



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD CENTRO MÉDICO NACIONAL
"SIGLO XXI" HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIÉRREZ"

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 7
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Síntomas ansiosos y depresivos en mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar 7

PROPUESTA DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

YAZMÍN ADRIANA GARCÍA NÚÑEZ

Residente de cuarto año en la Especialidad de Psiquiatría

Matrícula: 97370244

Lugar de trabajo: Consulta Externa

Adscripción: Unidad Médica de Alta Especialidad - Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" CMN SXXI, Delegación Sur, CDMX.IMSS

Teléfono: 5556276900 **Ext:** 21784 **Fax:** sin fax

Correo electrónico: yaza.gn@gmail.com

INVESTIGADOR RESPONSABLE

Sandra Vega García

Especialista en Medicina Familiar

Matrícula: 98380884

Lugar de trabajo: Consulta externa.

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar 7. Delegación Sur, CDMX, Tlalpan IMSS

Teléfono: 55732211 **Ext:** 21478 **Fax:** sin fax

Correo electrónico: dra_svega@hotmail.com / drajenie78@gmail.com

ASESOR CLÍNICO

José Luis Muñoz Chapul

Especialista en Medicina Familiar

Matrícula: 98376869

Lugar de trabajo: Consulta Externa

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar 7. Delegación Sur, CDMX, Tlalpan IMSS

Teléfono: 55732211 **Ext:** 21478 **Fax:** sin fax

Correo electrónico: jm10j@hotmail.com

ASESOR METODOLÓGICO:

Davis Cooper Bribiesca

Especialista en Psiquiatría

Matrícula: 98374727

Lugar de trabajo: Consulta Externa

Adscripción: Unidad Médica de Alta Especialidad - Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" CMN SXXI, Delegación Sur, CDMX.IMSS

Teléfono: 5556276900 **Ext:** 21784 **Fax:** sin fax

Correo electrónico: coop_2000@yahoo.com

Ciudad de México, 2019



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.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a todas las personas que han influido en mi desarrollo profesional y que han estado cercanos a mi con apoyo, tanto a familiares como mis padres y hermanos, como a mis maestros y aquellos doctores psiquiatras que han estado presentes a lo largo de la residencia en psiquiatría de esta institución.

DEDICATORIA

A mi madre quién en este proceso de formación se ha encontrado a mi lado y brindándome su apoyo de forma constante e incondicional.

A mis tutores de tesis que se mostraron con apertura y accesibilidad para la supervisión y apoyo en el desarrollo de este trabajo.

A mi hermano quién me ha empujado de forma inconsciente a mi propio crecimiento personal y profesional.

IDENTIFICACIÓN DE AUTORES

TESISTA:

Nombre: Yazmín Adriana García Núñez

Especialidad: Psiquiatría

Grado: Residente de 4to año

Unidad: Unidad Médica de Alta Especialidad - Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" del Centro Médico Nacional Siglo XXI

Teléfono: 55 39 07 01 76

Correo electrónico: yaza.gn@gmail.com

TUTOR Y ASESOR DE TESIS:

Nombre: Davis Cooper Bribiesca

Especialidad: Médico Psiquiatra

Cargo: Médico adscrito al servicio de Psiquiatría de la Unidad Médica de Alta Especialidad "Bernardo Sepúlveda", Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Teléfono: 044 55 5409 0543

Correo electrónico: coop_2000@yahoo.com

INVESTIGADOR ASOCIADO:

Nombre: José Luis Muñoz Chapul

Especialidad: Médico Familiar

Cargo: Médico adscrito al servicio de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 7 IMSS

Teléfono: 04455 3237 5533

Correo electrónico: jm10j@hotmail.com

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	23
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	24
HIPÓTESIS.....	24
OBJETIVOS.....	24
METODOLOGÍA.....	25
PROCEDIMIENTO.....	26
MUESTRA.....	28
CRITERIOS.....	29
RECURSOS.....	39
CRONOGRAMA.....	40
RESULTADOS.....	41
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	43
GRRÁFICOS.....	47
CONCLUSIONES.....	49
REFERENCIAS.....	50
ANEXOS.....	54

RESUMEN

Síntomas ansiosos y depresivos en mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar 7

Autores: Yazmín Adriana García Núñez¹, Sandra Vega García², José Luis Muñoz Chapul³, Davis Cooper Bribiesca⁴

¹Residente de cuarto año de Psiquiatría de Hospital de Especialidades CMN SXXI, ²Especialista en Medicina Familiar adscrito a Unidad de Medicina Familiar 7, ³Especialista en Medicina Familiar adscrito a Unidad de Medicina Familiar 7, ⁴Especialista en Psiquiatría adscrito a Hospital de Especialidades CMN SXXI

Antecedentes: El embarazo es una etapa vulnerable con cambios a nivel hormonal, metabólico, anatómico y psicológico. La prevalencia mundial de psicopatología en población gestante es del 20% en depresión y del 10% en ansiedad. Dichas patologías aumentan las comorbilidades durante la gestación y el riesgo de futuros trastornos psiquiátricos al binomio, razón por la cual se sugiere evaluar la salud mental materna prenatal, apoyándose con métodos de cribado para detección oportuna de síntomas psiquiátricos en la mujer embarazada.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de síntomas ansiosos y depresivos en mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar 7.

Material y Métodos: Estudio observacional, transversal en embarazadas mayores de edad de la Unidad de Medicina Familiar 7, mediante recolección de datos sociodemográficos y búsqueda de síntomas depresivos y ansiosos al aplicarse, previo consentimiento informado, la Escala de Depresión de Edimburgo y Escala para Trastorno de Ansiedad Generalizada GAD-7.

Recursos: un residente, asesores metodológico y clínico, programa estadístico S.P.S.S. 21 y financiamiento sin costo para la institución.

Infraestructura: Instalaciones de una unidad médica de primer nivel de atención.

Experiencia del grupo: Los investigadores han realizado en conjunto más de 10 investigaciones relacionadas a temas clínicos en el último año. Se cuenta con experiencia de la asesoría metodológica de más de 5 años en lo que respecta a investigaciones realizadas por Médicos Residentes para obtención de grado correspondiente.

Tiempo a desarrollarse: Enero – Agosto 2019

Palabras clave: *embarazo, psiquiatría perinatal, psicopatología en la gestación, depresión, ansiedad, método de cribado.*

MARCO TEÓRICO

Embarazo

El embarazo o gravidez para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un periodo de gestación, el cual comienza cuando termina la implantación del cigoto en el útero, y culmina en el momento del parto. El embarazo se divide en tres periodos trimestrales, cumpliendo las 37 a 40 semanas de gestación, durante los cuales el embrión y posteriormente feto se desarrolla en el útero de la mujer. ⁽¹⁾

La normativa internacional de derechos humanos incluye el compromiso fundamental de los Estados de lograr que las mujeres y las adolescentes sobrevivan al embarazo y el parto, como un aspecto de su disfrute de los derechos a la salud sexual y reproductiva y a vivir una vida con dignidad. ⁽²⁾

La atención prenatal se puede definir como la asistencia prestada por profesionales de salud capacitados a las embarazadas y las adolescentes, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para la madre y también el bebé durante el embarazo. Los componentes de la atención prenatal son los siguientes: el reconocimiento de los riesgos; la prevención y el tratamiento. ⁽³⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién nacidos del mundo reciban una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal. La atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de asistencia de la salud como la promoción de la salud, el cribado, el diagnóstico y la prevención de enfermedades. ⁽⁴⁾

La tasa de natalidad en México en el 2017 fue de 2,234, 039 Nacimientos. ⁽⁵⁾

El Periodo Perinatal

El periodo perinatal se considera por la pediatría desde la concepción hasta el primer mes de vida del recién nacido, mientras que para el área de Gineco-obstetricia abarca desde la concepción hasta aproximadamente las 16 semanas posteriores al nacimiento del producto, sin embargo para la psiquiatría este periodo es más amplio, iniciando desde el deseo y planeación de la mujer por embarazarse, o en su caso desde tener el conocimiento de su concepción y extendiéndose hasta el final del primer año de vida del lactante. Es un periodo de crisis en el desarrollo de la mujer debido a los cambios bio-psico-sociales, y se agregan las posibles complicaciones que pueden ocurrir tanto en el curso del embarazo como en el postparto o el primer año de vida del descendiente durante la interacción con la madre, sin descartar la posibilidad de enfermedad o muerte de alguna o ambas partes. ^{(6) (7)}

Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (1965) la define como “periodo de vida en el que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica”, la fija en límites entre los 10 y 20 años de edad. Se desencadenan cambios emocionales, por la necesidad de abandonar hábitos conductuales aprendidos en la niñez, modificación del pensamiento con base en la formación integral de la infancia y mayor preocupación por la opinión de iguales o de la sociedad, que por lo que opinan los padres. Continúan los cambios hormonales y de los caracteres sexuales secundarios e inicia una búsqueda de la identidad. Aparecen nuevas frustraciones ante eventos nuevos y respuestas que generan cambios humorales, predominando la irritabilidad. Es un periodo de vulnerabilidad para psicopatología.^{(8) (9)}

Parentalidad

Es un proceso biológico y psicosocial, que pone en juego el proceso de convertirse en madre o padre, constituyendo una crisis del desarrollo. Se refiere a las actividades que realizan el padre y madre en el proceso de cuidado, socialización, atención y educación de sus hijos; incluye los conocimientos, actitudes y creencias que los padres asumen en relación con la salud, la nutrición, la importancia del ambiente físico, social, y las oportunidades de estimulación y aprendizaje de los hijos.^{(10) (11)} Una de las áreas de la parentalidad más estudiadas es la teoría del vínculo y apego, donde diversas investigaciones sugieren que la relación afectiva segura influye positivamente en el desarrollo cerebral del infante. Se desarrolla una interacción madre/padre- bebé, que va desde la dependencia completa del recién nacido hasta la independencia y autonomía del adulto. Cada vez se exploran más los procesos en la familia, en el post-parto, y en el embarazo.⁽¹²⁾

La Salud Mental Perinatal

Para la mayoría de las madres afectadas por trastornos psiquiátricos, la única fuente de apoyo y atención son los servicios no especializados de psiquiatría infantil o de adultos, sin embargo, ante el problema actual, se requiere su propia especialidad, debido a la vulnerabilidad de madre y producto de tipo genético, exposición a fármacos, relaciones conflictivas y factores de riesgo psicosocial. El niño participa en la ansiedad materna sobre su salud, supervivencia, el miedo a la responsabilidad del cuidado infantil, ilusiones u obsesiones sobre el bebé o los trastornos de la relación con el feto y el bebé (emocional y enojo patológico). El producto debe tomarse en cuenta para la elección del tratamiento. La psiquiatría tiene el deber de capacitar y brindar a los consultores, conocimientos sobre la psicopatología, y los padres deben tener acceso a expertos, ya que la identificación de los padres y productos en riesgo durante el embarazo y el posparto ofrece oportunidades para la prevención primaria y secundaria de la enfermedad mental y las consecuencias adversas en el desarrollo de los niños, lo que genera ahorros a largo plazo en la salud y otros sistemas. Los trabajadores de atención primaria y de salud comunitaria hacen una importante contribución, especialmente en países con servicios psiquiátricos menos desarrollados.⁽¹³⁾

Clinimetría

La clinimetría hace referencia a la medición de fenómenos clínicos. Debemos considerar que aunque en diferentes niveles, cuando entrevistamos a un individuo y se integra algún diagnóstico, se está midiendo una condición, por lo que se asigna un valor a objetos o sucesos, denominadas variables, que nos interese medir. Una escala es el conjunto de categorías que definen a una variable, y la categoría es la diferente forma de expresión que la variable puede adoptar. El nivel de medición más sencillo es el categórico o el nominal, que no establece relaciones jerárquicas. Cuando se diagnostica se está categorizando, como en la Clasificación internacional de enfermedades CIE-10 considerada escala nominal o categórica con un conjunto de categorías diagnósticas. La forma más sencilla de categorizar es presencia/ausencia de la característica (dicotómico o existencial porque valora si existe o no la característica). El siguiente nivel de medición es el nominal donde existe una relación jerárquica. El nivel de medición más fino es el dimensional, donde la relación de las categorías es constante y se pueden hacer mediciones aritméticas; ésta puede ser continua si tiene valores fragmentados, o discreta si no los tiene. Cuando se definen las categorías con las que se identifica una variable, se desarrolla una escala o instrumento de medición, que deben presentar validez y confiabilidad. Los criterios en psiquiatría para la validez son el curso, desenlace, respuesta a tratamiento, patrón familiar, y algunas mediciones biológicas, desarrollándose así distintas escalas en la psiquiatría. ⁽¹⁴⁾ Existe diferencia entre la psicometría y la clinimetría, la primera evalúa los constructos teóricos, y a partir de estos se identifican las características relacionadas y se desarrolla un índice o una escala, mientras que la clinimetría es un campo desarrollado empíricamente donde el médico identifica las características sobre las que se intenta incidir, por lo que es capaz de hacer un diagnóstico y tratamiento, logrando así el desarrollo de clinimetría que valoren; síntomas, efectos secundarios, funcionamiento físico y calidad de vida. Cualquier índice clinimétrico debe tener un propósito y justificación, con aplicación evidente. ⁽¹⁵⁾

El Diagnóstico Psiquiátrico

Existen cambios en cuanto al diagnóstico clínico en psiquiatría. Al diagnosticar una “categoría diagnóstica”, se considera el nivel diagnóstico de medición categórico o nominal. Se han considerado distintas variables asociadas a la asignación de un diagnóstico, pues existen diferentes sistemas, los más empleados son la clasificación internacional de enfermedades CIE-10 y el Manual diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-5, en ambos, las categorías diagnósticas están especificadas por criterios. Se han desarrollado entrevistas estructuradas, y semiestructuradas que disminuye la variabilidad de la información, por lo que son de apoyo para las evaluaciones psiquiátricas personales. Las escalas de evaluación pueden clasificarse dependiendo de las siguientes características. ⁽¹⁴⁾

1.- Las variables que miden (escalas globales, escalas de síntomas y escalas de estado de salud o calidad de vida).

2.- La forma de aplicación (autoaplicables por la misma persona o heretoaplicables mediante el observador).

3.- El tipo de respuesta (análogas visuales o escalas tipo Likert). Las puntuaciones obtenidas de las escalas son valores ordenados y no numéricos que expresen intervalo o razón y su distribución no siempre es normal.

