

Universidad de Oriente
Núcleo de Anzoátegui
Escuela de Ciencias de la Salud



Detección de síntomas depresivos y ansiosos en gestantes atendidas en la
Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario
Dr. “Luís Razetti”, de Barcelona

Trabajo presentado por:

Br. Sara F. Peña P.

Br. Verónica B. Salaymeh V.

Br. Allison V. Villafañe B,

Profesor Asesor:

Dr. Fernando Bravo

Como requisito parcial para optar al título de Médico Cirujano

Barcelona, Abril de 2010

Universidad de Oriente
Núcleo de Anzoátegui
Escuela de Ciencias de la Salud



Detección de síntomas depresivos y ansiosos en gestantes atendidas en la
Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario
Dr. “Luís Razetti”, de Barcelona

Trabajo presentado por:

Br. Sara F. Peña P.

Br. Verónica B. Salaymeh V.

Br. Allison V. Villafañe B,

Profesor Asesor:

Dr. Fernando Bravo

Como requisito parcial para optar al título de Médico Cirujano

Barcelona, Abril de 2010

DEDICATORIA

A Dios y San Judas Tadeo por protegerme y estar a mi guarda a cada instante.

Al hombre más importante en mi vida, el que más amo y amare, a la luz de mis ojos y mis pensamientos, mi fuerza, inspiración, mi ser y mi alma; al que siempre me apoya, el que nunca ha dejado de creer y tener fe en mi, al ser más bello, al mejor hombre del mundo, a mi papá José Peña, no me bastaran las palabras, las acciones o el tiempo, para agradecer por todos tus sacrificios y todo el amor y cariño que siempre me has dado, y por eso doy gracias a Dios y a todo aquello sagrado creado por los hombres que seas tú quien eres.

A la mujer más importante de mi vida, Yaneth Peamo, mamá eres el ser humano, más atrayente, talentoso, luchador, gracioso y bueno que he conocido, gracias por ser mi amiga, estoy tan orgullosa de ti, por todo lo que has logrado, todo lo que soy te lo debo, la vida que me has dado aún en medio de la peor adversidad, me resulta tan grata de ser vivida, porque me proporciona la ocasión de tener en mi cercanía a una mujer como tú, alma superior y perfecto ser humano, gracias por ser mi madre, por estar viva y por todo, este más que ser mi logro es tuyo, por eso te lo dedico.

Irma Margarita González de Peña, fuiste, eres y seguirás siendo uno de los seres más hermosos con los que me ha tocado compartir mi vida, sin ti nada hubiera sido igual, nunca había tenido una abuela tan maravillosa como tú, comprenderás entonces cuan orgullosa estoy de ti, y por eso parte de este logro también es tuyo.

A mi madrina Ana Mercedes Suárez, por ser como otra madre para mí, aconsejarme, guiarme y ayudarme incondicionalmente.

A mis compañeras e inseparables amigas “Barkis y Pikin”, sin ustedes no lo habría logrado.

A todos aquellos que nunca dejaron de creer en mí.

Sara F. Peña Peamo

DEDICATORIA

Es satisfactorio saber que has logrado el objetivo propuesto, que este éxito se lo debo a Dios Todopoderoso, nuestro padre celestial que me acompaña día a día.

A mis padres Martha y Muhannad Salaymeh que son lo más grande que tengo, por brindarme su amor, afecto y a quienes les dedico la realización de mi sueño.

A mis abuelos por formar parte de mi vida, por el apoyo y la comprensión que siempre me han brindado.

Verónica Salaymeh

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, que me ha guiado por el sendero que ilumina mi vida para lograr esta meta trazada.

A mis padres Amarilis y Luis Fernando que son el pilar de mi vida, la luz de mi camino y mi principal motivo para seguir adelante.

A mis tías Amarilys y Ana por brindarme siempre su amor, cariño y su apoyo de manera incondicional, les agradeceré toda mi vida.

