.8
Nuclear numerosa	6	2.4
Reconstruida (binuclear)	2	0.8
Monoparental	-	-
Monoparental extendida	77	31.3
Extensa	134	54.5
Extensa compuesta	7	2.8
No parental	3	1.2

FUENTE: Hospital Gineco-Pediatría 3A, IMSS

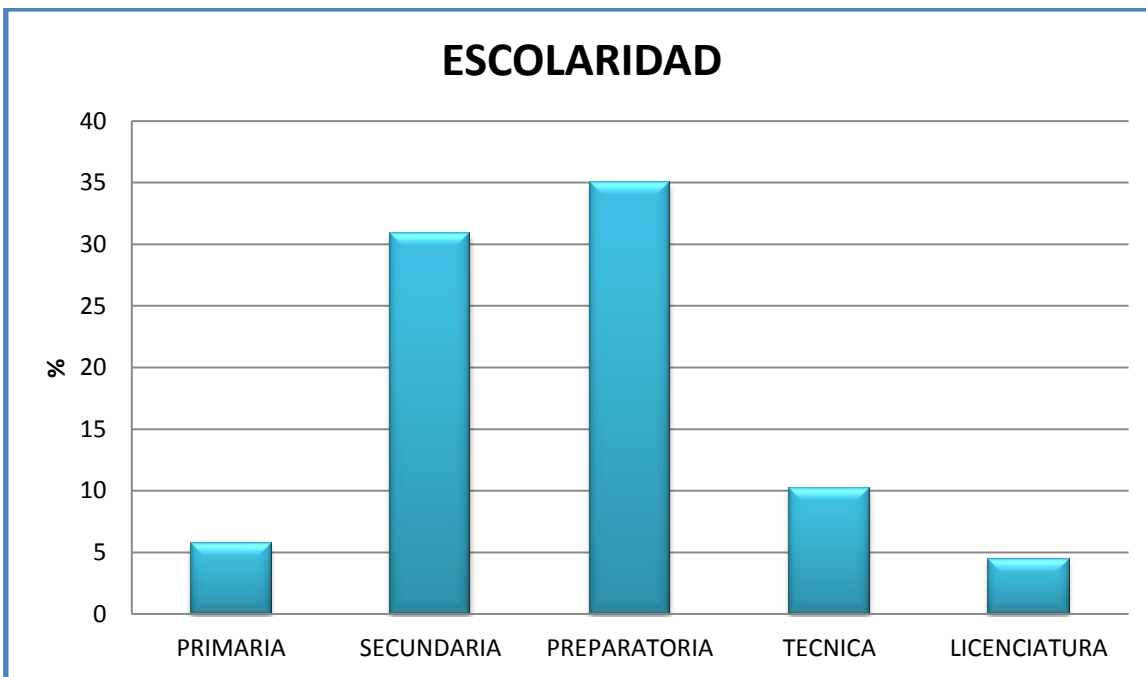
Grafica 1. Edad



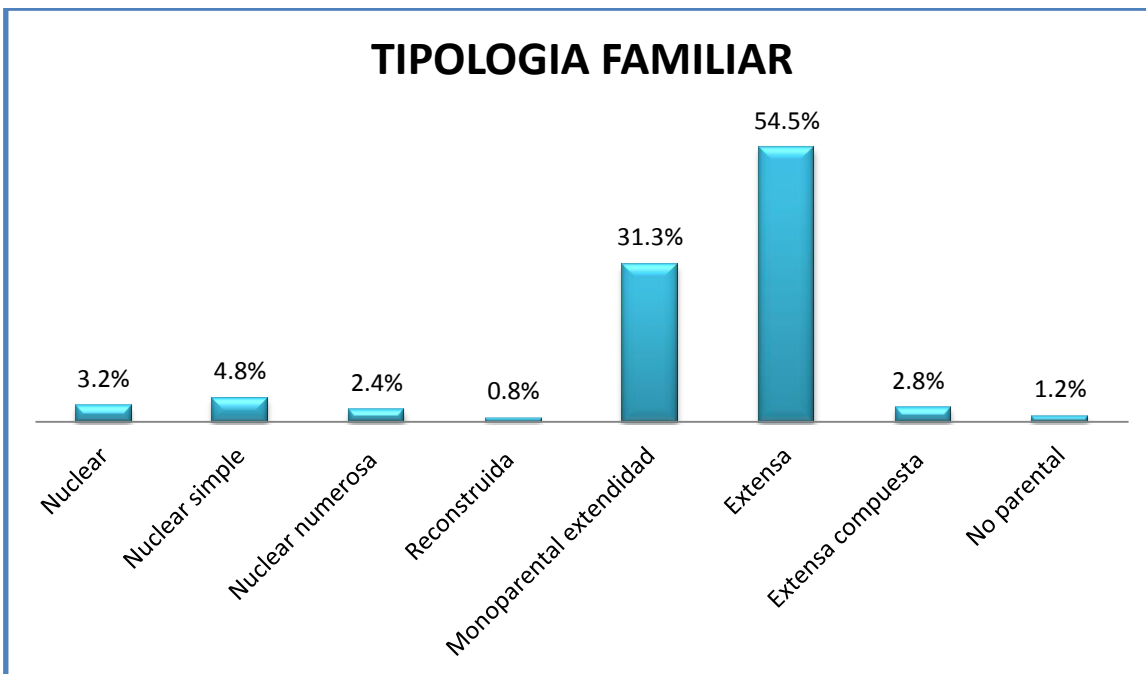
Gráfica 2. Estado civil



Gráfica 3. Escolaridad



Gráfica 4. Tipología familiar



CUADRO 2. Características del embarazo		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUMERO DE GESTACIÓN		
Primigesta	92	37.4
2 a 3	118	48.0
4 o mas	36	14.6
SDG		
1er trimestre	8	3.3
2do trimestre	64	26.0
3er trimestre	174	70.7
RIESGO REPRODUCTIVO		
4-6	104	42.3
6.1-8	60	24.4
8.1-10	16	6.5
10.1-12	18	7.4
12.1-14	20	8.1
14.1-16	14	5.6
16.1-18	10	4
18.1-20	3	1.2
20.1-22	2	0.8
22.1-24	2	0.8
COMORBILIDADES		