Existen distintas escalas que se han validado para la población mexicana y pueden emplearse en diversas patologías como en la depresión y ansiedad. Por otro lado, el Screening o cribado es el proceso de identificación de personas que pueden estar en riesgo de una determinada condición o enfermedad. ⁽¹⁶⁾

Para permitir la detección temprana y la intervención oportuna, la evaluación universal se considera una de las mejores prácticas en muchos entornos. Las condiciones necesarias para dicho Screening son: que sea una condición prevalente, que tenga consecuencias negativas, que no se detecte, que existan tratamientos eficaces y que sean accesibles, además que haya herramientas de detección, y el cribado sea aceptado. ⁽¹⁷⁾

Psiquiatría Perinatal

Cada vez es más utilizado el término psiquiatría perinatal; denominación que hace referencia al área de la psiquiatría abocada al estudio, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales de la gestación, parto y postparto. Es una disciplina que se sitúa entre la psiquiatría del adulto y la del niño, y tiene por objetivo los trastornos mentales en alguno de los padres durante el periodo perinatal, así como la especificidad del desarrollo fetal, del recién nacido y del lactante. Durante esta etapa pueden desarrollarse trastornos psiquiátricos, o exacerbarse alguno previo. Dentro de los trastornos, son fundamentales los cuadros afectivos de tipo depresivo, ya que son los que concitan mayor atención tanto por personal de salud como por gineco-obstetras y/o pediatras. ⁽¹⁸⁾

En años recientes se ha mostrado mayor interés en la depresión postnatal como un problema de salud pública, mientras que la depresión durante el embarazo, que es común, ha recibido menos atención. Cuando la mujer embarazada padece de algún trastorno mental, su habilidad para responder las demandas de autocuidado y maternidad disminuyen. El no tratar la depresión materna, mantiene efectos deletéreos en el desarrollo fetal, del lactante, y del niño o niña en periodos futuros y en la madre. La Psiquiatría Perinatal tiene la necesidad de integrar diferentes disciplinas científicas para una comprensión multifactorial de los trastornos; a) paidopsiquiatría, b) psiquiatría de adultos, c) gineco-obstetricia, d) medicina familiar, e) psicología clínica, f) enfermería y g) servicios sociales. ⁽¹⁹⁾

Siempre que sea posible, se debe ofrecer a las mujeres con enfermedades mentales conocidas, asesoramiento previo a la concepción sobre los riesgos del embarazo y los beneficios de las opciones de tratamiento durante el embarazo y la lactancia. ^{(13) (20)}

Desarrollo de la Psiquiatría Perinatal en la Historia

Por primera vez el interés científico por algún trastorno perinatal, no llamado así en ese entonces, fue en el siglo XIX, en Francia, a través de publicaciones de Esquirol (1838) y de Louis Victor Marcé (1858) con el *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchés et des nourrices et considerations médicolegales*. Es hasta el siglo XX donde aparece un nuevo interés por estos trastornos. En Inglaterra aparecen las primeras Unidades de Hospitalización madre-bebé en 1948. Se empezaba a constatar el efecto traumático que tenía en los niños la separación de sus familias durante las evacuaciones masivas; creció el interés de los profesionales en la perinatalidad y psiquiatría infantil. En 1979 se abre en Créteil, en un Servicio de Psiquiatría Infantil, la primera Unidad de hospitalización conjunta a tiempo completo y simultáneamente unidades de hospitalización conjunta en psiquiatría de adultos en el Hospital Paul Brousse en Villejuif a partir de 1980. ⁽²¹⁾

Existen dos corrientes de Psiquiatría Perinatal: La anglosajona donde el trastorno mental de uno de los padres, y el bebé o la relación se abordan como consecuencia o causa del trastorno del adulto y la corriente francófona que pone énfasis en la relación entre el trastorno de uno de los padres y los del bebé. La primera publicación que hace referencia al término exacto de Psiquiatría Perinatal data de 1972 por Thelander HE. A partir de los años 80, la mayor parte de los trabajos es sobre las dos principales patologías de la Psiquiatría Perinatal: Las Depresiones Post-parto y las Psicosis Puerperales. Hacia 1985, se define que el trastorno del padre/madre puede interferir en la función parental y en la interacción con el bebé lo que impacta sobre el desarrollo del niño. ^{(6), (19)}

A mediados de los 80's prevalecía la idea social de que la maternidad y el embarazo se asocian a un estado de bienestar emocional y ausencia de patología mental, a pesar de que se sabía que mujeres con enfermedad mental podía embarazarse y que las púerperas eran más vulnerables, e incluso se pensó que el embarazo era un factor protector sobre el desarrollo de trastornos psiquiátricos. Por primera vez la psiquiatra Gisela B. Oppenheim en 1985 cuestionó el mito e inició un capítulo sobre trastornos psicológicos en el embarazo con la presencia de síntomas ansiosos y depresivos en un 30% de las participantes. Mundialmente se desató un interés por determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en gestantes y púerperas. ⁽²²⁾

Psicopatología del Embarazo, Parto y Puerperio

El embarazo y sus fenómenos bio-psico-sociales marcan pautas de acción durante su seguimiento, con mayor conocimiento en el área de gineco-obstetricia, sin embargo, están en crecimiento en el área de la psiquiatría. En los padres hay cambios bio-psicosociales basados en su infancia. Pensamientos de distorsión cognitiva de los padres, disfuncionalidad y creencias mal adaptativas respecto a la maternidad, así como el fenómeno de cambios, puede llevar a manifestar; estrés, confusión, síntomas afectivos y sentimientos de ambivalencia, lo que asociado a la transición de parentalidad aumentan el riesgo de depresión y ansiedad. ⁽²³⁾

En las transformaciones mentales maternas se da una primera tarea los primeros meses, donde se juega la aceptación del producto, de las modificaciones de la imagen corporal y de sí misma; posteriormente se da una segunda tarea marcada por la mejor identificación del feto, al percibir sus movimientos y hasta antes del parto. El feto es mejor percibido como una entidad en sí mismo, lo que provoca en la mujer ansiedad de pérdida, que se manifestarán en su ánimo y en las conductas de cuidado y preocupación. ⁽²⁴⁾

El parto se vive a menudo como una acción violenta, pueden aparecer temores de daño al producto o incapacidad considerada por la madre, aumenta el estrés de la mujer y el riesgo de reacciones traumáticas post-parto y por estrés de la nueva relación con el niño en separación-individuación. La tarea de establecer y favorecer el vínculo comienza inmediatamente tras el parto, así como el fomento de las capacidades parentales que inicia con el contacto piel a piel desde el nacimiento, apoyo a la madre para sentirse segura en el manejo y cuidados iniciales del bebé, el fomento a la lactancia materna y ambiente armónico en intimidad con su bebé. En algunos estudios se habla de que el adecuado vínculo tiene influencia sobre el neurodesarrollo, mientras que la alteración a algún nivel, sumado al estrés actual puede fomentar la psicopatología. ⁽¹⁹⁾

Los trastornos se pueden colocar bajo cinco encabezados: 1) trastornos de adaptación al embarazo, 2) complicaciones psiquiátricas del embarazo, 3) psicopatología del parto, 4) trastornos mentales posparto y 5) trastornos relacionados con el niño, los cuales son descritos a continuación: ⁽¹³⁾⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾

- 1) Trastornos de adaptación al embarazo:** Basándose en que es una etapa vulnerable y que más del 50% de los embarazos son no planeados, aunque muchos sean bien aceptados; el embarazo es un problema en muchas naciones y la adaptación al mismo trae constante estrés y alteraciones en la madre en distintas áreas. El aborto (espontáneo, médico o social) es seguido ocasionalmente por psicosis (orgánica, psicógena o bipolar). Alrededor del 10% de los embarazos son rechazados, con un mayor riesgo de trastornos posparto, que puede llevar al abuso fetal e incluso el rechazo al recién nacido.
- 2) Otras complicaciones psiquiátricas del embarazo:** La depresión es tan común durante el embarazo como en otras ocasiones de la vida, y puede recurrir en cada embarazo, relacionado a diversas causas como: aislamiento social, estrés, fricción con la pareja (especialmente si son críticos, controladores, coercitivos o abusivos); la violencia de pareja puede aumentar durante el embarazo. La ansiedad es común, con foco principal en el miedo a la pérdida fetal (especialmente en aquellos con antecedentes de infertilidad, fertilización in vitro, aborto involuntario o muerte fetal), falta de apoyo, insuficiencia como madre o miedo al parto. La aparición de la ansiedad específica por el embarazo se ha propuesto como un síndrome distinto; se refiere a una respuesta de ansiedad particular relacionada con un embarazo actual, que puede incluir temores y preocupaciones en torno al trabajo de parto y el parto, la salud del bebé y los cambios esperados en el papel de la mujer, y puede ser fuerte predictor de resultados infantiles negativos mayores que la ansiedad prenatal y pueden no cumplir para un trastorno de ansiedad DSM 5 ó CIE-10. Hay un

aumento en los trastornos obsesivo-compulsivos con discapacidad grave y calidad de vida deficiente, encontrándose productos con menor peso al nacimiento y más parto pretérmino. Aunque son menos frecuentes que después del nacimiento, se producen muchas formas de psicosis durante el embarazo: psicosis orgánicas con corea gravídica y el síndrome de Wernicke-Korsakow. Las psicosis no orgánicas son heterogéneas o trastornos bipolares/cicloides. Algunas desarrollan dismorfobia durante la gestación, que incluye ideas de referencia y evitación social. El abuso de drogas gestacional es grave por los riesgos para el producto. Los trastornos de la conducta alimentaria pueden causar dificultades en el embarazo, especialmente si la madre está restringiendo su dieta; existe evidencia que sugiere que la anorexia nervosa y bulimia nervosa se asocian a mayor riesgo de embarazos no planificados, y pacientes con trastorno por atracón aumenta su peso de forma excesiva durante la gestación, teniendo productos grandes para la edad gestacional. Los trastornos facticios se presentan durante el embarazo ocasionalmente.

- 3) **Psicopatología del parto:** psicosis asociadas a alteración médica no psiquiátrica como; psicosis eclámpticas y epilépticas. Se puede debutar con psicosis bipolares o suicidio. El trastorno de estrés postraumático, con flashbacks intrusivos, pesadillas, evitación de recordatorios fóbicos y un estado prolongado de alta tensión, se ha informado en hasta el 5% de los nacimientos por el parto traumático.
- 4) **Trastornos psiquiátricos posparto:** la depresión postparto ha sido la más investigada hasta ahora; tiende a ser un término que abarca todos los casos y una variedad compleja de trastornos distintos de forma errónea, pues algunas mujeres pueden padecer de trastornos distintos al diagnosticado como “depresión postparto”, enmascarando el trastorno bipolar, psicosis o ansiedad. El parto es uno de los principales desencadenantes de los trastornos obsesivo-compulsivos (mayores respecto a limpieza, trabajo doméstico, cuidado, protección, bienestar y aseo de los niños). Las ideas dismorfóbicas por el aumento de peso, las estrías o el tamaño de los senos pueden volverse sintomáticas. Las psicosis posparto pueden asociarse a comorbilidad médica como trombosis o epilepsia, las psicosis cicloides o bipolares pueden comenzar a las 2 semanas o de la semana 4 a la 13 después del parto. La mayoría de las psicosis en este periodo son del espectro bipolar, aunque pueden existir de tipo esquizofrénicas, depresivas, psicógenas o por fármacos.
- 5) **Trastornos relacionados con el niño:** El infante modifica la psicopatología materna. La ansiedad centrada en el niño toma dos formas opuestas: algunas madres aterrorizadas por la responsabilidad pueden llevar al pánico puerperal y evitar como fobia al recién nacido. Una madre con un miedo patológico a la muerte súbita se resiste a dormir debido a la necesidad de controlar la respiración del bebé, lo que resulta en una falta de sueño agotadora. existe la obsesión por el infanticidio, con impulsos que deben distinguirse de los basados en la ira para abusar de un niño. Los delirios de las madres con psicosis a menudo involucran al niño y pueden ser peligrosos.

Epidemiología

Los trastornos mentales tienen gran repercusión a nivel individual, familiar y con impacto en lo social. Se estima que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requerirá tratamiento en algún momento de su vida. Los trastornos afectivos son la segunda alteración más frecuente de las enfermedades mentales a nivel mundial, destacando la depresión unipolar. La depresión es el principal problema de salud y la causa más frecuente de incapacidad laboral a nivel mundial. La depresión mayor tiene una tasa de presentación 1.5 a 3 veces mayor en comparación a los hombres, siendo el grupo de edad más afectado las adolescentes.⁽²⁴⁾

La OMS establece que alrededor de 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de adolescentes menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo se producen en adolescentes entre 15 a 19 años, y la gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos medio-bajos; en este escenario, México tiene el primer lugar a nivel mundial de embarazos adolescentes (OMS, 2018). En México el 16% total de nacimientos del país sucede en mujeres adolescentes, consideradas hasta los 20 años materna. Se estima que el 70% de los embarazos son embarazos no planeados.⁽⁸⁾ La evidencia en países desarrollados muestra que los síntomas depresivos ocurren en un 25% a 47% de adolescentes embarazadas.⁽²⁸⁾

La depresión mayor en el embarazo no está lo suficientemente diagnosticada oportuna o adecuadamente en la actualidad por lo que no se conoce con precisión su incidencia, sin embargo, se estima a nivel mundial que 2 de cada 10 embarazadas presentan depresión y 2 de cada 10 síntomas depresivos. Algunos estudios informan que la prevalencia de síntomas depresivos durante la gestación puede variar ampliamente, y muestran un porcentaje de 2 a 51% en los dos últimos trimestres. La depresión sin tratamiento en el embarazo es factor de riesgo para presentar depresión postparto en un 50 a 65%, así como reacción depresiva puerperal (baby blues) hasta un 80%. El baby blues se presenta en un 50 a 60% de las mujeres en el puerperio de la población general, mientras que las depresiones mayores puerperales en un 10% a 15%. En México se informa de síntomas de depresión en 22 a 37% de las gestantes y una prevalencia de depresión postparto del 17 al 22%. En el sistema de estadísticas oficiales para el 2010 del Instituto Mexicano del Seguro Social no se encontraba registro del diagnóstico de depresión en unidades de primer nivel de atención. Los síntomas de depresión o malestar emocional en algún grado, que no integre un trastorno son entre 2 a 6 veces más frecuentes.^{(29) (30)}

En el embarazo, el trastorno depresivo tiene una prevalencia del 10 al 25% en la población general y hasta 38 a 50% entre quienes tienen bajo nivel socioeconómico, mientras que la prevalencia de sintomatología depresiva se encuentra presente en un 8 a 31% y de ansiedad hasta un 10% a 20% de la población con un 8% en ansiedad generalizada y 1-2% en trastorno de pánico.^{(24), (31)}

En un análisis de The safe Motherhood Group y la Agency for Healthcare Research and Quality publicaron en 2005 hallazgos basados en 30 estudios donde ofrecen incidencias aproximadas de 8.5% y 11% en diferentes etapas del embarazo y 6.5 a 12.9% el primer año postparto y hasta 19.2% un episodio depresivo en los primeros tres meses postparto. Pacientes con antecedentes de cursar con un cuadro de depresión mayor en el embarazo, tienen un 25% de riesgo de presentarlo nuevamente en un futuro embarazo.⁽³²⁾

En un estudio realizado por médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social en 2010, en una unidad de primer nivel de Quintana Roo, usando la escala de Edimburgo se encontró que 6.4% de la población de estudio presentó depresión.⁽²⁹⁾ En otro estudio de prevalencia realizado por personal de enfermería en Veracruz en una institución de primer nivel haciendo uso clínicométrico del inventario de depresión de Beck en el 2017, se reportó prevalencia de depresión de 23.6%, con mayor prevalencia en el tercer trimestre en un 66.6%.⁽²⁴⁾

Respecto a otros trastornos psiquiátricos: se han observados cifras de prevalencia variables, como el 0.1 a 0.2% en trastornos psicóticos agudos, para el trastorno de estrés postraumático es del 5% y trastorno obsesivo compulsivo (TOC) del 0.6%. Algunos estudios se han centrado en la incidencia, informando que las cifras varían del 0 al 39%, mientras que Williams y Koran (1997) encontraron que el 69% de los pacientes con TOC no tuvieron cambios en los síntomas durante su embarazo, el 17% empeoró los síntomas y el 14% mejoró los mismos. El TOC postparto varía en incidencia de un 4 a un 11%, asociados a trastorno de la personalidad de tipo evitativo u obsesivo-compulsivo que predijeron los síntomas en el postparto.⁽²⁶⁾

Respecto a los Trastornos de la conducta alimentaria se estima que el 4.9% de las mujeres en atención prenatal presentan síntomas mayores respecto a mujeres no embarazadas, mientras que en estudios posteriores se detectaron cifras de hasta el 27%.⁽²⁷⁾

Clínica de los trastornos mentales en el periodo perinatal

- **Trastornos Depresivos:** Los trastornos depresivos son una disregulación del afecto, alterando el ánimo, pensamiento y concepción de la realidad, modifica el ciclo sueño-vigilia, la alimentación, autoevaluación y autocuidado; en diferente intensidad, severidad, duración y factores predisponentes y precipitantes para cada individuo. El DSM-5 incluye: a) episodio depresivo mayor, b) trastorno depresivo persistente (distimia), c) trastorno disfórico premenstrual, d) trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos, e) trastornos por afección médica. Se presentan síntomas cognitivos, conductuales, somáticos y del afecto, diferenciándose por la duración, presentación o supuesta etiología. Los síntomas deberían aparecer casi cada día la mayor parte del mismo para considerarlos (exceptuando la ideación suicida). Las quejas somáticas frecuentes pueden ser debidas a la depresión.