A mis Abuelos Carmen, Adonis y Francisco (Q.E.P.D) por darme su amor y apoyo, donde quiera que estén les dedico este sueño.

A mis hermanas Fiorella, Ana Mónica y Verónica por ser mis compañeras de vida, estar siempre conmigo y apoyarme.

A la MSc. Elena Estaba Baduy quien en todo momento me brindo su ayuda y valiosa orientación.

A mis grandes amigas Sara y Verónica por ser como mis hermanas, compañeras de tesis y realizar este sueño juntas.

A todos aquellos seres queridos que participaron de una u otra forma en la obtención de este logro.

A todos Mil Gracias.....

Allison Villafañe

AGRADECIMIENTOS

-A Dios nuestro padre celestial, por ayudarnos a forjar nuestro camino día a día y protegernos a cada instante.

-A nuestros padres, por darnos la vida y brindarnos su apoyo incondicional a cada instante, por creer sin escuchar, por amarnos y ayudarnos sin nunca pedir nada a cambio; sin ustedes definitivamente no lo hubiésemos logrado.

-Al Dr. Fernando Bravo, por su valiosa y gran ayuda, sus oportunas correcciones y comentarios y su paciencia para con nosotras.

-A MSc. Elena Estaba Baduy, por su excelente asesoría metodológica e incondicional colaboración.

-A todas las gestantes que gentilmente prestaron su desinteresada colaboración para la realización de esta investigación.

-A todo el personal del Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti", por de una u otra forma brindarnos su ayuda y apoyo.

-A la Universidad de Oriente, por ser la excelente casa de estudios que durante todos estos años nos ha permitido formarnos en esta loable carrera.

Sara, Verónica y Allison.

Universidad de Oriente
Núcleo de Anzoátegui
Escuela de Ciencias de la Salud



Detección de síntomas depresivos y ansiosos en gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. "Luís Razetti", de Barcelona

Autoras:

Sara Peña
Verónica Salaymeh
Allison Villafañe

Tutor: Dr. Fernando José Bravo C.

Fecha: Barcelona, Abril de 2010

RESUMEN

El objetivo general de la presente investigación fue analizar la detección de síntomas depresivos y ansiosos en gestantes atendidas de la Unidad de Control Prenatal, del Hospital Universitario Dr. “Luís Razetti”, de la ciudad de Barcelona. Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal, unicéntrico, epidemiológico y descriptivo, de diseño prospectivo; se utilizaron como instrumentos de recolección de datos: la Escala de Ansiedad y Depresión de Golberg, el cuestionario APGAR familiar, el cuestionario Graffar modificado y las historias clínicas del área de control prenatal. Se encontró que del total de la muestra estudiada (300 gestantes), 67% resulto positivo para sintomatología ansiosa, 2% positivo para sintomatología depresiva, 16,67% positiva para ambas condiciones y 14,33% no presento sintomatología alguna; asimismo el grupo etareo más representativo fue de 15-19 años (53,67%) , 64,33% de la muestra presento mal funcionamiento familiar, 69,33% pertenecía a la clase pobre, 67% se encontraban en unión libre o concubinato, el grado de instrucción del 89% de las gestantes era secundaria completa, el 76,33 % se encontraba en el segundo trimestre de embarazo; se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas y la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa en gestantes.

Palabras claves: Gestante, Depresión antenatal, Ansiedad.

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	vii
RESUMEN.....	ix
INDICE GENERAL	x
INDICE DE TABLAS	xiii
INDICE DE GRÁFICOS	xv
INTRODUCCION	xvii
CAPITULO I.....	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
1.1 Objetivos	20
1.1.1 Objetivo general.....	20
1.1.2 Objetivos específicos	20
1.2 Justificación.....	21
CAPITULO II	23
MARCO TEORICO.....	23
2.1. Depresión en la mujer: Datos epidemiológicos.	23
2.2. Bases biológicas de la depresión en la gestación.	24
2.3. Hipótesis explicativas de la prevalencia de los trastornos afectivos en las mujeres.	25
2.4. Embarazo y depresión	28
2.5. Epidemiología de los trastornos afectivos en gestantes	29
2.6. Depresión mayor antenatal.....	30
2.7. Manifestaciones clínicas de la depresión en gestantes.....	31
2.8. Criterios diagnósticos de depresión en gestantes	33
2.9. Factores de riesgos asociados a depresión antenatal.....	41
2.10. Medicación antidepresiva y embarazo	41