Alergia	2	0.8
Asma	6	2.4
Obesidad	3	1.2
Ninguna	234	95.1
PLANIFICACION DE ESTE EMBARAZO		
Planeado	75	30.5
Deseado	68	27.6
No planeado	20	8.1
No deseado	2	0.8
Inesperado	81	32.9

FUENTE: Hospital Gineco-Pediatría 3A, IMSS

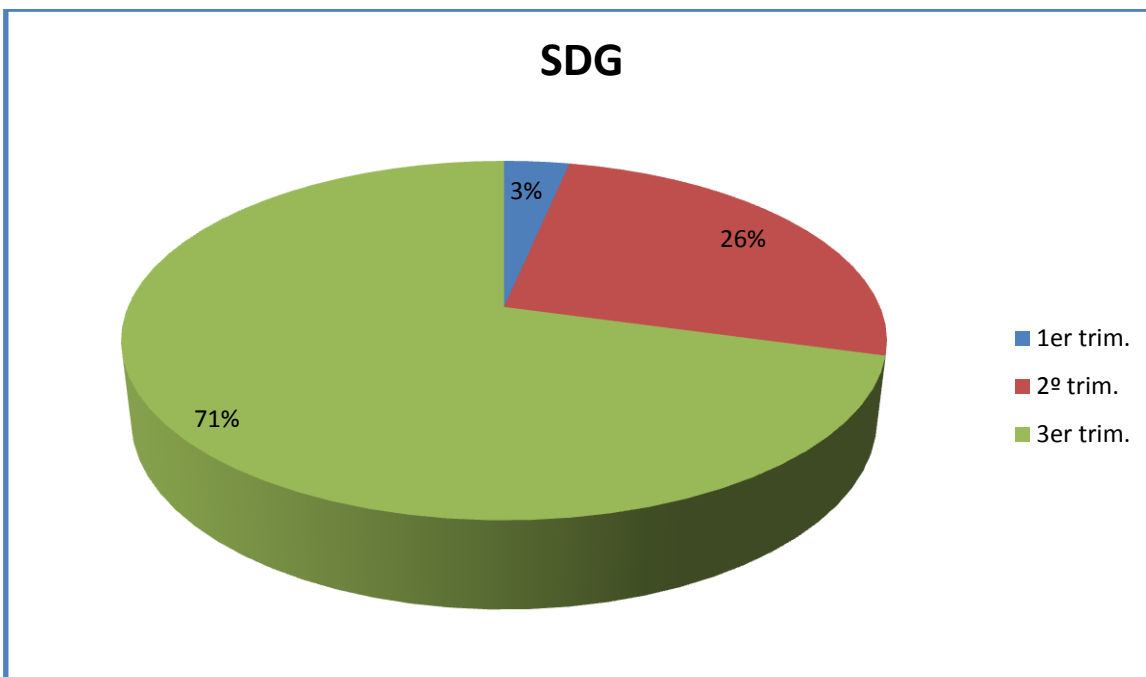
Continuación CUADRO 2. Características del embarazo		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLICACIONES EN ESTE EMBARAZO		
Amenaza de aborto	66	26.8
Cervicovaginitis	6	2.4
IVU	6	2.4
Anemia	8	3.3
APP	5	2.0
Cesárea previa	23	9.3
DM gestacional	4	1.6
HAS	5	2.0
Placenta previa	14	5.7
Hiperémesis	3	1.2
Circular de cordón	22	8.9
Hipomotilidad fetal	15	6.1
Período intergenesico corto	14	5.7
Oligohidramnios	11	4.5
Poli hidramnios	4	1.6
Pre eclampsia	5	2.0
Producto pélvico	6	2.4
Peso bajo	10	4.1
Rh o neg	3	1.2
VPH	6	2.4
Otras infecciones	10	4.1