El rasgo principal del episodio depresivo mayor es un periodo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, así como diversos síntomas de una lista ya especificada como son; cambios en el apetito o peso, en la actividad psicomotora, energía, sentimientos de inutilidad y culpa, dificultades para pensar, concentrarse o toma de decisiones, pensamientos recurrentes de ideación suicida o muerte e intentos de suicidio. Para que un síntoma sea considerado como parte del episodio, debe ser nuevo o haber empeorado la basal en comparación con el estado previo de la persona. El curso es variable. Se puede usar el DSM-5 o CIE-10 como apoyo para el diagnóstico.⁽³³⁾

- **Trastornos Depresivos Puerperales:** El baby-blues (blues del parto o tristeza postparto) no es un trastorno per sé; es un cuadro que autoremite y cede en un par de semanas, consiste en; labilidad emocional, tristeza, sentimientos de temor hacia el futuro, dudas sobre sus competencias en habilidades maternas, llanto fácil, sin ser una gravedad que limite sus actividades. Suele aparecer al cuarto o quinto día posparto y no requiere tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, si no contención por parte de terceros cercanos. Las depresiones mayores post-natales son de gran interés por el impacto que pueden suponer sobre el neonato y por su frecuencia, presentan los síntomas de un trastorno depresivo mayor, por lo que afecta la funcionalidad de la mujer. Hay mayores rangos de depresión postparto en multíparas, principalmente los primeros 6 meses postparto, al igual que mayores niveles de ansiedad.⁽³⁴⁾

Trastorno Depresivo Mayor en el Embarazo: Las características clínicas son similares a las de otros periodos de la vida; incluye manifestaciones comunes de auto-reproches, auto-desvalorización, ansiedad e insomnio, junto a problemas somáticos (dolores de espalda, cuello, etc.). Se debe considerar las molestias propias de la gravidez (astenia, labilidad emocional, alteraciones del sueño y de apetito) para diferenciarlas de la depresión, así como considerar la comorbilidad médica no psiquiátrica que pudiera manifestar síntomas que a menudo se podrían asociar a un episodio depresivo. La tristeza y desesperanza son los síntomas con mayor distinción o la aparición de ideación suicida. Se sugiere conocer los síntomas y hacer uso de los instrumentos psicométricos específicos para su detección. Es importante recalcar que algunos autores mencionan que la depresión en adolescentes tiene particularidades distintas a las presentadas en la etapa adulta, que logran enmascararse con las conductas típicas del adolescente y la adolescencia aumenta el riesgo de depresión en el embarazo.^{(6) (23)}

- **Trastornos de Ansiedad:** Distintos trastornos de ansiedad se pueden presentar durante la etapa perinatal, comparten características de miedo y ansiedad excesivos y alteraciones conductuales; debe considerarse que en ocasiones la severidad y efecto de los síntomas de ansiedad no están en un nivel necesario para integrar dentro de los criterios diagnósticos de

trastorno.^{(6) (35)} El miedo es una respuesta emocional a una amenaza real inminente o imaginaria y la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. El miedo tiene una respuesta autonómica por descarga adrenérgica, con la consecuente respuesta corporal; taquicardia, diaforesis, sensación de lucha o huida, mientras que la ansiedad se asocia más a tensión muscular, vigilancia a peligros futuros, y comportamientos cautelosos o evitativos. Hay inquietud, nervios, fatiga fácil, síntomas cognitivos (dificultad para concentrarse o fallas atencionales), irritabilidad y conductuales (evitativo, aislamiento), y alteraciones de sueño. Las crisis de pánico son un extremo de respuesta al miedo y ansiedad.⁽³³⁾

- **Trastornos de Ansiedad Perinatales:** tienen gran relación con los estados depresivos. La ansiedad y las molestias somáticas, pueden ser una alarma o guía de la necesidad de mayor atención o exploración de los aspectos emocionales para descartar evoluciones a peor, potenciar la prevención o intervenir con mayor apoyo o seguimiento. Los síntomas de ansiedad durante el embarazo pueden manifestarse con mayor intensidad en preocupaciones respecto al cuidado del hijo, así como miedos en torno al cuidado, parto y daño al bebé, y en caso de miedo intenso a la muerte infantil, alterar el ciclo de sueño materno con fatiga e insomnio que puede predisponer a otras patologías como psicosis.⁽³⁵⁾
- **Trastorno de Estrés Postraumático Postnatal:** subdiagnosticado por no analizarse. Puede ser desencadenado por psicoestresores durante el parto o su evolución con personal de salud, así como ser secundarias a accidentes perinatales precedentes o a la pérdida pre-natal.⁽²³⁾
- **Trastorno Psicótico Agudo Puerperal:** son más infrecuentes, presentan síntomas de tipo delirante y/o alteraciones sensoriales. Aumentan el riesgo de suicidio e infanticidio. Usualmente desarrollan ideas paranoides, de grandiosidad, ilusiones-alucinaciones bizarras, labilidad emocional, perplejidad, pueden volver a presentarlo en un futuro embarazo.⁽³⁶⁾
- **Trastorno Obsesivo Compulsivo:** dependiendo la etapa en la que se encuentre la mujer gestante, puede presentar ideas intrusivas y persistentes de aseo o daño al bebé, ideas en torno al cuidado o capacidad para realizar su nuevo papel materno.⁽²⁰⁾
- **Trastorno de la Conducta Alimentaria:** restricciones alimentarias con menor ingesta calórica y pérdida en vez de ganancia ponderal en caso de anorexia nervosa, episodios de atracones en caso de bulimia nervosa, disminuyendo las conductas purgativas en mujeres con diagnóstico previo de bulimia nervosa. Mujeres con ingesta inadecuada de nutrientes son más propensas a desarrollar riesgos durante el embarazo y cambios en su salud mental, así como asociación con depresión y ansiedad.⁽³⁷⁾

Diagnóstico de los Trastornos Mentales en el Periodo Perinatal

El diagnóstico de los trastornos mentales durante el periodo perinatal es clínico. Existen manuales y guías diagnósticas mundiales basadas en criterios específicos, como la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) y El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5); ofrecen una descripción de cada trastorno con criterios de inclusión. Se hace hincapié en que ambos son de apoyo, y no debe dejarse fuera la clínica con intensidad y temporalidad individual, lo cual un médico especialista en psiquiatría es capaz de valorar de forma integral. Como apoyo al diagnóstico y en ocasiones para evaluar la gravedad o mejoría, se hace uso de medidas estandarizadas de clinimetría, las cuales deben haber sido validadas para cada población.⁽³⁶⁾

El Comité Latinoamericano de Perinatología plantea la importancia de los cuidados pre-concepcionales enfocados en el asesoramiento a las futuras madres e identificación de los factores de riesgo del proceso reproductivo, con el objetivo de reducirlos a través del control prenatal, sin embargo, más de la mitad de los embarazos no son programados y estas mujeres no pueden acceder a una orientación pre-concepcional adecuada que les permita afrontar el embarazo en las mejores condiciones. La ansiedad y la depresión son trastornos psiquiátricos frecuentes y factores de riesgo para padecer trastornos peri y posparto, por lo que resulta indispensable comprender que la evaluación y control psicológico de la mujer embarazada no debería ser omitido o aislado de la consulta de control prenatal.⁽³⁸⁾

Cribado en Etapa Perinatal

La asistencia a clínicas prenatales es una oportunidad para encontrar mujeres embarazadas en alto riesgo, como aquellas con antecedentes de depresión, psicosis, abuso de drogas o alcohol, problemas sociales importantes o embarazos no deseados. Después del parto, el personal de maternidad puede observar de cerca las respuestas iniciales de las madres vulnerables, o en el hogar. Las personas involucradas en la evaluación deben saber cómo y a quién pueden referirse si se identifican dificultades, ya que no será efectiva sin una red de apoyo para la intervención.⁽¹³⁾

El primer paso para atender algún trastorno mental como la depresión y reducir los riesgos de salud física y emocional asociados, es detectarla durante los primeros meses de gestación; como a poyo para esta detección existen instrumentos clinimétricos.⁽³¹⁾

Para medir la presencia de estas patologías existen múltiples test utilizados con frecuencia en el ámbito psiquiátrico y psicológico, entre estos existen escalas autoaplicables, heteroaplicables, o como parte de entrevistas.⁽³⁸⁾

En el caso de la depresión perinatal se ha intentado aplicar distintas escalas, sin embargo, el instrumento más utilizado comúnmente a nivel mundial es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDS por sus siglas en inglés). La importancia de promover la detección de mujeres con ansiedad prenatal se ha reflejado en guías clínicas recientes, como la guía del Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención (NICE

por sus siglas en inglés del Reino Unido) sobre salud mental perinatal, donde recomienda el uso de dos preguntas de detección (Escala de trastorno de ansiedad generalizada, GAD-2), para la identificación de casos de ansiedad en mujeres embarazadas y posnatales. La evidencia para recomendar el GAD-2 se basa principalmente en su buena precisión de detección en la población general. Aunque las entrevistas de diagnóstico clínico son el método óptimo de evaluación de los trastornos de ansiedad, las escalas de calificación de autoinforme, como el GAD-2 (dos preguntas iniciales de la GAD-7), a menudo se prefieren en la investigación y la práctica clínica ocupada debido a su brevedad. Los niveles altos de síntomas autoinformados, a diferencia de los trastornos de ansiedad, son de relevancia, ya que también se ha demostrado que están asociados con resultados negativos maternos e infantiles. Se sugiere administrar completa la Escala de trastorno de ansiedad generalizada GAD-7 si es necesario. ⁽²⁵⁾

- **La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS);** es el instrumento de cribado para la depresión en el embarazo más utilizado comúnmente a nivel mundial, la cual ha sido validada en diferentes contextos y fue validada para la población mexicana en un estudio realizado en el INPERIER (Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes) en el 2000. Tiene una sensibilidad de 0.75 y una especificidad de 0.84; explora los síntomas comunes de un episodio depresivo o trastorno depresivo mayor o menor ocurrido 15 días previos a la aplicación de la escala y consta de 10 preguntas, cada una con 3 opciones de puntuación 0 a 3 puntos, dando en su totalidad un intervalo de 0 a 30, además es autoaplicable, siendo el único instrumento validado para uso pre y postnatal. Se ha tomado como punto de corte mínimo de 13 puntos para considerarse sugestivo de un cuadro de trastorno depresivo mayor o puntos de corte menores respecto a presencia de síntomas depresivos. ⁽³²⁾ En un estudio de Ortega y Lartigue (2000) se encontró una consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach de 0.818 para los 10 reactivos, encontrando sus resultados similares a otros países. ⁽³⁹⁾ (Anexo 1).
- **La Escala para Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7):** explora síntomas comunes de ansiedad, aunque diseñada inicialmente para la detección y medida de severidad del trastorno de ansiedad generalizada, ha demostrado poseer buenas características para la detección de otros tipos de ansiedad, valorándolos en los 15 días previos a la aplicación de la escala; consta de 7 preguntas, cada una con 4 opciones con respuesta categórica; nunca, varios días, la mitad de los días y cada día, asignando las puntuaciones de 0, 1, 2, 3 a las diferentes categorías de respuesta y sumando el total de los ítems se obtiene la calificación, dando en su totalidad un intervalo de 0 a 21. Como puntos de corte se toman los valores 5 para ansiedad leve, 10 para ansiedad moderada y 15 para ansiedad grave, este cuestionario es autoaplicable, y es el instrumento sugerido por las guías NICE para uso gestacional. ⁽²⁵⁾ Durante la valoración y validación inicial de esta escala se encontró una consistencia interna excelente con alfa de Cronbach = 0.92 y a medida que aumentaba el punto de corte la sensibilidad disminuye y aumenta la especificidad de manera continua. en un punto de corte de 10 la sensibilidad y la especificidad superan los 0.80. ⁽⁴⁰⁾ (Anexo 2)

Cabe señalar que ningún instrumento empleado hace el diagnóstico de depresión mayor o de trastornos de ansiedad, sin embargo, son buenos parámetros para la detección oportuna, que requieren una evaluación completa de cada paciente, y pudiera apoyar a médicos no psiquiatras y otro personal de salud a realizar o sugerir el envío con un especialista y no sustituye el criterio clínico. Diferenciar entre depresión mayor y la sintomatología depresiva significativa que pueden hablar de gran estrés y malestar emocional (los síntomas de depresión son más frecuentes que el trastorno), también con los síntomas de ansiedad que pudieran no cumplir los criterios para trastorno. Existen otros instrumentos de detección, de acuerdo a las Guías NICE los principales son las ya descritas. ⁽⁴¹⁾ (Anexo 3 y Anexo 4)