2.11. Tratamiento farmacológico de la depresión.....	42
2.12. Tratamiento no farmacológico de la depresión.....	48
2.13. Lactancia materna y medicación antidepresiva.....	51
2.14. Curso y pronóstico de la depresión en gestantes.....	52
2.15. Herramientas para el diagnóstico de la depresión gestacional.....	53
2.16. Embarazo y ansiedad.....	55
2.17. Epidemiología de los trastornos ansiosos en la mujer	57
2.18. Etiopatogenia.....	59
2.19. Criterios diagnósticos de ansiedad en gestantes.....	59
2.20. Tratamiento farmacológico de la ansiedad en gestantes	62
2.21. Tratamiento no farmacológico de la ansiedad en gestantes	63
CAPITULO III.....	67
MARCO METODOLÓGICO	67
3.1. Tipo de investigación	67
3.2. Población y muestra	67
3.3. Instrumentos de recolección de datos	71
3.3.1 Escala de depresión y ansiedad de Golberg:	71
3.3.2 Historia clínica:	73
3.3.3 Apgar familiar	74
3.3.4 Graffar modificado.....	75
3.4. Materiales y métodos	79
3.5. Sistema de hipótesis	80
3.6. Procedimiento estadístico para el análisis de datos.....	82
3.7. Actividades preparatorias.....	85
3.8. Horario de actividades.....	87
3.9. Calendario de actividades	88
3.10. Consideraciones éticas de la investigación.	88
CAPITULO IV.....	90
ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	90

CAPITULO V	115
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	115
5.1 Conclusiones	115
5.2 Recomendaciones.....	117
CAPITULO VI.....	119
PROPUESTA DE LA INVESTIGACIÓN	119
6.1 Objetivo general de la propuesta.....	119
6.2 Justificación.....	119
6.3 Estrategias a seguir.....	120
6.4 Materiales necesarios	120
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	121
ANEXOS	124
METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO	138

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 antidepresivos y embarazo	45
Tabla 2 tamaño de la muestra.....	70
Tabla 3.....	87
Tabla 4.....	88
Tabla 5 edad de las gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del.....	90
Tabla 6 grupos etarios de gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr. “luis razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	93
Tabla 7 promedio de edad de las gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr. “luis razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	95
Tabla 8 estado civil de las gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr. “luis razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	96
Tabla 9 grado de instrucción de las gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr. “luis razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	98
Tabla 10 nivel socioeconómico de las gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr. “luis razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	100
Tabla 11 función familiar de las gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr. “luis razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	102
Tabla 12 trimestre de las gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr. “luis razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	104
Tabla 13 riesgo obstétrico de las gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr. “luis razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	106

Tabla 14 distribución de gestantes de acuerdo al alto riesgo obstétrico atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr. “luis razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	108
Tabla 15 sintomatología ansiosa y depresiva en las gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr. “luis razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	110
Tabla 16 condiciones encontradas en las gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr. “luis razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	112
Tabla 17 asociación entre las variables estudiadas y el nivel de ansiedad y depresión de las gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr “luís razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	114

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 edad de las gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr. “luis razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	92
Grafico 2 grupos etareos de gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr. “luis razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	94
Gráfico 3 estado civil de las gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr. “luis razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	97
Gráfico 4 grado de instrucción de las gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr. “luis razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	99
Gráfico 5 nivel socioeconómico de las gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr. “luis razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	101
Gráfica 6 función familiar de las gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr. “luis razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	103
Gráfico 7 trimestre de las gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr. “luis razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	105
Gráfico 8 riesgo obstétrico de las gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr.: “luis razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	107
Grafico 9 distribución de gestantes de acuerdo al alto riesgo obstétrico atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr. “luis razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	109
Gráfico 10 sintomatología ansiosa y depresiva en las gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr. “luis razetti” de barcelona, mayo-julio, 2009.....	111