FUENTE: Hospital Gineco-Pediatría 3A, IMSS

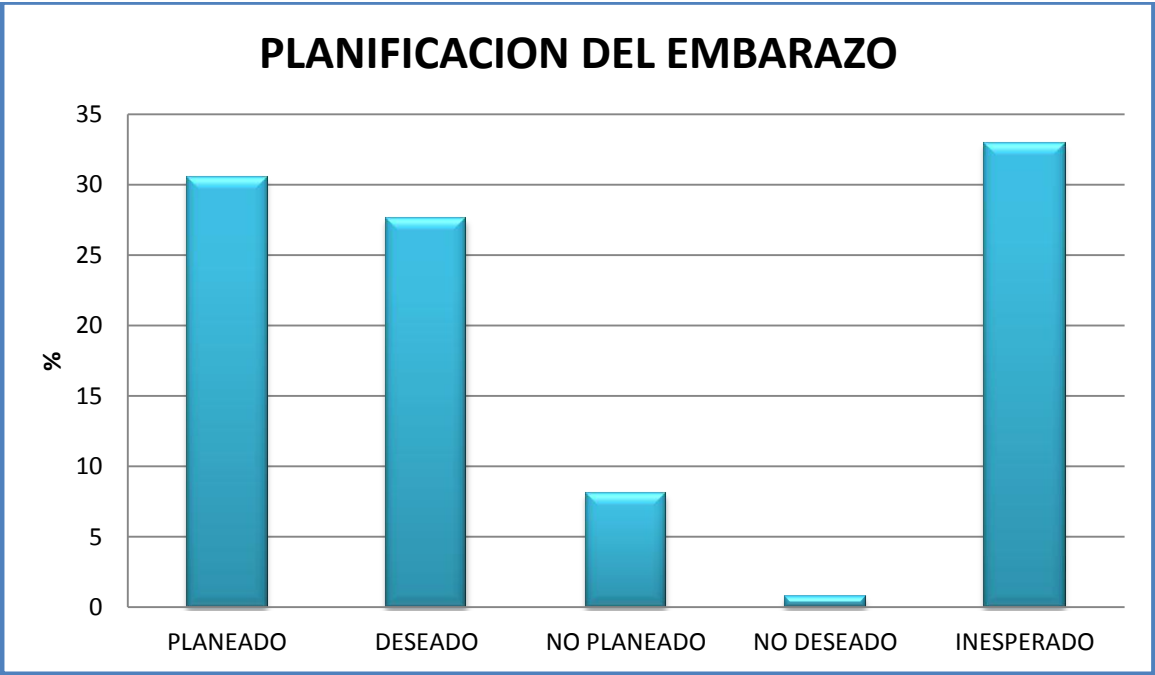
Gráfica 5. Número de gestación



Gráfica 6. Semanas de gestación

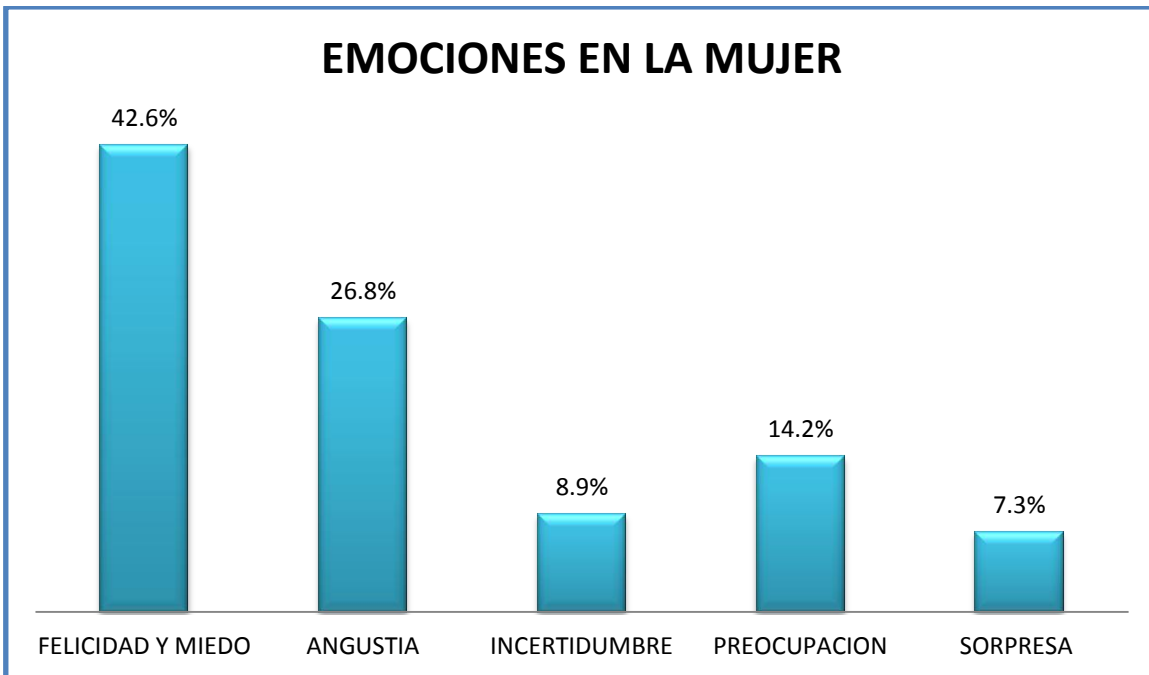


Gráfica 7. Planificación del embarazo

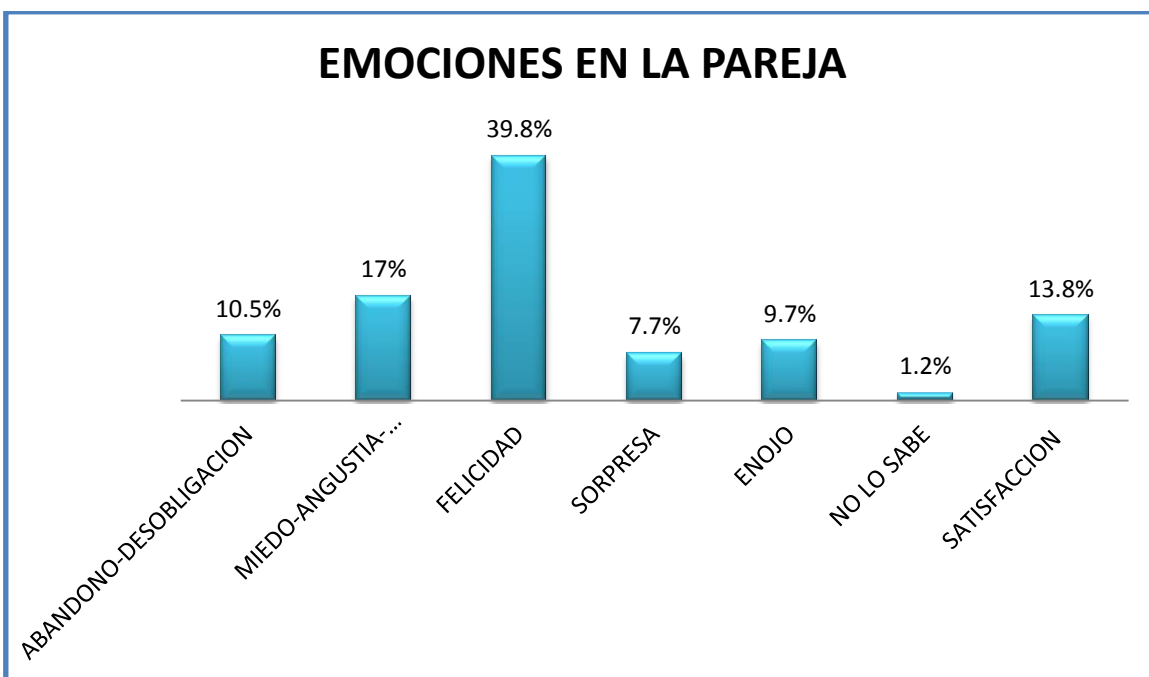


CUADRO 3. Emociones del embarazo		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EMOCIONES EN LA MUJER		
Felicidad y miedo	105	42.6
Angustia	66	26.8
Incertidumbre	22	8.9
Preocupación	35	14.2
Sorpresa	18	7.3
EMOCIONES EN LA PAREJA		
Abandono-desobligación	26	10.5
Miedo-angustia-preocupación	42	17
Felicidad	98	39.8
Incredulidad-sorpresa	19	7.7
Enojo	24	9.7
No lo sabe	3	1.2
Satisfacción	34	13.8
DEPRESION		
Si	77	31.3
No	169	68.7
SINTOMAS SOMATICOS		
Si	45	18.3
No	201	81.7
ANSIEDAD E INSOMNIO		