Factores de Riesgo y Asociados

En el embarazo los factores asociados a la depresión son; depresión previa, abandono o suspensión de tratamiento, adolescencia, menor escolaridad, bajo nivel socioeconómico, ser ama de casa a tiempo completo, disfunción familiar, embarazo no planeado, ser madre soltera, falta de apoyo familiar y/o social, habitar en un área peligrosa o con violencia, tener pocas oportunidades de actividades placenteras diferentes, recreación o entretenimiento e insatisfacción con el trabajo realizado. Han surgido múltiples factores asociados a su desarrollo como predisposición genética, mantener la situación menos privilegiada de las mujeres en la mayoría de las sociedades, los cambios hormonales, habitar en condiciones de pobreza, cuidar de otros hijos pequeños en casa, ser madre soltera, haber sufrido una pérdida significativa o abuso de tipo físico, psicológico o sexual, violencia conyugal y/o mala relación con su madre durante la infancia. Desde el punto de vista biológico, la presencia de anticuerpos anti-tiroideos pueden contribuir a una disminución de la hormona tiroidea en sangre y su consecuente alteración del estado de ánimo, bajo nivel de energía y cansancio, además los cambios ante la disminución de niveles de progesterona en el postparto vs niveles altos de progesterona y estrógenos durante la gestación y el aumento de cortisol, se asocian a tristeza y mayor aumento de cortisol. ⁽³⁴⁾

Riesgos Maternos de No Tratar la Depresión Durante la Gestación o en el Postparto

La depresión materna conlleva dos grandes preocupaciones; tanto por la salud propia de la madre, como por el desarrollo del producto. La evidencia sugiere que la exposición a la depresión materna pre o postnatal, da forma a diferentes estados de salud y enfermedad a lo largo de la vida de los niños. La depresión en la mujer embarazada produce cambios conductuales; abandono del control prenatal, deterioro del autocuidado, malos hábitos dietéticos, mala adherencia a indicaciones médicas, conductas de riesgo como el inicio o aumento en ingesta de tabaco, alcohol o drogas, las cuales por sí mismas y sumadas a la depresión, se asocian a partos prematuros y bajo peso al nacer, así como síndrome alcohólico fetal en el producto o síndrome de abstinencia, limitación significativa de las interacciones madre e hijo durante las primeras etapas del desarrollo neonatal. Existe un mayor riesgo de presentar depresión posterior al parto en mujeres con cuadros afectivos durante la gestación. Debe considerarse la posibilidad de riesgo suicida y realizarse semiología al respecto. ^{(31), (7)}

Riesgos en el Producto de No Tratar el Cuadro Depresivo

La depresión materna per se, tiene efectos negativos en el desarrollo fetal, al igual que la exposición continua durante etapas iniciales de la vida de los infantes abordando mayor riesgo de parto pre-término, recién nacidos de menor peso para la edad gestacional, retraso en el desarrollo psicomotor del niño hasta los 18 meses de edad en comparación a niños producto de madres sin tales síntomas durante la gestación, retraso del lenguaje, del desarrollo cognitivo, de las funciones ejecutivas y alteraciones conductuales y emocionales en los primeros años de vida de los infantes; estos efectos parecen persistir aun cuando se controlen factores del riesgo obstétrico, desventajas psicosociales, y afecto materno postparto si tuvo exposición durante la gestación, lo que sugiere que la depresión materna pudiera tener una “programación fetal” con efecto sobre el desarrollo cerebral del feto. ^{(30), (42)}

La depresión prenatal no tratada puede llevar a niños con menor APGAR, niveles mayores de cortisol y peor resultado en la escala de Brazelton. Hijos de madres con depresión que estuvieron expuestos durante la gestación y aún en etapas iniciales de su crecimiento y desarrollo, muestran un mayor riesgo de episodios depresivos en adolescentes y adultos jóvenes. Los efectos del estrés materno durante el embarazo pueden dificultar la vinculación inicial de madre-hijo, esta interferencia en las relaciones precoces puede ser el mecanismo de refuerzo y consolidación de la diversa psicopatología posterior posible. Niños, adolescentes y adultos jóvenes hijos de madres con depresión tienen mayor incidencia de trastornos conductuales, déficit cognitivo y problemas de adaptación escolar, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastornos de ansiedad. La ansiedad y estrés materno en el embarazo puede afectar el neuro-desarrollo fetal (a partir de modelos animales), efectos que se muestran en el área de la cognición, memoria y atención. Niños expuestos a ansiedad prenatal se han encontrado más reactivos, con peores interacciones con sus madres y con peor desempeño en los test psicológicos. ⁽³⁴⁾

Se ha intentado realizar estudios de relación respecto a la depresión materna o de cuidadores y el estado de malnutrición de los hijos, encontrándose diversos resultados, se cree que debido a los síntomas motivacionales de la depresión, afectando la funcionalidad se pone menos atención en los cuidados de los hijos, cubriendo de pobre manera sus necesidades, lo que pudiera asociarse a mayores niveles de malnutrición y a enfermedades infecciosas durante los primeros años de vida. ⁽⁴³⁾

En un estudio de asociación se encontró que la variación de síntomas de depresión materna a través del tiempo se asocia con ideación e intento suicida en la descendencia y sugieren que el riesgo suicida en infantes y adolescentes debe evaluarse aún en madres con síntomas leves de depresión. ⁽⁴⁴⁾

Riesgos de No Tratar la Ansiedad Perinatal: La ansiedad en el embarazo se asocia a aborto espontáneo, sangrado gestacional, parto prematuro, cambios en los movimientos fetales, en el ciclo sueño-vigilia y en la frecuencia cardiaca. Un estudio asocia la depresión y ansiedad pre-natal con aumento de riesgo de pre-eclampsia. ⁽²³⁾ Estudios sobre diferentes tipos de estrés en fases precoces del embarazo han determinado que las consecuencias de este fenómeno emergen en múltiples niveles, desde una reducción en el número de sitios uterinos de implantación, hasta un mayor riesgo de aborto espontáneo, prematuridad y bajo peso al nacer, por lo que el estrés materno es considerado teratógeno. Además, en el desarrollo del niño se asocia a mayor susceptibilidad a peores actividades psicomotoras y de conducta exploratoria, alteraciones de aprendizaje y memoria, trastornos cognitivos, afectivos y psicóticos y alteraciones de la personalidad. ⁽⁴⁵⁾

Tratamiento de la Depresión y Ansiedad durante el Embarazo: El objetivo del tratamiento es mejorar la salud mental de la mujer embarazada con depresión, ansiedad o alguna otra patología mental minimizando los riesgos para el producto en desarrollo. La actitud mental materna que involucra su cognición y creencias aprendidas en torno a la maternidad han mostrado relación con la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, con mayores niveles en mujeres multíparas. La terapia durante el embarazo y el período posparto es un campo que se desarrolla rápidamente en términos de intervenciones farmacéuticas y psicoterapéuticas. ^{(20), (41)}

Tratamiento con Intervenciones Psicoterapéuticas: En depresiones leves o moderadas pueden tratarse exclusivamente con psicoterapia. Suele preferirse la terapia cognitivo conductual o terapia interpersonal en pacientes con síntomas de depresión. En general se usan en la modalidad individual, pero pueden realizarse grupales. La intervención en crisis puede ser necesaria, en consultas obstétricas y pediátricas. Se comentan a continuación las intervenciones psicoterapéuticas empleadas: a) Apoyo Psicosocial, b) Psicoterapia Interpersonal. c) Psicoterapia Cognitivo Conductual, d) Psicoterapia Breve Psicodinámica, e) Psicoterapia Bebés-Padres, f) Terapia de Pareja. ⁽³⁴⁾

Tratamiento Farmacológico: La British Association for Psychopharmacology (BAP) ha publicado una serie de guías de tratamiento basadas en la evidencia para el uso de pacientes con trastornos psiquiátricos, incluyendo el periodo perinatal, enfocándose en los beneficios potenciales de la psicoterapia, psicofarmacología; así como las posibles consecuencias al binomio de no tratar o suspender tratamiento. ⁽⁷⁾ En el tratamiento de psicofármacos durante el embarazo, el embrión y el feto influyen en la toma de decisión, todos los medicamentos deben ser monitoreados cuidadosamente, y recetados o retirados después de un análisis de costo/beneficio para la embarazada. Los psicofármacos son empleados en depresión moderada o severa o cuando hay una alta probabilidad de recidiva. Existen guías que muestran las pautas de tratamiento en dichas pacientes. ⁽⁴⁶⁾ (Anexo 5)

Terapia Electroconvulsiva: La terapia electroconvulsiva es el tratamiento Gold estándar para trastornos mentales graves y pueden beneficiarse cuando no responden a psicofármacos, es una alternativa durante el embarazo. ⁽⁴⁷⁾

JUSTIFICACIÓN

El embarazo ha sido considerado socialmente como un periodo de felicidad para la mujer, sin embargo, tanto la mujer como el producto, se enfrentan a diversos cambios biológicos; fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos, los cuales al cabo de pocas semanas son medibles en diversos órganos y sistemas. A lo largo del embarazo los mecanismos homeostáticos se adaptan para proteger al feto y no rechazarlo como cuerpo extraño, mientras interaccionan los cambios biológicos con el área psicosocial y familiar que modifican el estilo de vida parental con transformación en las relaciones con terceros cercanos y la sociedad.

Todos los cambios asociados ocasionan estrés materno, por lo que se estima como un periodo de mayor vulnerabilidad en la vida de la mujer, considerándose como factores de riesgo para desarrollo de psicopatología, recaídas o descontrol de algún trastorno previo. Aunado al aumento de las comorbilidades durante la gestación, que tiene impacto sociocultural en el binomio. El cursar con psicopatología ha mostrado asociación en cambios sobre la salud materna y de su descendencia, tanto gestacional, postnatal y durante el desarrollo infantil.

Existe un creciente interés en la detección de síntomas psiquiátricos en el periodo perinatal debido a las repercusiones al binomio detectadas. Estudios en población europea y estadounidense muestran cifras de prevalencia de síntomas depresivos que varían ampliamente de un 2 a 51% en los dos últimos trimestres gestacionales, y cifras de ansiedad de hasta un 20%, mientras que el porcentaje disminuye para otros trastornos psiquiátricos perinatales.

Los cambios gestacionales y la inclusión de síntomas psiquiátricos se han considerado dentro del riesgo sanitario, por lo que en años recientes se ha incluido la valoración de la salud mental en la vigilancia perinatal. Actualmente los gastos a nivel institucional por muertes maternas implican cuestiones económicas, financieras, socioculturales y de posicionamiento en economías mundiales.

El interés de este trabajo se centra en la identificación de sintomatología depresiva y ansiosa en la mujer gestante en etapas tempranas, ya que son los dos tipos de trastornos más frecuentes en dicha población que conllevan riesgos y repercusiones al binomio. Actualmente existe poca evidencia en México que nos muestre un panorama de la frecuencia actual en la población; es así como la búsqueda intencionada de estas patologías pudiera llevar a una detección temprana de síntomas psiquiátricos en mujeres embarazadas, disminuyendo así el riesgo de psicopatologías no tratadas, que por consiguiente aumentarían los gastos en salud y comorbilidades de la madre y el producto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que se cuentan con pocos datos de frecuencia de trastornos depresivos y ansiedad en la población mexicana, sin datos actuales en la Ciudad de México, y estos trastornos psiquiátricos se han asociado a factores de riesgo perinatales con repercusiones en los infantes y las mujeres embarazadas, así como la alta comorbilidad asociada, nos planteamos la oportunidad de con este trabajo medir las frecuencias de síntomas depresivos y ansiosos en una población de mujeres embarazadas que acuden a atención en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia de síntomas ansiosos y depresivos en mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar 7?

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la frecuencia de síntomas ansiosos y depresivos en mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar 7.

HIPÓTESIS

Se realizarán hipótesis por motivos de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no ameritan hipótesis y para llevar a cabo el presente estudio en base a dicho propósito se plantearon las siguientes hipótesis.

Hipótesis nula (h_0)

No existe frecuencia de síntomas ansiosos y depresivos en mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar 7.

Hipótesis alterna (h_1)

Si existen frecuencia de síntomas ansiosos y depresivos en mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar 7.

MATERIAL Y MÉTODOS

POBLACIÓN, LUGAR Y TEMPORALIDAD

Ubicación Temporal y Espacial de la Población

La investigación se realizará en participantes embarazadas que acudan a la consulta externa de control prenatal de la Unidad de Medicina Familiar 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Calzada de Tlalpan 4220, Huipulco, 14370, Tlalpan, Ciudad de México.

Se efectuará durante los meses de junio y julio del 2019.

Universo de Trabajo

La población total adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 7 del Instituto Mexicano del Seguro social es de 380,803 personas, reportándose población adscrita a Médico Familiar de 254,534. En la vigilancia prenatal del año 2019, se tiene un registro promedio de 875.75 consultas mensuales, datos obtenidos en el servicio de ARIMAC de la Unidad de Medicina Familiar 7.

Población de estudio

Participantes mujeres de población urbana con embarazo confirmado en la primera a la semana 40 de gestación, mayores de edad derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar Número 7.

Unidad de observación

Información de hojas de recolección de datos individualizada en áreas de UMF (*Anexo 6*).

Tipo de muestreo

No aleatorizado, consecutivo de todas las mujeres embarazadas que acudan a seguimiento prenatal en el periodo establecido de junio-julio del 2019.

Unidad de análisis

Hojas de recolección de datos para las derechohabientes.

DISEÑO DE DESTUDIO.

Transversal, observacional y descriptivo.

A través de la aplicación de encuestas y recabo de información se identificarán aquellos que cumplan con los criterios de inclusión. Y de cada uno de ellos se indagará con la información obtenida en la hoja de recolección de datos. Para posteriormente realizar el análisis estadístico.