Gráfico 11 condiciones encontradas en las gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del hospital universitario dr. "luis razetti" de barcelona, mayo-julio, 2009..... 113

INTRODUCCION

A pesar de que el reconocimiento de la depresión durante el embarazo data del siglo XIX, no fue sino hasta los más recientes decenios que se incremento el interés por estudiar de modo específico esta entidad. Comunicaciones recientes, hacen notar que los síntomas de la depresión durante la gestación aparecen por lo menos en un tercio de las mujeres entrevistadas, y que los síntomas no son menos severos en el postparto. De acuerdo con la estimación de Evans et al., 13.5% de las mujeres con 32 semanas de gestación presenta síntomas depresivos, la mayoría de ellas no presenta remisión espontánea de los síntomas y por el contrario corre el riesgo de desarrollar depresión puerperal.

Un estudio reciente muestra que el 77% de las mujeres con alto riesgo para depresión gestacional, no fue objeto de intervención alguna, y que en 80% de pacientes con diagnóstico de depresión mayor tampoco recibió tratamiento. Esto es lamentable, porque existen graves repercusiones para la salud de la madre y del recién nacido sino se interviene. Hay evidencia de que las mujeres gestantes depresivas no acuden al control prenatal o no cumplen indicaciones, tienen mayor riesgo de contraer infecciones, desarrollan más complicaciones obstétricas, dan a luz a niños de peso bajo para la edad gestacional y tienen mayor probabilidad de parto prematuro.

Según Alarcón, Renato (2005), la incidencia y el curso de las enfermedades mentales difieren en mujeres, asimismo estas son más afectadas en todas las edades, principalmente durante la edad reproductiva, etapa considerada de mayor vulnerabilidad social, psicológica y biológica. Los desordenes depresivos son enfermedades particularmente prevalentes (17.2% durante toda la vida, con 21.3% en mujeres) y causan incapacidades psicosociales sumamente importantes, y aun más en

gestantes. Las estadísticas respecto a los trastornos de ansiedad y depresión en gestantes aun es conflictiva y uno de los principales factores para la ausencia de información fidedigna radica en el hecho de que uno de los campos con mayor abandono en los actuales sistemas de salud es el referido a la salud mental materno-perinatal y que no existe en ninguno de los niveles de atención, servicios que se encarguen de velar por el bienestar mental de las mujeres durante el periodo antenatal.

La investigación está estructurada en seis (6) capítulos desglosados a continuación:

Capítulo I. Corresponde al problema y abarca el planteamiento del mismo, objetivos y justificación de la investigación.

Capítulo II. Se refiere al marco referencial donde se analizan los antecedentes, bases teóricas de la investigación y se expone el glosario.

Capítulo III. Se refiere al marco metodológico, donde se puede distinguir el diseño y tipo de investigación, muestra, validez y confiabilidad así como las técnicas de análisis y presentación de datos.

Capítulo IV. Corresponde al análisis de resultados a través de representación gráfica.

Capítulo V. Se hace referencia a las conclusiones y recomendaciones.

Capítulo VI. Se presenta la propuesta de la investigación

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según Alarcón, Renato (2005), los estudios que abordan las alteraciones psicológicas y psiquiátricas durante el embarazo, se han enfocado más en las alteraciones afectivas posteriores al parto, como la depresión postnatal y psicosis puerperal, dándosele poca importancia a la depresión gestacional, a pesar de esta ser el principal predictor de las alteraciones mentales posparto y un factor determinante en la vinculación afectiva del binomio madre-hijo.