Si	95	38.6
No	151	61.4
DISFUNCION SOCIAL		
Si	54	22.0
No	192	78.0
DEPRESION GRAVE		
Si	-	-
No	246	100.0

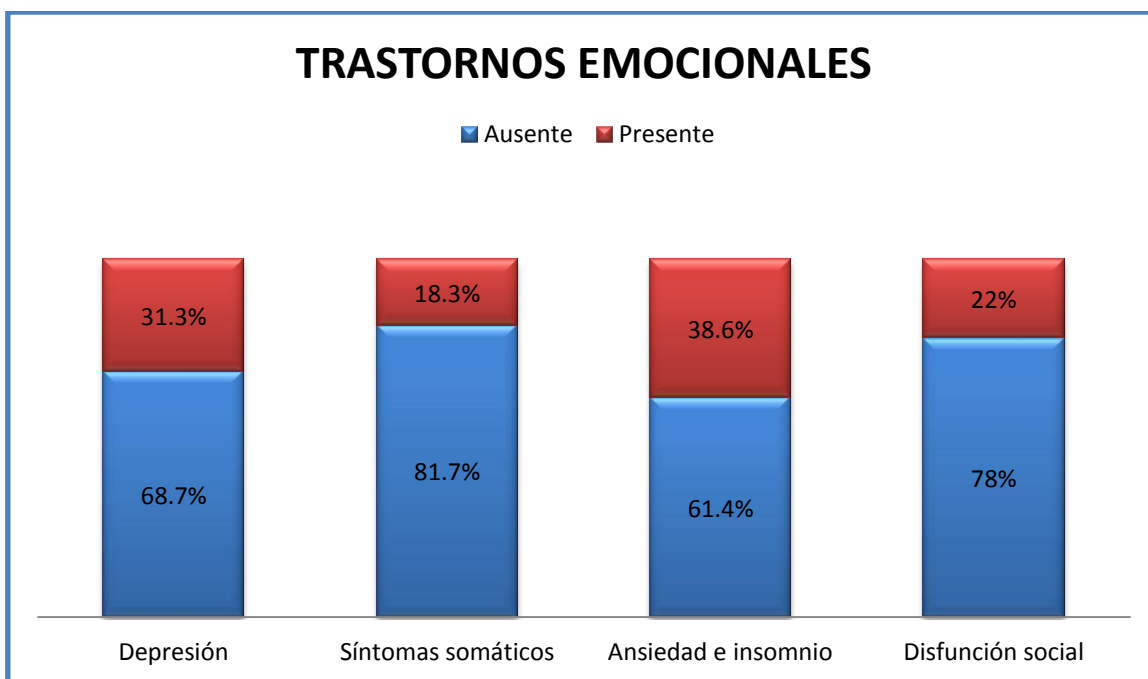
Grafica 8. Emociones en la paciente durante el embarazo



Gráfica 9. Emociones en la pareja



Gráfica 9. Trastornos emocionales



CONCLUSIONES

La media de edad fue de 27.6 años, el estado civil predominante fue casada, dedicadas al hogar, el grado de estudios fue de preparatoria, y un nivel socioeconómico medio bajo.

La tipología familiar que predominó fue la extensa.

Se detectó que en una tercera parte de las pacientes presentaba un grado de depresión, sin llegar ninguna de ellas a depresión grave, sin embargo también se encontró que cursaban con síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, y disfunción social.