TIPO DE ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO

Tipo de Estudio

a).- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información:

- **PROSPECTIVO.**

b).- Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio:

- **TRANSVERSAL.**

c).- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados:

- **NO COMPARATIVO.**

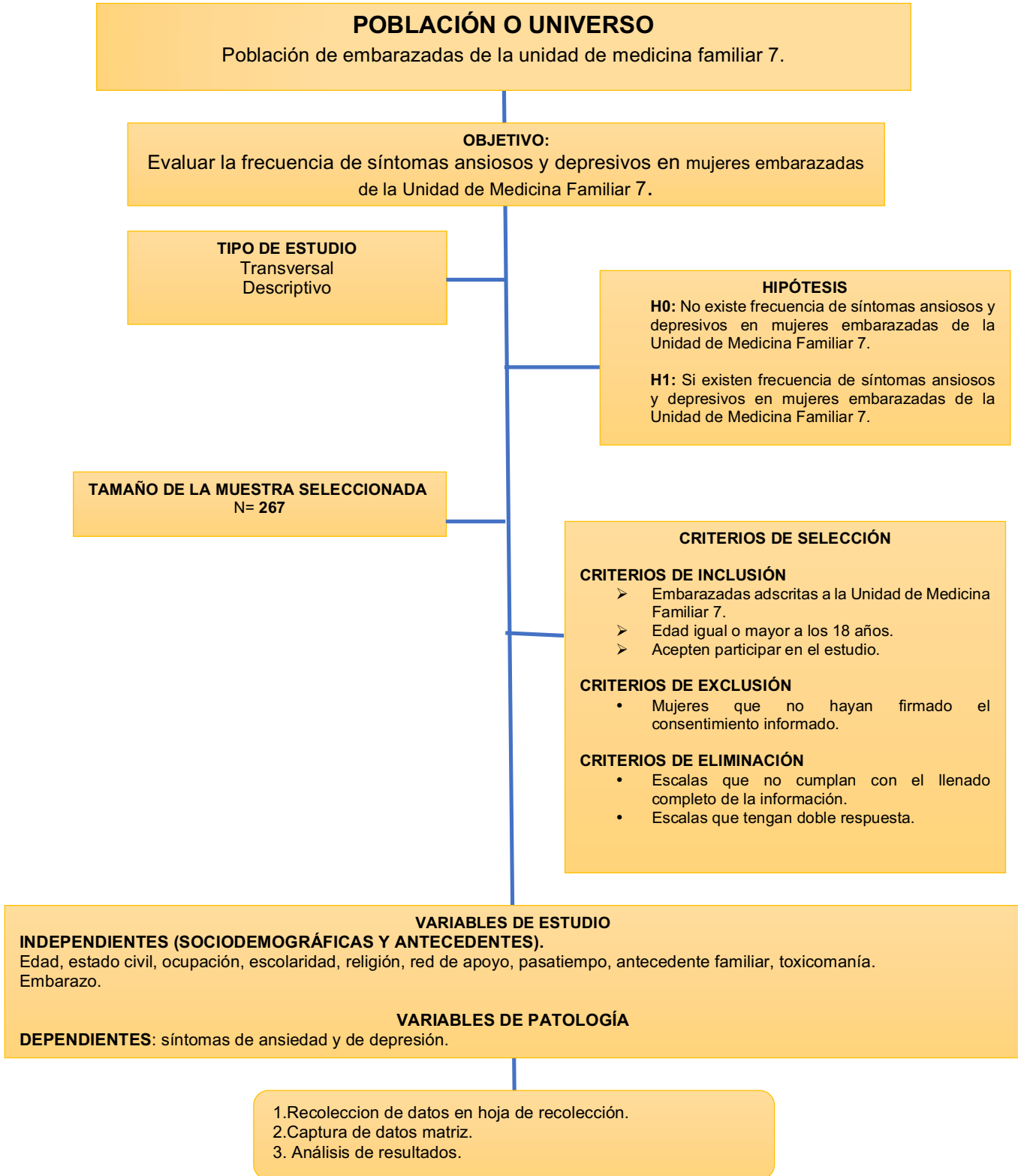
d).- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados:

- **DESCRIPTIVO.**

e).- Según la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza:

OBSERVACIONAL.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Yazmín Adriana García Nuñez

MUESTRA

En la vigilancia prenatal del año 2019, se tiene un registro promedio de 875 consultas mensuales, datos obtenidos en el servicio de ARIMAC de la Unidad de Medicina Familiar 7.

Especificar fórmula para el tamaño:

$$N = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot q}{[e^2 \cdot (N-1)] + [Z^2 \cdot P \cdot q]}$$

Escribir fórmula (describir sus apartados y valores)

N=(Población): 875

Z² (Intervalo de confianza): 95%

p:0.5

q: 0.5

e:0.05

Tamaño de la muestra: 267

$$N = \frac{875 (3.84) (.5) (.5)}{[0.0025 (874)] + [3.84 (.5) (.5)]} = \frac{840}{3.145} = 267$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar 7.
- Edad igual o mayor a los 18 años.
- Acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Mujeres que no hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de eliminación

- Escalas que no cumplan con el llenado completo de la información.
- Escalas que tengan doble respuesta.

VARIABLES

- Variable independiente: embarazadas.
- Variable dependiente: presencia de síntomas de ansiedad y depresión
- Variables sociodemográficas: Edad, estado civil, ocupación, escolaridad, religión, red de apoyo, pasatiempo, antecedente familiar, toxicomanías, alcoholismo, tabaquismo, enfermedad psiquiátrica previa, enfermedades cronicodegenertivas.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Síntomas ansiosos y depresivos en mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar 7

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
EDAD	Tiempo de vida desde el nacimiento.	A partir de la fecha de nacimiento.	Cuantitativa Discreta	Números enteros (años)
ESTADO CIVIL	Situación jurídica de lazo con otra persona.	Referido por paciente, durante recolección de datos.	Cualitativa Nominal	1: Soltero 2: Casado 3: Unión libre
OCUPACIÓN	Actividad predominante en el día o remunerada que realiza una persona.	Referido por paciente, durante recolección de datos.	Cualitativa Nominal	1: Ama de casa 2: Empleada 3: Desempleado
ESCOLARIDAD	Años de estudio cursados de forma escolarizada.	Referido por paciente, durante recolección de datos.	Cualitativa Nominal No Dicotómica	1: Ninguna 2: Primaria 3: Secundaria 4: Bachillerato 5: Licenciatura 6: Posgrado
RELIGIÓN	Conjunto de normas y comportamientos respecto a creencia de divinidad o místicas.	Referido por paciente, durante recolección de datos.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Sin religión 2: Con religión
RED DE APOYO	Ayuda material, emocional, presencial de terceros.	Referido por paciente, durante recolección de datos.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Presente 2: Ausente
PASATIEMPO	Afición o actividad recreativa realizada.	Referido por paciente, durante recolección de datos.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Presente 2: Ausente
ANTECEDENTE FAMILIAR	Presencia de circunstancia	Referido por paciente,	Cualitativa Nominal	1: Presente 2: Ausente

	previa en hermana o madre.	durante recolección de datos.	Dicotómica	
TOXICOMANÍAS	Consumo de sustancias (drogas ilícitas como marihuana, cocaína, heroína)	Referido por paciente, durante recolección de datos.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Presente 2: Ausente
ALCOHOLISMO	Consumo de alcohol.	Referido por paciente, durante recolección de datos.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Presente 2: Ausente
TABAQUISMO	Consumo de tabaco	Referido por paciente, durante recolección de datos.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Presente 2: Ausente
ENFERMEDAD PSISQUIÁTRICA PREVIA	Diagnóstico previo de ansiedad, depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia.	Referido por paciente, durante recolección de datos.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Presente 2: Ausente
ENFERMEDAD CRONICODEGENERTAIVA	Diagnóstico previo de Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión arterial sistémica o epilepsia.	Referido por paciente, durante recolección de datos.	Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Presente 2: Ausente
FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN	Gravidez confirmada con base a la fecha de inicio de su última menstruación.	Referido por paciente, durante recolección de datos.	Cuantitativa	Número entero (1 a 40 semanas de gestación)
SINTOMAS DE ANSIEDAD	Puntuación clinimétrica de ansiedad	Referido por paciente, durante recolección de datos.	Dependiente Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Presente 2: Ausente
SINTOMAS DE ANSIEDAD	Puntuación clinimétrica de depresión	Referido por paciente, durante recolección de datos.	Dependiente Cualitativa Nominal Dicotómica	1: Presente 2: Ausente

DISEÑO ESTADÍSTICO

- Se utilizará el paquete estadístico S.P.S.S.-21 para el análisis de datos y se valorarán las frecuencias de los síntomas de ansiedad y depresión de cada instrumento.
- Se realizará la medición de la intensidad de variables cualitativas, así como la medición de la magnitud de variables cuantitativas.
- Se usarán pruebas estadísticas que sean consideradas apropiadas de acuerdo a los niveles de medición de las escalas utilizadas.
- Se elaborarán las tablas y gráficas necesarias que permitan la inspección de los datos.
- Se realizará la siguiente síntesis de datos, para las variables.
- Se analizará las diferencias estadísticamente significativas.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Hoja de recolección de datos sociodemográficos basada y adaptada para este protocolo. La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y La Escala para Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7).

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DEL ESTUDIO

La población total adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 7 del Instituto Mexicano del Seguro social es de 380,803 personas, reportándose población adscrita a Médico Familiar de 254,534.

1.- A partir de junio 2019 se localizará a mujeres embarazadas durante turno matutino o vespertino de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 7 en control prenatal y se les invitará a participar.

2.- En caso de aceptar se entregará en una ocasión un consentimiento informado por parte de personal de salud.

3.- AL firmar el consentimiento informado, en la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar 7, se realizará el llenado inicial de datos sociodemográficos anexo en este protocolo, y posteriormente se entregarán 2 instrumentos autoaplicables; La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPS) y la Escala Para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), para la identificación de síntomas depresivos y ansiosos respectivamente con su respectiva forma de uso e interpretación.(*Anexo 7 Y Anexo 8*)

4.- Posteriormente se realizará una revisión de los datos y se registrarán en una base de datos electrónica para su posterior análisis estadístico correspondiente y se elaborarán gráficas y tablas que permitan la inspección de la información.

5.- Se calcularán frecuencia y porcentaje con las variables a inspeccionar de datos sociodemográficos y del contenido de ambas escalas, para su posterior cálculo de medidas de tendencia central, dispersión y en caso de considerar otra valoración correspondiente.

6.- Por último, el análisis de las diferencias estadísticamente significativas se realizará con las medidas de resumen obtenidas a través del programa estadístico S.P.S.S. 21.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Control de Sesgos de la Información:

- Se realizará una búsqueda intencionada de información mediante artículos científicos, libros, guías y manuales como fuente de información confiable.
- La elaboración de la recolección de datos será supervisada por los asesores de la investigación.
- Los participantes no conocerán las hipótesis específicas del trabajo expuesto.

Control de Sesgos de Selección:

- Se evaluarán y se respetarán los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.
- La selección de los evaluados será de forma aleatoria.
- El examinador corroborará el adecuado llenado de la información.

Control de Sesgos de Medición:

- Se utilizarán los puntos de corte de bibliografía universal, ya validados en población mexicana previamente de las escalas de medición empleadas para evitar errores en la interpretación de resultados.

Control de Análisis:

- Se corroborará la adecuada redacción de los instrumentos.
- Se verificarán los datos recabados y capturados para minimizar errores.
- Se respetarán los resultados sin manipulación de los mismos.

CRONOGRAMA

Síntomas ansiosos y depresivos en mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar 7

Autores: Yazmín Adriana García Núñez¹, Sandra Vega García², José Luis Muñoz Chapul³, Davis Cooper Bribiesca⁴

¹Residente de cuarto año de Psiquiatría de Hospital de Especialidades CMN SXXI, ²Especialista en Medicina Familiar adscrito a Unidad de Medicina Familiar 7, ³Especialista en Medicina Familiar adscrito a Unidad de Medicina Familiar 7, ⁴Especialista en Psiquiatría adscrito a Hospital de Especialidades CMN SXXI

ACTIVIDADES	MESES 2019								
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
TEMA	REALIZADO								
ASESOR	REALIZADO								
DELIMITACIÓN DE TEMA	REALIZADO								
REFERENCIAS	REALIZADO								
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	REALIZADO	REALIZADO							
JUSTIFICACIÓN	REALIZADO	REALIZADO							
OBJETIVOS	REALIZADO	REALIZADO							
MARCO TEÓRICO		REALIZADO							
HIPÓTESIS		REALIZADO							
CÁLCULO DE MUESTRA		REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO				
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO		REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO				
REVISIÓN DE PROTOCOLO		REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO				
REGISTRO DE AUTORIZACIÓN						PROGRAMADO			
RECOLECCIÓN DE DATOS						PROGRAMADO	PROGRAMADO		
ANÁLISIS DE RESULTADOS							PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO
CONCLUSIONES							PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO
REDACCIÓN DE TESIS							PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO
INFORME Y REVISIÓN FINAL							PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO
PUBLICACIÓN Y ENTREGA							PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO

REALIZADO 

PROGRAMADO 

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el presente proyecto de investigación se respetará lo estipulado en la declaración de Helsinki, resultado del consenso de la Asociación Médica Mundial sobre los aspectos éticos de la investigación en humanos.

De acuerdo con la ley general de salud, título primero, capítulo uno, de acuerdo al artículo 1,2. De acuerdo al título segundo de “Los Aspectos Éticos De La Investigación En Seres Humanos” Capítulo I, Artículos 13,14 16 y 17; artículo 20 con la realización del consentimiento informado, Norma Oficial Mexicana, NOM-012-SSA3-2012, que establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. La investigación científica, clínica, biomédica, tecnológica y biopsicosocial en el ámbito de la salud, son factores determinantes para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general. Esta norma establece criterios normativos de carácter administrativo, ético, metodológico, que en correspondencia con la Ley General de Salud y el Reglamento en materia de investigación para la salud, son de observancia obligatoria para solicitar la autorización de proyectos o protocolos con fines de investigación, para el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o rehabilitadora o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos, así como para la ejecución y seguimiento de dichos proyectos

Riesgo de la Investigación

El estudio se llevará a cabo por medio de una 3 hojas de recolección de datos de acuerdo a lo referido por la participante, por lo cual no se expone a ningún participante a ningún riesgo de acuerdo a los Artículos 13,14 16 y 17; artículo 20 con la realización del consentimiento informado, Norma Oficial Mexicana, NOM-012-SSA3-2012, que establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, que se relaciona con estudio en personas y con el consentimiento informado aplica en mi estudio.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto.

Con este estudio se pretende determinar si existe presencia y en qué frecuencia de síntomas ansiosos y depresivos en población embarazada mexicana de la UMF 7 y considerar en un futuro acción de cribado para detección oportuna, así como identificación de riesgos en el área preventiva, para una referencia oportuna retrasando o evitando complicaciones.

Confidencialidad

Se realizará de acuerdo a lo establecido en el Código de Núremberg, el cual es un sistema de principios de ética en investigación; fue el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado y expresión de la autonomía del paciente. Dentro de este código se cumplen ciertos principios para la realización de dicho proyecto como son: Absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto, el experimento será útil para el bien de la sociedad, el estudio será diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo, debe evitar todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario, no se pondrá en peligro la vida del sujeto, no se pone de manifiesto algún daño, incapacidad o muerte, será conducido solamente por personas calificadas y los sujetos a estudiar podrán salir del estudio en cualquier momento que ellos así lo deseen.

En cuanto a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial hace referencia al deber del médico de promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica, hace énfasis en el bienestar de la persona que participa en la investigación, que debe siempre tener primacía sobre todos los otros intereses, el propósito de dicha investigación en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, así como promover el respeto a todos los seres humanos para proteger la salud y los derechos individuales.

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. El informe Belmont presenta los principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos de la investigación. El informe establece los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación en seres humanos tomando en consideración los siguientes principios:

1. **Respeto a las personas:** Los individuos deben ser tratados como agentes autónomos y segundo, las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección.
2. **Beneficencia:** Las personas son tratadas éticamente no solo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar. Se han formulado 2 reglas generales como expresiones complementarias de acciones de beneficencia en este sentido: 1) no hacer daño; 2) aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible.
3. **Justicia:** Los iguales deben ser igualmente tratados. Cuando se quiere que la investigación apoyada por fondos públicos conduzca al desarrollo de artificios y procedimientos terapéuticos, la justicia exige que estos se empleen no solo para quienes pueden pagarlos y que tal investigación no implique indebidamente personas de grupos que improbablemente estarán entre los beneficiarios de las aplicaciones ulteriores de la investigación.

Condiciones en las cuales se solicita el consentimiento

De acuerdo con la Ley General de Salud (Artículos 21-2) en este estudio se cuenta con una Carta de Consentimiento Informado donde se describe los riesgos y beneficios de su participación y en qué consistirá la misma.