Bernazzani, O. y Cols. (1997), afirman que la importancia del estudio de la depresión gestacional radica en que la depresión en embarazadas es cada vez más frecuente, y las mujeres duplican la prevalencia en relación a los hombres. El embarazo tradicionalmente fue considerado como un estado de plenitud, no obstante recientes investigaciones ponen en evidencia que hasta un 70% de las gestantes cursa con síntomas depresivos y / o ansiosos, y la depresión materna antenatal se registra entre un 10 al 16%. Según la organización mundial de la salud (2004) los factores que más se describen como predisponentes para el desarrollo de la depresión materna antenatal, se encuentran: problemas matrimoniales, pobre apoyo social, embarazo no deseado y/o planificado, antecedentes familiares y/o personales de trastornos anímicos, drogodependencia, madre soltera, múltipara, embarazo adolescente, malas condiciones de salud, mala situación socio-económica, bajos niveles educativos, etnicidad, entre otros. Nonacs, Esther (2004) afirma que la depresión mayor antenatal constituye per se un efecto adverso potencialmente grave, tanto para la madre como para el desarrollo fetal e infantil.

Finalmente, esta es un factor de riesgo para el desarrollo de Depresión Postparto según estudios realizados por Smith, Mv (2004). Es necesario destacar que algunas mujeres experimentan su primer episodio depresivo durante el embarazo mientras que otras, que cuentan con antecedentes depresivos, están en riesgo incrementado para una recurrencia, continuación o exacerbación de dicho trastorno. Fundamentándonos en estos planteamientos, se considero necesario ejecutar una investigación relativa a la detección de sintomatología depresiva y ansiosa en gestantes, la cual nos permitirá conocer cuál es la incidencia de este tipo de trastornos en nuestro medio, identificar cual es la población en riesgo, y brindar apoyo a través de la introducción de una herramienta de atención primaria para la detección de este tipo de trastornos.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo general

Analizar la detección de síntomas depresivos y ansiosos en gestantes atendidas de la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. “Luís Razetti”, de la ciudad de Barcelona.

1.1.2 Objetivos específicos

1.- Determinar la incidencia de sintomatología depresiva en las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Servicio de Ginecología y Obstetricia, del Hospital Universitario Dr. “Luís Razetti”, de la ciudad de Barcelona.

2.- Observar la incidencia de sintomatología ansiosa en las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal, del Servicio de Ginecología y Obstetricia, del Hospital Universitario Dr. “Luís Razetti”, de la ciudad de Barcelona.

3.- Analizar si las variables en estudio como: edad materna, edad gestacional, alto riesgo obstétrico, nivel socioeconómico, grado de instrucción de la madre, estado civil y función familiar, se relacionan como predictores o desencadenantes de sintomatología depresiva y ansiosa durante el periodo prenatal.

4.- Valorar la interrelación entre las variables estudiadas y su relación con el estado emocional de la gestante.

5.- Resaltar la importancia de la inclusión de un instrumento de atención primaria dentro de la historia clínica prenatal que permita la detección oportuna de síntomas depresivos y ansiosos.

6.- Reorientar la atención que se le brinda a las gestantes en pro de su bienestar y del producto de la concepción, a través de la introducción de una herramienta de atención primaria para la detección de este tipo de trastornos.

1.2 Justificación

En nuestro medio universitario y hospitalario son escasas o prácticamente nulas las investigaciones centradas en determinar la incidencia y prevalencia de los desórdenes depresivos y ansiosos en gestantes, por lo que es necesario estudiar estas alteraciones y sus consecuencias, realizando una investigación de tipo observacional, epidemiológico y descriptivo, de corte transversal, a través de la cual se podrán obtener los datos fidedignos, de estos trastornos, para de esta forma ayudar a la población en riesgo o afectada y poder conseguir un óptimo desarrollo normoevolutivo del embarazo con los beneficios que ello aporta a la salud física y psíquica tanto de la madre y del futuro hijo.