Las emociones causadas durante este embarazo fueron felicidad, miedo y alegría, donde podemos notar una ambivalencia ya que en su mayoría fue un embarazo no planeado o inesperado, pero después de la aceptación les causó felicidad y alegría.

La felicidad fue la emoción predominante en la pareja, seguido de miedo, angustia y preocupación, sin embargo en algunos casos hubo abandono y desobligación.

En la mayoría de las pacientes estudiadas no presentaban comorbilidades antes del embarazo, sin embargo durante el embarazo se presentaron complicaciones entre ellas amenaza de aborto, circular de cordón a cuello, y presencia de dos o más cesáreas previas.

DISCUSION

El estudio demostró que una tercera parte de las mujeres embarazadas con embarazo de alto riesgo cursan con ansiedad y depresión.

Bernazzani y cols²², estudiaron los factores que se asocian con la depresión durante el embarazo y definieron cuatro áreas de riesgo que tenían un efecto directo de la sintomatología depresiva: relaciones interpersonales, estresores e historia psiquiátrica previa, como lo pudimos observar en nuestro estudio que las pacientes de alto riesgo durante su embarazo presentaban sintomatología depresiva, así como somática.

Mientras que sus sentimientos de ambivalencia y temores durante la gestación son desencadenados en mayoría por embarazos inesperados, en un estudio realizado en INPer³⁰ concluyeron que solamente en un 26% los embarazos son planeados, también se estudio sobre los factores sociodemográficos, el propio nivel de la depresión, relaciones interpersonales e historia familiar, aunque muchos factores pueden influir de modo directo., en nuestro estudio se encontró que el nivel socioeconómico que predominó fue el medio bajo por lo que también tiene influencia para la presentación de ansiedad, o incluso llegar a un grado de depresión, ante la propia crisis del embarazo y los gastos económicos que conlleva un nuevo miembro de la familia.

Un estudio realizado por Blasco y Monedero³² en España mencionó que si se pudiera definir un perfil de embarazada con más posibilidades de presentar cuadros de ansiedad o depresión, sería una mujer de más de 30 años, más frecuentemente secundípara, con algún aborto previo, con antecedentes psicológicos depresivos, dificultades en la relación de pareja, que trabaja como ama de casa., en nuestra investigación encontramos que el 48% cursaban su segundo o tercer embarazo, aunado a esto en su mayoría se dedican al hogar, por lo que es más frecuente la presencia de ansiedad, síntomas somáticos e incluso depresión en este grupo de pacientes porque el saber que están cursando con un embarazo de alto riesgo no podrán realizar las tareas del cuidado de sus hijos mayores, así como las tareas del hogar, porque muchas de ellas tendrán que mantenerse en reposo como parte del tratamiento indicado., además más del cincuenta por ciento pertenece a una familia extensa, aunque

representa un factor de protección ya que le ayudaran con las tareas, así como a su cuidado requiere estar pendiente de las actividades y necesidades de cada integrante familiar.

Berthiaume, David, Saucier y Borgeat³⁶ llevaron a cabo un estudio, en el que evaluaron la sintomatología depresiva de un grupo de 350 mujeres a principios del segundo trimestre de gestación. Los resultados del estudio indican que las mujeres con mayor apoyo social y autoestima son las que presentan niveles más bajos de depresión pre-parto. Además, el haber tenido experiencias emocionales previas negativas, la intensidad del estrés perinatal y el número de hombres con los que la mujer informaba haber tenido experiencia negativas, son factores que se asocian con un incremento de los niveles de depresión en mujeres embarazadas. Por otra parte, Condon y Corkindale¹⁸ llevaron a cabo un estudio con el objeto de evaluar en que el estado emocional de la mujer embarazada puede influir en el apego maternal de la misma tanto durante el embarazo como después del mismo y que las madres con un menor apego a sus hijos eran aquellas que habían presentado niveles de depresión y ansiedad más altos, así como niveles más bajos de apoyo social fuera de su relación de pareja. Estos resultados indican por tanto que el estado psicológico de la mujer durante el embarazo influye notablemente en su apego maternal aunque nuestro estudio no analizo este sentimiento se puede ver que el pertenecer a una familia en su mayoría extensa se sobreprotege a la embarazada en cuanto a su cuidado, alimentación que posteriormente esta experiencia de vida es transmitida a sus hijos y nuevas generaciones.

En el Instituto Nacional de Perinatología²⁹ se encontró que los principales factores de riesgo para que las pacientes atendidas en salud reproductiva presentaran alguna alteración emocional fueron tener un hijo vivo o más, no tener pareja, dedicarse al hogar, ser comerciante o desempleada, ser mayor de 35 años y tener una escolaridad de cero a nueve años. Refiriendo como factores importantes socioeconómicos (educación, ingresos, empleo, pobreza, trabajo domestico), fisiológicos (enfermedades físicas crónicas), psicológicos (eventos de vida y aislamiento social), eventos de estres (conflictos de pareja, eventos de vida negativos, insatisfacción con respecto al embarazo, sentirse enferma) y apoyo social (pareja, amigos, familiares y numero de amigos), por lo que en nuestro estudio las mujeres viven en una familia extensa con redes de apoyo familiar, y en su mayoría tienen el apoyo de una pareja estable ya que

encontramos que la mitad de ellas están casadas, una tercera parte viven en unión libre., por lo que observamos que el tener una pareja estable es un factor de protección al recibir el apoyo tanto afectivo y económico, aminorando la intensidad de las emociones negativas, es por eso que las pacientes demuestran en su mayoría felicidad y/o alegría.