Se considera este estudio de acuerdo al reglamento de la ley de salud en materia de investigación para la salud vigente desde el 2007 en base al segundo título, artículo 17 como investigación sin riesgo ya que solo se realizará revisión de expedientes clínicos y no se consideran problemas de temas sensibles para los pacientes y se cuidará el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos en la investigación, y capítulo 1. Además de cumplir en lo estipulado por la ley general de salud en los artículos 98 en la cual estipula la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación y se cumplen con las bases del artículo 100, en materia de seguridad. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (Comprobado el 05 de diciembre del 2008), apartado 25. El investigador se apegará a la pauta 12 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese relevar la identidad de las personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respeto por la dignidad de cada participante, así como el respeto por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes. Se consideran también sus enmiendas año 2002 sobre no utilización de placebos, y se consideran los lineamientos de la OMS en las guías de consideraciones éticas para poblaciones.

En caso pertinente, aspectos de bioseguridad.

En este protocolo no es necesario

Conflictos de interés.

El grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

RECURSOS

Recursos Humanos

- Un investigador; médico residente del cuarto año del curso de especialidad en Psiquiatría.
- Un asesor teórico y uno metodológico.

Recursos Materiales

- Hojas blancas para realizar la impresión de las escalas y los datos sociodemográficos recolectados.
- Plumas para responder la información solicitada.
- Computadora con sistema S.P.S.S. 21 y Excel.

Recursos Físicos

- Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar 7 del IMSS para aplicar las escalas.
- Instalaciones del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda G.” CMN SXXI para realizar la revisión y análisis de datos de las escalas de aplicación.

Recursos Financieros

- Solo los recursos para la papelería necesaria, los cuales serán cubiertos por el investigador.

Factibilidad

Consideramos que el estudio es factible por contar con asesoría y apoyo por parte de médicos evaluadores, realizándose por personal calificado y no requieren de apoyo financiero adicional.

CRONOGRAMA

Síntomas ansiosos y depresivos en mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar 7

Autores: Yazmín Adriana García Núñez¹, Sandra Vega García², José Luis Muñoz Chapul³, Davis Cooper Bribiesca⁴

¹Residente de cuarto año de Psiquiatría de Hospital de Especialidades CMN SXXI, ²Especialista en Medicina Familiar adscrito a Unidad de Medicina Familiar 7, ³Especialista en Medicina Familiar adscrito a Unidad de Medicina Familiar 7, ⁴Especialista en Psiquiatría adscrito a Hospital de Especialidades CMN SXXI

ACTIVIDADES	MESES 2019								
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
TEMA	REALIZADO								
ASESOR	REALIZADO								
DELIMITACIÓN DE TEMA	REALIZADO								
REFERENCIAS	REALIZADO								
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	REALIZADO	REALIZADO							
JUSTIFICACIÓN	REALIZADO	REALIZADO							
OBJETIVOS	REALIZADO	REALIZADO							
MARCO TEÓRICO		REALIZADO							
HIPÓTESIS		REALIZADO							
CÁLCULO DE MUESTRA		REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO				
ELABORACIÓN DE PROTOCOLO		REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO				
REVISIÓN DE PROTOCOLO		REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO	REALIZADO				
REGISTRO DE AUTORIZACIÓN						PROGRAMADO			
RECOLECCIÓN DE DATOS						PROGRAMADO	PROGRAMADO		
ANÁLISIS DE RESULTADOS							PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO
CONCLUSIONES							PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO
REDACCIÓN DE TESIS							PROGRAMADO	PROGRAMADO	PROGRAMADO
INFORME Y REVISIÓN FINAL								PROGRAMADO	PROGRAMADO
PUBLICACIÓN Y ENTREGA								PROGRAMADO	PROGRAMADO

REALIZADO 

PROGRAMADO 

RESULTADOS PRELIMINARES

Se recolectó una muestra de mujeres embarazadas que derechohabientes que acuden a seguimiento prenatal en la unidad de medicina familiar 7 conformada por un total de 93 mujeres embarazadas; de las cuales el 54.94% correspondientes a 50 pacientes, se encuentran en el segundo trimestre del embarazo. El 38.46 % corresponde a 35 pacientes en el tercer trimestre del embarazo, mientras que el 6.59% corresponde a 6 pacientes cursando el primer trimestre del embarazo. ^{GRÁFICO 1}

Respecto al estado civil de las mujeres, se dividieron en: solteras, casadas y en unión libre; del 100 por ciento de la muestra de 91 participantes, 14 mujeres son solteras (15.38%), 28 casadas (30.76%) y 49 en unión libre (53.84%). ^{GRÁFICO 2}

La ocupación de la población se dividió para el análisis de los datos en ama de casa, estudiante y empleada, incluyendo en el último rubro cualquier trabajo remunerado, ya sea por negocio propio o por tener jefe inmediato. Se detectaron 24 mujeres ama de casa (26.37%), 7 estudiantes (7.69%) y 60 empleadas (65.93%). ^{GRÁFICO 3}

La escolaridad se valoró como el máximo grado de estudios actual de las participantes, encontrando que ninguna paciente marcó no tener escolaridad 0%, primaria solo una mujer representando el 1%, secundaria 25 individuos lo cuales representan el 27.4% de la muestra, con nivel bachillerato 44 mujeres representando la mayoría de la muestra en un 48.3%, mientras que con licenciatura 20 mujeres, siendo el 21.9% de la muestra, mientras que con posgrado solo una paciente que representa el 1%. ^{GRÁFICO 4}

Respecto a la religión se dividieron los datos respecto si no profesaban ninguna religión, comparada con las que profesan cualquier religión, entre las que se encontraron 3, las cuales son en orden de frecuencia católica y en segundo lugar cristiana; 13 mujeres sin religión representando el 14.28% de la muestra mientras que con religión 78 participantes correspondiente al 85.71%. ^{GRÁFICO 5}

Se revisó antecedente familiar por rama directa ya fuese por madre o hermana que hubiesen tenido depresión perinatal diagnosticada, a lo que 6 mujeres respondieron afirmativamente, representando el 6.59% del total de la muestra. ^{GRÁFICO 6}

Ninguna participante marcó afirmativamente el rubro de consumo actual ni de tabaco, alcohol o alguna droga psicotrópica como cocaína,, cannabis o heroína.

Sobre el resultado de la escala evaluadora de depresión perinatal EPDS, se tomó como punto de corte posible de trastorno depresivo mayor con resultado de 11 o más, entrando en esta categoría 25 de las 91 participantes, equivalente al 27.47% de la muestra total, mientras que tomando un punto de corte de 13 como posible trastorno depresivo mayor fueron 13 participantes, representando el 14.28 %. **GRÁFICO 7**

El punto de corte tomado como probable trastorno de ansiedad generalizada independiente del grado de gravedad de la misma fue de 10, detectándose 14 pacientes (15.32%) que entran en este rubro, sin embargo cifras menores indican síntomas ansiosos. **GRÁFICO 8**

GRAFICOS



GRÁFICO 1 38% tercer trimestre TOTAL 91 55% segundo trimestre 7% primer trimestre



GRÁFICO 2 1 SOLTERA 2 CASADA 3 UNIÓN

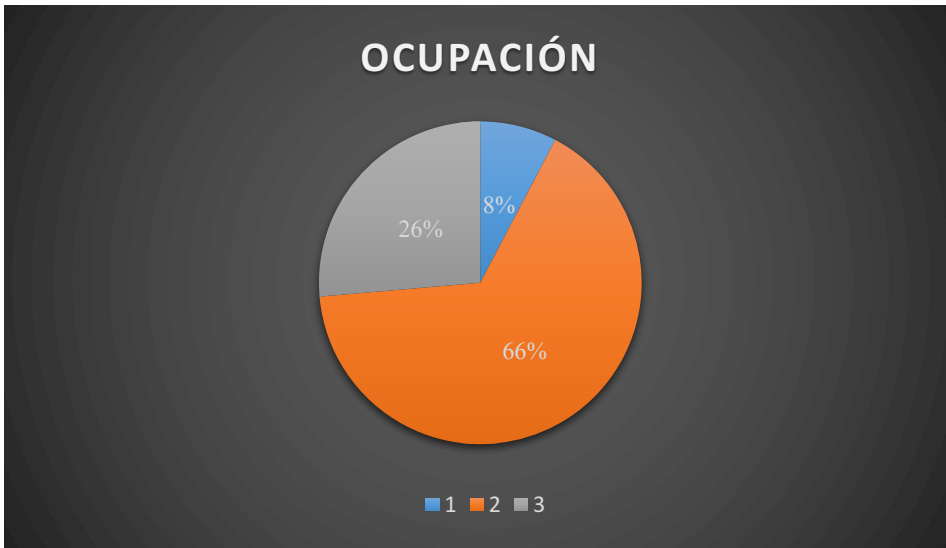


GRÁFICO 3

1 ESTUDIANTE 2 EMPLEADA 3 AMA DE CASA

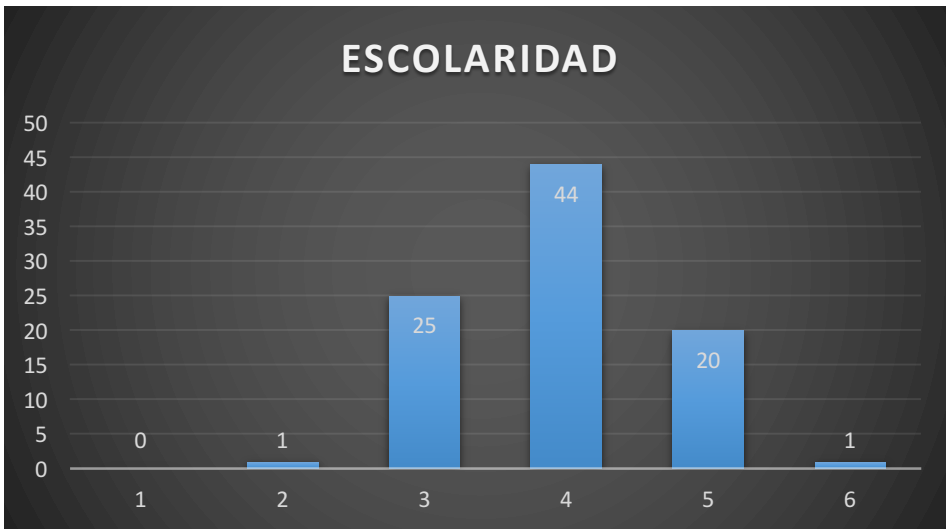


GRÁFICO 4

1 NINGUNA 2 PRIMARIA 3 SECUNDARIA 4 BACHILLERATO 5 LICENCIATURA

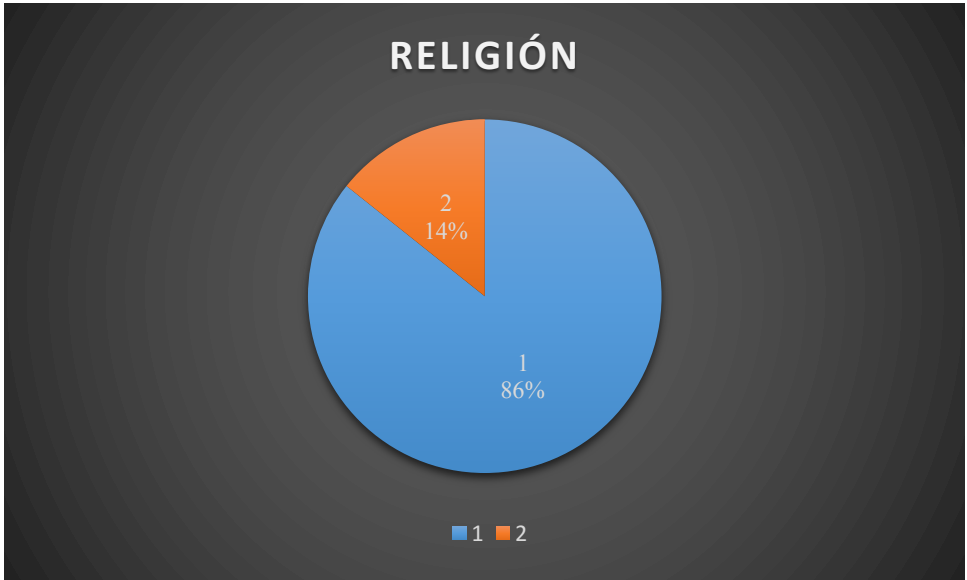


GRÁFICO 5 1 CON RELIGIÓN 2 SIN RELIGIÓN

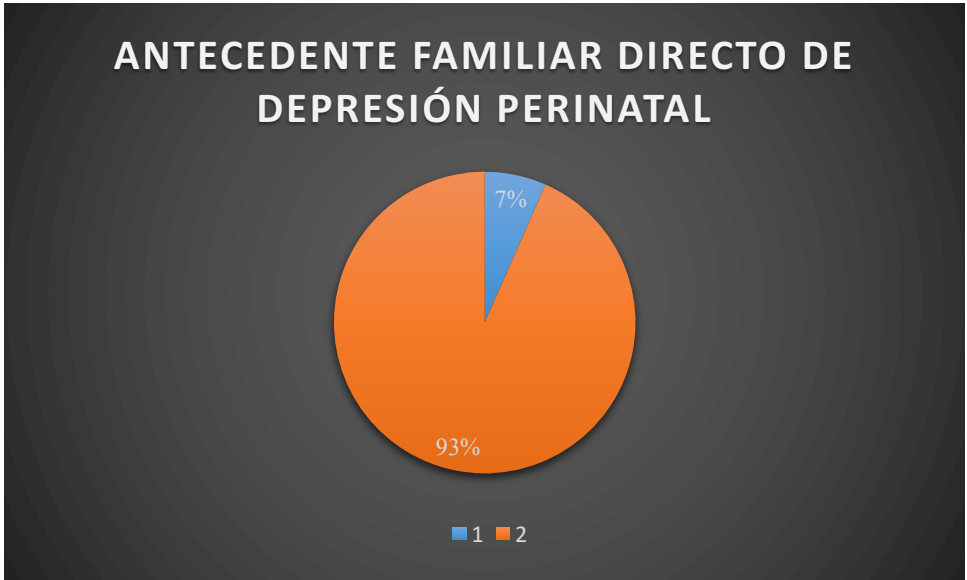


GRÁFICO 6 1 CON ANTECEDENTE 2 SIN ANTECEDENTE

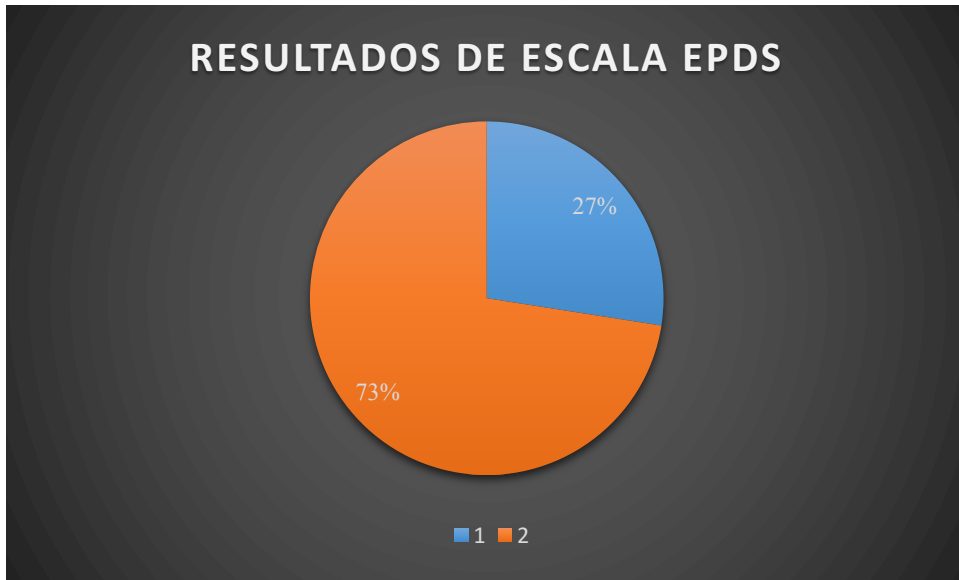


GRÁFICO 7 1 POSIBLE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR 2 POBLACIÓN DEBAJO DE PUNTO DE CORTE PARA TRASTORNO DEPRESIVO