A pesar de la importancia de las alteraciones emocionales durante el periodo de gestación, uno de los problemas terapéuticos más observados a lo largo de la literatura ha sido la ausencia de un tratamiento apropiado. Se han utilizado, entre otros, fármacos antidepresivos aunque ninguno parece ser seguro para el desarrollo del feto (Nahas)⁵. Afortunadamente ninguna de nuestras pacientes estudiadas se encontraba en depresión grave o que requiriera tratamiento antidepresivo, probablemente al encontrarse en el tercer trimestre, periodo en el cual se pueden incrementar o reaparecer nuevas emociones a la espera del nacimiento de su hijo y sobre todo aumento de los niveles de ansiedad por saberse con factores de riesgo asociados que pudieran repercutir más en el producto que en la madre.

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

BIBLIOGRAFIA

1. Maddaleno M. Enfoque familiar y los problemas de salud del adolescente. Florenzano R, Horwitz N, Rigeling Y, Venturini G et al, editores. Salud Familiar. 1ª. Edición. División Ciencias Médicas. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago; 1986: 125-141.
2. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM 2004;47:24-27.
3. Breedlov G, Fryzelka D. Depression screening during pregnancy. J Midwifery Women's Health 2011;56:18-25.
4. Morales-Carmona F. Repercusiones emocionales de la reproducción. Perinatol Reprod Hum 1992;54:753-62.
5. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G ET AL. Depression during Pregnancy: Overview of Clinical Factors. Clin Drug Invest 2004;24:157-179.
6. Goethals, A. y Thiery, M. Hospital behavior of the obstetric risk patients. En: Leysen, B., Nijs, P., y Richter, D. (Eds.). Research in Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. Acco: Leuven, pgs. 151-162.
7. Lara MA, Le HN, Letechipia G, Hochhausen L. Prenatal depression in Latinas in the U.S. and Mexico. Matern Child Health J 2009;13:567-576.
8. Chen H, Chan YH, Tan KH, Lee T. Depressive symptomatology in pregnancy. A Singaporean perspective. Soc Psychiatry Psychtr Epidemiol 2004;39:975-979.
9. Bello M, Puentes E, Mora M, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Publica Mex 2005;47:S4-S11.

10. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev* 1999;106:458–490.
11. Bonari L, Bennett H, Einarson A, Koren G. Risks of untreated depression during pregnancy. *Can Fam Physician* 2004;50:37–39.
12. Diego MA, Jones NA, Field T, Hernandez-Reif M et al. Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight. *Psychosom Med* 2006;68:747-753.
13. Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics* 2006;118:659-668.
14. Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Stuart S. The prevalence of postpartum depression: the relative significance of three social status indices. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:316-321.
15. Radloff LS. The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measurement* 1977;1:385-401.
16. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Segunda edición. Barcelona, España:Editorial Masson; 2003.
17. Fechner-Bates S, Coyne JC, Schwenk TL. The relationship of self-reported distress to depressive disorders and other psychopathology. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:550-559.
18. Nguyen HT, Clark M, Ruiz RJ. Effects of acculturation on the reporting of depressive symptoms among Hispanic pregnant women. *Nurs Res* 2007;56:217-223.
19. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004b;103:698-709.

20. Lara MA, Navarro C, Navarrete L. Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: a randomized control trial. *J Affect Disord* 2010;122:109-117.
21. Lara MA, Navarro C, Rubí NA, Mondragón L. Outcome of two levels of intervention in low-income women with depressive symptoms. *Am J Orthopsychiatry* 2003;73:35-43.
22. Vieten C, Astin J. Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Arch Womens Ment Health* 2008;11:67-74.
23. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetric settings. *J Womens Health* 2003;12:373-380.
24. Heilemann M, Frutos L, Lee K, Kury FS. Protective strength factors, resources, and risks in relation to depressive symptoms among childbearing women of Mexican descent. *Health Care Women Int* 2004;25:88-106.
25. Orr ST, Blazer MD, James SA, Reiter JP. Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy, 2007;16:535-542.
26. Watson JP, Elliot SA, Rugg AJ, Brough DI. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal years. *Br J Psychiatry*, 1984, 144:453-462.
27. Wrate RM, Rooney AC, Thomas PF, Cox JL. Postnatal depression child development. A three year follow up study. *Br j Psychiatry* 1985, 146:622-627.
28. Whiffen VE, Gotlib IH. Infants of postpartum depressed mothers: temperament and cognitive status. *J Abn Psychol.* 1989, 154:121-132.

29. Instituto Nacional de Perinatología. Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología. México DF. INPer, 1998.
30. Morales-Carmona F, González CG, Valderrama BC. Perfil de un grupo de mujeres embarazadas. *Perinatol y Reprod Hum* 1988; 2:165-74.
31. Gómez-L ME, Aldana CE. Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud* 2007; 17:53-61.
32. Najman JM, Andersen MJ, Bor W, O'Callaghan MJ, Williams GM. Postnatal depression: myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiology* 2000; 35:19-27.
33. Fergerson S, Jamieson D, Lindsay M. Diagnosing postpartum depression: Can we do better? *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 899-902.
34. Morris-Rush JK, Freda M, Bernstein PS. Screening for postpartum depression in an inner-city population. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:1217-9.
35. Pereira PK, Lovisi GM, Pilowsky DL, Lima LA, Legay LF. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Pública* 2009; 25:2725-2736.
36. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Stucchi-Portocarrero S, Campos M. Prevalencia y factores de riesgo para depresión en mujeres postparto. *Actas Esp Psiquiatr* 1999; 27:299-303.
37. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2002; 18: 1-197.
38. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202:5-14.

39. Vega JM, Mazzotti G, Campos M. Validación de una versión en español de la escala de depresión postnatal de Edimburgo. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30:106-111.
40. Espíndola JG, Morales F, Mota C, Díaz E, Meza P, Rodríguez L. Calibración del punto de corte para la escala de depresión perinatal de Edinburgo, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum* 2004;18:179-186.

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN
 PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha	El estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No. 20. Distrito Federal, a ____ del mes _____ del 2012
Por medio de la presente autorizo	_____
participar en el protocolo de investigación titulado	Aspectos psicológicos presentes en mujeres embarazadas de alto riesgo en el HGP3A
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:	3404

- **El objetivo del estudio es:** Determinar los aspectos psicológicos presentes en mujeres embarazadas de alto riesgo en el HGP-3A

Se me ha explicado que mi participación consistirá: si usted acepta a participar ocurrirá lo siguiente:

1. Se me informará y pedirá el consentimiento informado para la realización de un estudio de investigación.
2. Llenar un cuestionario de factores sociodemográficos, eventos individuales y familiares en este momento, así como otros instrumentos de evaluación de salud.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio. Los resultados del presente estudio contribuirán a detectar oportunamente los eventos individuales y familiares que puedan repercutir en la actividad laboral y en caso de detectarse alguna alteración podrá orientarse para el manejo adecuado.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento relacionado con los datos obtenidos con el estudio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

	NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Número (s) telefónico (s) al (los) cual (es) puede comunicarse en caso de presentarse emergencias, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 08:00 a 15:00 hrs., de lunes a viernes al teléfono 53331100 extensión 15320 , en la Coordinación de Educación de Salud en la Unidad de Medicina Familiar No. 20, Distrito federal, IMSS.

Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmo este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1	LUGAR Y FECHA
NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2	LUGAR Y FECHA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha

Distrito Federal, a

del mes

del 2012

Por medio de la presente autorizo que mi

participe en el protocolo de investigación titulado:

Aspectos psicológicos presentes en mujeres embarazadas de alto riesgo en el HGP3A

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

3404

El objetivo del estudio es

Determinar los aspectos psicológicos presentes en mujeres embarazadas de alto riesgo en el HGP-3ª

Se me ha explicado que mi participación consistirá en

- Se me informará y pedirá el consentimiento informado para la realización de un estudio de investigación.
- Llenar un cuestionario de factores sociodemográficos, eventos individuales y familiares en este momento, así como otros instrumentos de evaluación de salud.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.

Nombre y firma de ambos padres o tutores o del representante legal

Dra. Santa Vega Mendoza Mat. 11660511

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Número (s) telefónico (s) al (los) cual (es) puede comunicarse en caso de presentarse emergencias, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 08:00 a 15:00 hrs., de lunes a viernes al teléfono 53331100 extensión 15320, en la Coordinación de Educación de Salud en la Unidad de Medicina Familiar No. 20, Distrito federal, IMSS

Testigos

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave 2810 – 009 – 014



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Favor de contestar los siguientes apartados:

NOMBRE _____

EDAD _____

ESTADO CIVIL _____

ESCOLARIDAD _____

OCUPACION _____

SEMANAS DE GESTACION _____

NUMERO DE GESTA _____

ESTE EMBAZO FUE:

- A. Planeado
- B. Deseado
- C. No planeado
- D. No deseado
- E. Inesperado

¿QUE SENSACIONES LE SURGIERON CON ESTE EMBARAZO?

¿SU PAREJA COMO TOMO LA NOTICIA DE SU EMBARAZO?

¿PADECED USTED ALGUNA ENFERMEDAD? ¿CUAL?

¿QUIENES VIVEN EN LA CASA DONDE USTED HABITA?



ATENCIÓN MÉDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

1. EDAD (EN AÑOS)		7. GESTA	12. ANTECEDENTES OBSTETRICOS			
20 a 29		0	2 a 5	0	Ninguno patológico	0
15 a 19		1	Primigesta	1	Toxemia	4
30 a 34		1	Más de 5	3	Polihidramnios	4
Menos de 15 ó más de 34		4	8. PARA		Sangrado 3er. Trim.	4
2. PESO HABITUAL (KILOS)			Menos de 5	0	Pre-termino menos de 38SDG	4
50 o más		0	5 o más	4	Bajo peso al nacer -2,500gr	4
Menos de 50		1	9. ABORTOS		Malformación congénita	4
3. TALLA (CENTÍMETROS)			0 a 1	0	Muerte fetal tardía +28SDG.	4
Más de 150		0	2	2	Macrosomía +4,000gr	4
150 ó menos		1	3 ó más	4	Cirugía pélvico uterina	
4. ESCOLARIDAD MATERNA			10. CESAREA		Otros	
Secundaria ó más		0	NO	0	13. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	
Primaria o menos		5	SI	4	Ninguno	0
5. F.U.M.			11. INTERVALO ENTRE EL ÚLTIMO PARTO Y EL ACTUAL (MESES)		Hipertensión arterial	4
6. F.P.P.			13 a 60	0	Diabetes Mellitus	4
VIDA SEXUAL ACTIVA		SI	Menos de 13	0.5	Infección sistémica	4
		NO	Más de 60	0.5	Cardiopatía	4
			EL ÚLTIMO EMBARAZO		Otros	
			Fue de término?	SI NO	14. TABAQUISMO	
			El parto fue normal?	SI NO	No ó – 10 cigarros al día	0
			Hubo mortalidad perinatal?	SI NO	10 ó + cigarillos al día	1
					15. ALCOHOLISMO/OTRA TOXICOMANIA	
					SI	0
					NO	1
					NUMERO DE HIJOS VIVOS	
					TOTAL DE RIESGO	