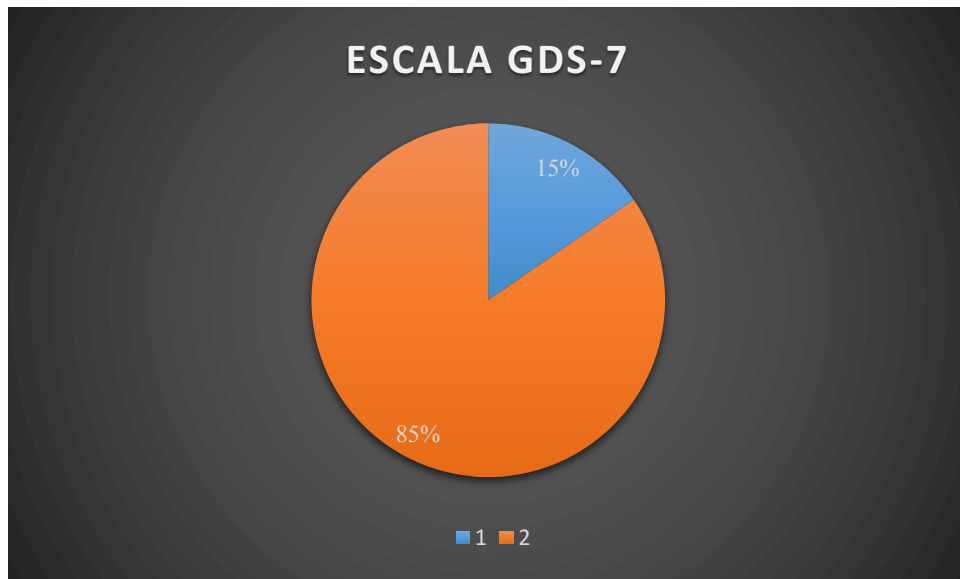


GRÁFICO 8 1 PROBABLE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA 2 POBLACIÓN DEBAJO DE PUNTO DE CORTE PARA EL TRASTORNO

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Del total de la muestra que representa al tipo de población que acude a la clínica, encontramos que la mayor proporción se encuentran en pareja viviendo en unión libre, lo cual de acuerdo a la literatura citada en el marco teórico se sugiere como factor protector el contar con apoyo familiar, sobre la presencia de psicopatología, así como el tener religión lo cual es la mayoría de nuestra población. El nivel escolar con mayor frecuencia es el nivel medio, siendo la secundaria y el bachillerato los mas frecuentemente detectados.

Por otro lado más de la mitad de la población muestra se encuentra laborando, lo cual puede entrar dentro de los factores de riesgo para presencia de síntomas de ansiedad, así como las 7 mujeres que refirieron tener antecedente familiar de depresión perinatal, lo que puede ser factor de riesgo para desarrollo de trastorno depresivo mayor durante el embarazo actual.

Respecto a los resultados obtenidos para probable o posible presencia de trastorno depresivo mayor en la mujer gestante con la escala EPDS, encontramos que los resultados fueron del 27 %, mientras que para ansiedad con la escala GDS-7 fueron del 15%, ambos porcentajes son ligeramente mayores que en los descritos en bibliografía a nivel mundial en donde nos marcan una prevalencia alrededor del 20% para depresión y del 10% para ansiedad.

Lo anterior sugiere que la población de mujeres embarazadas que acude a atención a la unidad de medicina familiar 7 presentan síntomas de ansiedad y depresión importantes que deben ser evaluados, para considerar una toma de decisiones y plan terapéutico.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtuvimos se concluye que en un porcentaje similar aunque ligeramente mayor del reportado a nivel mundial sobre trastornos afectivos de tipo depresivo y ansioso está presente en la población mexicana que acude a la clínica familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, lo cual requiere atención especializada con futuras evaluaciones en población gestante durante el curso del embarazo, ya que como se informa en la literatura, existen riesgos presentes tanto para la madre como para el producto de presentar futura psicopatología en meses o años futuros, lo cual puede desencadenar alteraciones a nivel cognitivo, afectivo, conductual que generen disfunción en esta población en riesgo, por lo que en un futuro se considera necesario el desarrollo de estrategias de detección oportuna para trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad o síntomas ansiosos y depresivos que requieran atención especializada.

REFERENCIAS

1. Gilbert ES. Manual de embarazo y parto de alto riesgo. Elsevier España; 2003.
2. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to 9. reduce preventable maternal morbidity and mortality. Human Rights Council, twentieth session. New York (NY): United Nations General Assembly; 2012 (A/ HRC/21/22; http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf, consulté le 28 septembre 2016).
3. Carroli, G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2001;15(Suppl 1):1–42.
4. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [revisión; mayo 2019]. Disponible en: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Natalidad y Fecundidad. México 28 septiembre 2018. [Internet]. [Consultado 30 abril 2019]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/natalidad/>
6. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 2014Jan.1 [cited 2019April.8];28(1):3-12. Available from: 10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002
7. McAllister-Williams RH, Baldwin DS, Cantwell R, Easter A, Gilvarry E, Glover V, Green L, Gregoire A, Howard LM, Jones I. British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017. *J Psychopharmacol* [Internet]. 2017Jan.1 [cited 2019Jun.8];31(5):519-52. Available from: 10.1177/0269881117699361
8. Martínez LP, Romano WK,. Depresión en Adolescentes Embarazadas. *Enseñanza e Investigación en Psicología.* 2009;14 (2): 261-274.
9. Embarazo En La Adolescencia [Internet]. Organización Mundial De La Salud. [cited 2019.Apr.8]. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/es/
10. Bornstein MH,. *Handbook of Parenting.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates;1995.
11. Bravo EJ, & Delgado YM. Creencias, actitudes y prácticas sobre crianza en madres cabeza de familia en Popayán: un estudio cualitativo. *Revista de Pediatría.* 2006;41: 23-40
12. Vargas-Rubilar J, Arán-Filippetti V. The importance of parenthood for the child's cognitive development: a theoretical revision. *Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv* [Internet]. 2014Jan.1 [cited 2019Jun.8];12(1):171-86. Available from: 10.11600/1692715x.1219110813

13. Brockington I, Butterworth R, Glangeaud-Freudenthal N. Erratum to: An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2017Jan.1 [cited 2019Apr.21];20(1):121-. Available from: 10.1007/s00737-016-0700-y
14. Lara-Muñoz MC, & Ortega-Soto H. ¿La clinimetría o la psicometría?. *Medición en la práctica psiquiátrica. Salud Mental V.1995;18(4): 33-40.*
15. Wright J. A comparative contrast of clinimetric and psychometric methods for constructing indexes and rating scales. *Journal of Clinical Epidemiology* [Internet]. 1992Jan.1 [cited 2019May.8];45(11):1201-18. Available from: 10.1016/0895-4356(92)90161-f
16. Guidance. P. NHS Population Screening Explained. GOV.UK. (2013, February 1). Retrieved May 18, 2019, from <https://www.gov.uk/guidance/nhs-population-screening-explained>
17. Milgrom J, Gemmill AW. Screening for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 2014Jan.1 [cited 2019Apr.28];28(1):13-. Available from: 10.1016/j.bpobgyn.2013.08.
18. Olza FI & Palanca MI. Perinatal Psychiatry program at Puerta de Hierro Majadahonda University Hospital. January , 2012; 101: 55-64.
19. Psiquiatría Perinatal y del Niño de 0-3 años. Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN Digital/2. AEN Y SEPYPNA 2015: 1-144.
20. García-Esteve L, & Valdés-Miyar M. Manual de psiquiatría perinatal. Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia. Panamericana. 2017
21. Cazas O, Glangeaud-Freudenthal NM-C. The History of Mother-Baby Units (MBUs) in France and Belgium and of the French version of the Marc checklist. *Archives of Women's Mental Health* [Internet]. 2004Jan.1 [cited 2019Apr.20];7(1):53-8. Available from: 10.1007/s00737-003-0046-0
22. Jadresic M E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. [cited 2019May.2];48(4):269-78. Available from: 10.4067/s0717-92272010000500003
23. Sockol LE, Battle CL. Maternal attitudes, depression, and anxiety in pregnant and postpartum multiparous women. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2015Jan.1 [cited 2019Apr.6];18(4):585-93. Available from: 10.1007/s00737-015-0511-6
24. Ruiz AG, Organista H, López AR, Cortaza L, Vinalay I,. Prevalencia de depresión en embarazadas en una institución de primer nivel. *Salud y Administración.* 2017; 4 (12): 25-30.
25. Sinesi A, Maxwell M, O'Carroll R, Cheyne H. Anxiety scales used in pregnancy: systematic review. *BJPsych open* [Internet]. 2019Jan.1 [cited 2019May.1];5(1). Available from: 10.1192/bjo.2018.75
26. House SJ, Tripathi SP, Knight BT, Morris N, Newport DJ, Stowe ZN. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period: course of illness and obstetrical outcome. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2016Jan.1 [cited 2019Apr.21];19(1):3-10. Available from: 10.1007/s00737-015-0542-z
27. Easter A, Bye A, Taborrelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J, Micali N. Recognising the Symptoms: How Common Are Eating Disorders in Pregnancy?. *Eur. Eat. Disorders Rev.* [Internet]. 2013Jan.1 [cited 2019Apr.21];21(4):340-4. Available from: 10.1002/erv.2229

28. Lara MA, Berenzon S, Juárez-García F, Medina-Mora ME, Natera Rey G, Villatoro Velázquez JA, et al. Population study of depressive symptoms and risk factors in pregnant and parenting Mexican adolescents. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(2):102–8.
29. Ceballos MI, Sandoval JL, Medina PG, Madera GJ, Fernandez AY,. Depresión durante el embarazo. *Epidemiología en mujeres Mexicanas*. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*.2010;48(1): 71-74.
30. Lara MA. Perinatal Depression in Mexican Women: Prevalence, Risk Factors, and Prevention of Postpartum Depression. [Internet]. 2014Jan.1 [cited 2019Apr.20];:97-110. Available from: 10.1007/978-1-4614-8045-7_7
31. Lara M, Navarrete L,. Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. *Salud Mental*. 2012;35(1): 57-62.
32. Oquendo M, Lartigue T, Gonzalez PI, Méndez C,S. Validez y Seguridad de la escala de depresión perinatal de Edinburgo como prueba tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum*. 2008;22(3): 195-202.
33. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
34. Lartigue T, Maldonado M, González PI, Saucedo GM,. Depresión en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum*. 2008; 22(2):111-131.
35. Thorsness KR, Watson C, LaRusso EM. Perinatal anxiety: approach to diagnosis and management in the obstetric setting. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2018Jan.1 [cited 2019May.2];219(4):326-45. Available from: 10.1016/j.ajog.2018.05.017
36. Paschetta E, Berrisford G, Coccia F, Whitmore J, Wood AG, Pretlove S, Ismail KM. Perinatal psychiatric disorders: an overview. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2014Jan.1 [cited 2019Apr.20];210(6):501-509.e6. Available from: 10.1016/j.ajog.2013.10.009
37. Santos AM dos, Benute GRG, Santos NO dos, Nomura RMY, de Lucia MCS, Francisco RPV. Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women. *Midwifery* [Internet]. 2017Jan.1 [cited 2019May.1];51:12-5. Available from: 10.1016/j.midw.2017.05.005
38. Diaz M, Amato R, Chávez JG, Ramirez M, Rangel S, Rivera L, & López J,. Depresión y Ansiedad en Embarazadas. *Rev de la facultad de Ciencias de la salud*. Universidad de Carabobo. January 1 2013; 12 (2).
39. Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME, Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas, *Perinatal Reprod Hum*. 2000; 15(1): 11-20.
40. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Arch Intern Med* [Internet]. 2006Jan.1 [cited 2019May.2];166(10):1092. Available from: 10.1001/archinte.166.10.1092
41. Parker C. NICE antenatal and postnatal mental health clinical guidelines. *Prog. Neurol. Psychiatry* [Internet]. 2015Jan.1 [cited 2019Apr.1];19(5):4-. Available from: 10.1002/pnp.393
42. Park M, Brain U, Grunau RE, Diamond A, Oberlander TF. Maternal depression trajectories from pregnancy to 3 years postpartum are associated with children's behavior and executive functions at 3 and 6 years. *Arch Womens Ment Health*

- [Internet]. 2018Jan.1 [cited 2019Apr.19];21(3):353-6. Available from: 10.1007/s00737-017-0803-0
43. Motlhatlhedhi K, Setlhare V, Ganiyu A, Firth J. Association between depression in carers and malnutrition in children aged 6 months to 5 years. *Afr. j. prim. health care fam. med.* [Internet]. [cited 2019Apr.21];9(1). Available from: 10.4102/phcfm.v9i1.1270
 44. Hammerton G, Mahedy L, Mars B, Harold GT, Thapar A, Zammit S, Collishaw S. Association between Maternal Depression Symptoms across the First Eleven Years of Their Child's Life and Subsequent Offspring Suicidal Ideation. *PLoS ONE* [Internet]. [cited 2019Apr.20];10(7):e0131885. Available from: 10.1371/journal.pone.0131885
 45. Cáceres R, Martínez-Aguayo JC, Arancibia M, Sepúlveda E. Efectos neurobiológicos del estrés prenatal sobre el nuevo ser. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. [cited 2019May.3];55(2):103-1. Available from: 10.4067/s0717-92272017000200005
 46. Franco C, Goikolea JM, García-Esteve L, Imaz ML, Benaberre A, & Vieta E,. Tratamiento de los trastornos mentales en la mujer embarazada. *JANO EXTRA*, January 1 2008; 714 (1): 55-69.
 47. Sinha P, Goyal P, Andrade C. A Meta-review of the Safety of Electroconvulsive Therapy in Pregnancy. *The Journal of ECT* [Internet]. 2017Jan.1 [cited 2019May.8];33(2):81-8. Available from: 10.1097/yct.0000000000000362

ANEXOS

ANEXO 1

Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)

John Cox, Jeni Holden y R. Sagovsky; 1987. Versión en español.