CONSULTAS PRENATALES FECHA	16. SEMANAS DE GEST.	17. PESO (kilos)	18. AFU cm	19. SALIDA DE LIQUIDO AMNIOTICO (+ ó --)	20. PRESENCIA DE FCF (+ ó --)	21. MOV FETALES (+ ó --)	22. TA DIAST.	23. SANGRADO GENITAL	24. EDEMA
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
			Incremento mayor al esperado en 2 consultas consecutivas (4)	(+) 4	(-) 4		90 ó + en 2 ocasiones. (4)	(+) 1 (++)2 (+++)4	(+) 1 (++)2 (+++)4

Escala de Graffar

ENCIERRE EN UN CIRCULO SU RESPUESTA	
PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profesión universitaria. 2. Profesión técnica y superior o medianos comerciantes o productores. 3. Empleados sin profesión universitaria. Bachiller técnico, pequeños comerciantes. 4. Obreros especializados, parte de los trabajadores del sector informal de la economía (con primaria completa). 5. Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa).
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enseñanza universitaria o su equivalente. 2. Enseñanza secundaria completa. 3. Enseñanza secundaria incompleta. 4. Enseñanza primaria o alfabetas (con algún grado de instrucción primaria). 5. Analfabetas
PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO DEL HOGAR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortuna heredada o adquirida. 2. Ganancias, beneficios, honorarios profesionales 3. Sueldo mensual 4. Salario semanal, por día, entrada a destajo. 5. Donaciones de origen público o privado.
CONDICIONES DE ALOJAMIENTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias y ambientes de gran lujo y grandes espacios. 2. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo, sin exceso y suficientes espacios. 3. Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2. 4. Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias. 5. Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

4 a 6 puntos nivel alto, 7 a 9 puntos medio alto, 10 a 12 medio bajo, 13 a 16 obrero, 17 a 20 marginal.

Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh

Queremos saber cómo se siente, 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.	
<p>1. He podido reír y ver el lado positivo de las cosas:</p> <p>a) Igual que siempre b) Un poco menos que antes c) Mucho menos que antes d) No he podido</p>	<p>6. Me he sentido agobiada:</p> <p>a) No, me las he arreglado igual que siempre b) No, la mayoría de las veces me las he arreglado bastante bien c) A veces no me las he arreglado tan bien como siempre d) Sí, la mayoría de las veces no me las he arreglado en absoluto</p>
<p>2. He mirado el futuro con placer:</p> <p>a) Igual que siempre b) Bastante menos que antes c) Mucho menos que antes d) No, nada</p>	<p>7. Me he sentido tan desdichada e infeliz que he tenido dificultad para dormir:</p> <p>a) No, en absoluto b) No, con mucha frecuencia c) Sí, con bastante frecuencia d) Sí, casi todo el tiempo</p>
<p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas han marchado mal:</p> <p>a) No, nunca b) No con mucha frecuencia c) Sí, algunas veces d) Sí, casi siempre</p>	<p>8. Me he sentido triste y abatida:</p> <p>a) No, en absoluto b) No, con mucha frecuencia c) Sí, con bastante frecuencia d) Sí, casi todo el tiempo</p>
<p>4. He estado preocupada, ansiosa y asustada sin ninguna razón:</p> <p>a) No, en absoluto b) No mucho c) Sí, a veces d) Sí, con mucha frecuencia</p>	<p>9. He estado tan infeliz que he estado llorando:</p> <p>a) No, nunca b) Solo ocasionalmente c) Sí, bastante a menudo d) Sí, casi todo el tiempo</p>
<p>5. Me he sentido con miedo o presa del pánico sin motivo:</p> <p>a) No, en absoluto b) No mucho c) Sí, a veces d) Sí, bastante</p>	<p>10. He pensado en hacerme daño a mí misma:</p> <p>a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Sí, con bastante frecuencia</p>

Cada pregunta se califica en un rango de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad o duración de los síntomas. Puntaje mayor de 14 se considera casos positivos, puntaje menor de 14 se considera casos negativos

Cuestionario General de Salud de GOLDBERG 28

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido. Es importante intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias.

<p>A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</p> <p><input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Igual que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Peor que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual</p>	<p>B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?</p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual</p>	<p>B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?</p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?</p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual</p>	<p>B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?</p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?</p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B.7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</p> <p><input type="checkbox"/> No, en absoluto</p> <p><input type="checkbox"/> No más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>

<p>C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual 	<p>D.1. Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
<p>C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual 	<p>D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
<p>C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> Peor que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual 	<p>D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
<p>C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual 	<p>D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
<p>C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Más útil de lo habitual <input type="checkbox"/> Igual que útil de lo habitual <input type="checkbox"/> Menos útil de lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho menos útil de lo habitual 	<p>D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
<p>C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Más que lo habitual <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> Menos que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual 	<p>D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
<p>C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Más que lo habitual <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> Menos que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual 	<p>D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Claramente, no <input type="checkbox"/> Me parece que no <input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente <input type="checkbox"/> Claramente, lo he pensado

A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave). La puntuación se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems. Puntaje ≤ 5 no caso, puntaje ≥ 6 caso. Se suman todos los puntos un puntaje total ≥ 23 determina ansiedad.