Señalar la frecuencia en que se han presentado en la última semana.

<p>1.- He podido reirme y ver el lado chistoso de las cosas:</p> <p>() Igual que siempre.</p> <p>() Ahora, No tanto como siempre.</p> <p>() Ahora, mucho menos.</p> <p>() No, nada en absoluto.</p>	<p>6.- Las cosas me han agobiado (están fuera de mi control):</p> <p>() Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas.</p> <p>() Sí, algunas veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre.</p> <p>() No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien.</p> <p>() No, las he afrontado tan bien como siempre.</p>
<p>2.- He anticipado las cosas con gusto (con ilusión):</p> <p>() Igual que siempre.</p> <p>() Algo menos de lo habitual en mí.</p> <p>() Bastante menos de lo habitual en mí.</p> <p>() Mucho menos que antes</p>	<p>7.- He estado tan infeliz que he tenido dificultades para dormir:</p> <p>() Sí, la mayor parte del tiempo.</p> <p>() Sí , a veces.</p> <p>() No muy a menudo.</p> <p>() No, en ningún momento.</p>
<p>3.- Me he culpado incesantemente cuando las cosas han salido mal:</p> <p>() Sí, la mayor parte del tiempo.</p> <p>() Sí, a veces.</p> <p>() No muy a menudo.</p> <p>() No, en ningún momento.</p>	<p>8.- Me he sentido triste o desgraciada:</p> <p>() Sí, la mayor parte del tiempo.</p> <p>() Sí , bastante a menudo.</p> <p>() No con mucha frecuencia.</p> <p>() No, en ningún momento.</p>
<p>4.- Me he sentido angustiada/nerviosa o preocupada sin ningún motivo o razón:</p> <p>() No, en ningún momento</p> <p>() Casi nunca.</p> <p>() Sí, algunas veces.</p> <p>() Sí, con mucha frecuencia.</p>	<p>9.- Me he sentido tan triste/infeliz que he estado llorado:</p> <p>() Sí, la mayor parte del tiempo.</p> <p>() Sí , bastante seguido.</p> <p>() Sólo ocasionalmente.</p> <p>() No, en ningún momento.</p>
<p>5.- Me he sentido asustada o con bastante miedo sin motivo o razón:</p> <p>() Sí, bastante.</p> <p>() Sí, algunas veces.</p> <p>() No, no mucho.</p> <p>() No, nunca.</p>	<p>10.- He pensado en hacerme daño:</p> <p>() Sí, muy a menudo.</p> <p>() Sí , algunas veces.</p> <p>() Casi nunca.</p> <p>() No, nunca.</p>

ANEXO 2

Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)

Señalar la frecuencia en la que ha sufrido las siguientes situaciones en los últimos 15 días.				
	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nerviosa, ansiosa o muy alterada.	0	1	2	3
No ha podido dejar de preocuparse.	0	1	2	3
Se a preocupado excesivamente por diferentes cosas.	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para relajarse.	0	1	2	3
Se ha sentido tan intranquila que no podía estar quieta.	0	1	2	3
Se ha irritado o enfadado con facilidad.	0	1	2	3
Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible.	0	1	2	3

ANEXO 3

Instrumentos de Evaluación y Detección de la Depresión Perinatal		
Entrevistas estandarizadas	Escalas de evaluación	Instrumentos de detección
Structured Clinical Interview for DSM	Hamilton Depression Rating Scale	Genéricos: -General Health Questionnaire. -Patient Health Questionnaire. -Beck Depression Inventory -Hospital Anxiety and Depression Scale. -Hopkins Symptom Checklist. -Zung's Self-rating Depression.
Mini-International Diagnostic Interview	Beck Depression Inventory	
Schedule for Affective Disorders And Schizophrenia	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale	
Present State Examination	Rasking Depression Rating Scale	Específicos: -Edinburgh Postnatal Depression Scale. -Postnatal Depression Screening Scale. -Bromley Postnatal Depression Scale. -Pitt Depression Scale. -Pregnancy Risk Questionnaire. -Predictive Index.
Standardised Psychiatric Interview		

ANEXO 4

Instrumentos de Evaluación y Detección de la Ansiedad Perinatal		
Entrevistas estandarizadas	Instrumentos genéricos	Instrumentos específicos
Structured Clinical Interview for DSM.	Hamilton Anxiety and Depression Scale	Pregnancy Anxiety Scale
Mini-International Diagnostic Interview.	State-Trait Anxiety Inventory	Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire
Composite International Diagnostic Interview.	General Health Questionnaire.	Pregnancy-Specific Anxiety Scale
Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale.	Hopkins Symptom Checklist.	Cambridge Worry Scale
		Delivery Fear Scale
		Postnatal Distress

ANEXO 5

Tratamiento de la Depresión Leve a Moderada para Trastorno Depresivo Mayor durante el Embarazo. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). 2016.		
Recomendación	Tratamiento	Nivel de evidencia
Primera línea	TCC (individual o grupal). TIP (individual o grupal).	Nivel I Nivel I
Segunda línea	ISRS (Sertralina, Citalopram, Escitalopram).	Nivel 3
Tercera línea	Terapia por acupuntura, terapia de estímulo luminoso. Bupropión, desvenlafaxina, duloxetina, fluoxetina, fluvoxamina, mirtazapina tricíclicos (cuidado clomipramina), venlafaxina. TEC(severa, psicosis, depresión resistente) TCC con Mindfulness, Psicoterapia asistencial, terapia psicodinámica, EMTr. Combinación ISRS+TCC o TIP.	Nivel 2 Nivel 3 ó 4 Nivel 3 Nivel 4 Nivel 4
<p>Para el trastorno depresivo mayor grave, las farmacoterapias avanzan una línea de recomendación (por ejemplo, la segunda línea se convierte en primera línea). La psicoterapia y las terapias complementarias y de medicina alternativa como la monoterapia no se recomiendan. TEC sigue siendo la tercera línea. TCC, terapia cognitivo-conductual; TEC, terapia electroconvulsiva; TIP, terapia interpersonal; ISRS, inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina; EMTr, estimulación magnética transcraneal repetitiva.</p>		

ANEXO 6

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Síntomas ansiosos y depresivos en mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar 7

Autores: Yazmín Adriana García Núñez¹, Sandra Vega García², José Luis Muñoz Chapul³, Davis Cooper Bribiesca⁴

¹Residente de cuarto año de Psiquiatría de Hospital de Especialidades CMN SXXI, ²Especialista en Medicina Familiar adscrito a Unidad de Medicina Familiar 7, ³Especialista en Medicina Familiar adscrito a Unidad de Medicina Familiar 7, ⁴Especialista en Psiquiatría adscrito a Hospital de Especialidades CMN SXXI

NOMBRE COMPLETO: _____

EDAD (AÑOS): _____

ESTADO CIVIL: 1() SOLTERA 2() CASADA 3() UNIÓN LIBRE

OCCUPACIÓN: 1() AMA DE CASA 2() ESTUDIANTE 3() EMPLEADA (ESPECIFIQUE): _____

ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS CONCLUIDO:

1() NINGUNA 2() PRIMARIA 3() SECUNDARIA 4() BACHILLERATO
5() LICENCIATURA 6() POSGRADO

RELIGIÓN: 1() SIN RELIGIÓN 2() CON RELIGIÓN: (ESPECIFIQUE): _____

CUENTA CON APOYO FAMILIAR PARA SU CUIDADO: 1() SÍ 2() NO

REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD RECREATIVA O PASATIEMPO: 1() NO 2() SÍ (ESPECIFIQUE): _____

ANTECEDENTE FAMILIAR DE MADRE O HERMANA CON DEPRESIÓN DIAGNOSTICADA DURANTE EMBARAZO O POSTPARTO: 1() SÍ 2() NO

ACTUALMENTE FUMA (TABAQUISMO): 1() SÍ 2() NO

ACTUALMENTE INGIERE ALCOHOL (ALCOHOLISMO): 1() SÍ 2() NO

ACTUALMENTE USA DROGAS COMO MARIHUANA, COCAÍNA, HEROÍNA (TOXICOMANÍAS): 1() SÍ 2() NO

FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: ____/____/201____ Total: _____ Semanas de Gestación

DIAGNÓSTICO PREVIO DE ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA: 1() SÍ 2() NO

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA COMO:

1() DIABETES MELLITUS TIPO 2 2() HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA 3() EPILEPSIA

ANEXO 7

Guía para la utilización de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)

No es un instrumento diagnóstico. debe realizarse una cuidadosa evaluación posterior para confirmar el diagnóstico de depresión. Durante embarazo. Se recomienda su administración a las 6-8 semanas postparto y posteriormente a los 3-6 meses postparto.
PUNTUACIÓN: las categorías de respuestas se puntúan 0,1,2,3, de acuerdo con el incremento en la gravedad de los síntomas, exceptuando ítems 1,2, y 4, que tienen una puntuación inversa 3,2,1,0.
Puntuación máxima de 30 puntos
0-9:----- Atención rutinaria 10-12:-----Posible trastorno depresivo o síntomas significativos de ansiedad comórbida (especialmente si las preguntas son positivas de 4 y 5). Realizar una valoración posterior para determinar la necesidad de apoyo adicional. 13 o más:-----Trastorno deprimido probable. la paciente debe ser reevaluada a los 15 días y si presenta síntomas depresivos, se le debe ofrecer el tratamiento adecuado.
El juicio clínico debe ser discutido con el médico de cabecera.
Según la intensidad de los síntomas, la paciente deberá ser derivada al médico de cabecera o equipo de salud mental.
La puntuación positiva al ítem 10 de la EPDS (ideación autolítica) debe ser constatada con la paciente. se confirmará la seguridad de la madre y en el postparto el del hijo. Se informará al médico de cabecera si es clínicamente significativa y se derivará urgentemente a un servicio de psiquiatría.
INSTRUCCIONES PARA UTILIZAR EPDS 1.- Pídale a la madre que marque con una X la respuesta más cercana a la forma en la que se ha sentido los últimos 7 días. 2.- Todos los ítems deben ser completados. 3.- Debe evitarse la posibilidad de que la madre comente o hable de sus respuestas con otras personas. 4.- La madre debe completar la escala por sí misma, a menos que tenga dificultades con el español o la escritura.

ANEXO 8

Guía para la utilización de la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)


No es un instrumento diagnóstico. debe realizarse una cuidadosa evaluación posterior para confirmar el diagnóstico.
Los 7 ítems evalúan los síntomas y la discapacidad asociada al trastorno. buena también para evaluar la discapacidad asociada al trastorno.
PUNTUACIÓN: las categorías de respuestas se puntúan 0,1,2,3,de acuerdo con el incremento en la frecuencia de los síntomas.
Puntuación máxima de 21 puntos
0-4:----- No ansiedad/ ansiedad mínima
5-9:-----Ansiedad leve
10-14:----- Ansiedad moderada
15-21:-----Ansiedad grave
El punto de corte óptimo para el TAG es mayor igual a 10.

ANEXO 9

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Síntomas ansiosos y depresivos en mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar 7

Autores: Yazmín Adriana García Núñez¹, Sandra Vega García², José Luis Muñoz Chapul³, Davis Cooper Bribiesca⁴
¹Residente de cuarto año de Psiquiatría de Hospital de Especialidades CMN SXXI, ²Especialista en Medicina Familiar adscrito a Unidad de Medicina Familiar 7, ³Especialista en Medicina Familiar adscrito a Unidad de Medicina Familiar 7, ⁴Especialista en Psiquiatría adscrito a Hospital de Especialidades CMN SXXI

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	Síntomas ansiosos y depresivos en mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar 7
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar 7. Calzada de Tlalpan Acoxa y Ajusco, N°4220, Colonia Huipulco CP 01400, Alcaldía Tlalpan Ciudad de México. De Enero-Agosto del 2019.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha informado que el presente estudio es necesario debido a que se ha encontrado frecuencia de síntomas ansiosos y depresivos en mujeres embarazadas. Dichas patologías aumentan las comorbilidades durante la gestación y el riesgo de futuros trastornos psiquiátricos en mi embarazo.
Procedimientos:	El investigador me ha explicado que me realizará preguntas sobre mis datos personales, antecedentes familiares y si presento síntomas ansiosos y depresivos actualmente.
Posibles riesgos y molestias:	El responsable del trabajo me ha explicado que no existen riesgos y/o molestias al contestar las encuestas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El responsable del trabajo me ha explicado que al final de esta intervención me otorgará información acerca de la presencia de síntomas ansiosos y depresivos.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El responsable de este estudio se ha comprometido en otorgarme un resultado el cual, en caso necesario se dará seguimiento en mi consultorio en la unidad de medicina familiar 7.
Participación o retiro:	Sé que mi participación es voluntaria y podré retirarme del estudio en el momento en que yo desee, sin que esto interfiera con mi atención por parte del Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	La responsable de la investigación me ha garantizado la confidencialidad de la información y solo se usará para este proyecto.
En caso de colección de material biológico (si aplica): NO APLICA	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes aplica): NO APLICA	
Beneficios al término del estudio:	Evaluar la frecuencia de síntomas ansiosos y depresivos en mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar 7
EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES RELACIONADAS CON EL ESTUDIO PODRÁ DIRIGIRSE A:	
Investigador Responsable:	SANDRA VEGA GARCIA Especialista en Medicina familiar. Matrícula 98380884. Lugar de trabajo: Consulta externa. Unidad de Medicina Familiar N°7 Adscripción: Delegación 4 Sur D.F. IMSS Teléfono 55732211 EXT. 21478 Fax: sin fax Correo electrónico: dra_svega@hotmail.com
Colaboradores:	YAZMÍN ADRIANA GARCÍA NÚÑEZ Residente de cuarto año en la Especialidad de Psiquiatría. Matrícula: 97370244. Lugar de trabajo: Consulta Externa. Adscripción: Unidad Médica de Alta Especialidad - Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" CMN SXXI, Delegación Sur, CDMX. IMSS. Teléfono: 5556276900 Ext: 21784 Correo electrónico: yaza.gn@gmail.com Davis Cooper Bribiesca Especialista en Psiquiatría. Matrícula: 98374727. Lugar de trabajo: Consulta Externa. Adscripción: Unidad Médica de Alta Especialidad - Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" CMN SXXI, Delegación Sur, CDMX. IMSS Teléfono: 5556276900 Ext: 21784. Correo electrónico: coop_2000@yahoo.com José Luis Muñoz Chapul Especialista en Medicina Familiar. Matrícula: 98376869. Lugar de trabajo: Consulta Externa. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar 7. Delegación Sur, CDMX, Tlalpan IMSS. Teléfono: 55732211 Ext: 21478. Correo electrónico: jm10j@hotmail.com
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	
- Nombre y firma del tutor responsable	- YAZMÍN ADRIANA GARCÍA NÚÑEZ Residente de Psiquiatría. Matrícula: 97370244 - Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
- Testigo 1 - Nombre, dirección, relación y firma	- Testigo 2 - 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	