Teniendo en cuenta que los médicos gineco- obstetras que prestan servicios en la unidad de control prenatal y en el servicio de ginecología y obstetricia en general, disponen de un tiempo limitado para la atención de las gestantes, y según estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud - OMS (2005), la prevalencia de

los trastornos depresivos y ansiosos en la gestación es alta (entre un 20 y 25%) , que existen presentaciones atípicas de estos trastornos, que la depresión en las mujeres suele manifestarse con mayor sintomatología somática (somatizaciones) y ansiosa (depresión especial tipo somática- ansiosa) y más del 50% de los casos queden sin diagnosticar y sin tratamiento correcto, se hace necesario conocer y disponer de escalas breves y de fácil aplicación y manejo, que permitan la detección, evaluación y seguimiento de estas patologías. Es adecuado que el médico se habitúe a utilizarlas porque así tendrá una mejor comprensión de lo que está ocurriendo en el transcurso de la enfermedad y por ende conseguirá una atención sanitaria de mejor calidad a las usuarias; al mismo tiempo se ofrece al Servicio de Ginecología y Obstetricia un instrumento de atención primaria que permitirá disminuir el riesgo de alteraciones mentales en la gestante, fortalecer el futuro binomio madre hijo, evitar las consecuencias deletéreas de un trastorno mental sobre el mismo, y reducir la estancia hospitalaria por estos trastornos.

Por lo antes expuesto y sustentándonos en realidades como la nuestra urgen los estudios referidos a este campo de la salud que impulsen una toma de conciencia por parte de los médicos y al mismo tiempo se plantea una solución a través de la introducción de instrumento que permita la detección temprana de estos trastornos en gestantes.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Depresión en la mujer: Datos epidemiológicos.

Estudios epidemiológicos multicéntricos refieren que la depresión se encuentra en cuarto lugar dentro de las causas de discapacidad a nivel mundial, pronosticándose que en el 2020 ocupara el segundo lugar. Es más común en la mujer que en el hombre, y actualmente aparece de forma más temprana de lo que se observaba (entre 13 y 15 años). Tiene una prevalencia máxima durante los años fértiles con picos en la menarca, el puerperio y la perimenopausia, justamente los periodos de mayor vulnerabilidad social, psicológica y biológica.

La mayor prevalencia en el embarazo y en el puerperio no sólo promueve un estado de sufrimiento en la paciente, también afecta la relación materno-filial, con probable implicaciones a corto y largo plazo en el desarrollo de la salud mental de la descendencia. Diversos estudios demuestran que una madre deprimida es un serio problema, ya que esto implica, una gran falta de iniciativa, voluntad, contacto y empatía para captar las necesidades emocionales del hijo.

Por otra parte la literatura refiere que la mujer deprimida consume mayor cantidad de medicamentos antidepresivos y tranquilizantes, con una mayor sensibilidad a los efectos adversos y secundarios de los mismos.

Los informes publicados sobre la prevalencia de depresión durante el período gestacional han aumentado dramáticamente en los últimos años. Ocho estudios fueron publicados entre 1985 y 1995, comparado con 21 entre 1995 y 2003. A pesar de la

investigación creciente en la epidemiología de este desorden, todavía hay incertidumbre considerable en cuanto al número de mujeres afectadas. (Heather, Bennett et al, 2004).

Las tasas determinadas en estos estudios por entrevista estructurada tienen rangos que van de 2 a 21% (Evans et al., 2001; Kitamura et al., 1993; Pajulo et al., 2001.) hasta 38% en los primeros 8 estudios (Marcus et al., 2003). Y de 8 a 31% (Johanson et al., 2000; Gotlib et al., 1989; Nelly et al., 2001; Einarson et al., 2001; Mckee et al., 2001; Kurki et al., 2000; Orr St et al., 1995) hasta un 20 a 51% en los siguientes 21 estudios.

Para entender porqué la variación es tan amplia en los resultados, es necesario considerar los instrumentos utilizados en los artículos originales, no habiendo sido todos validados para el embarazo. Otra razón de las discrepancias entre los resultados de los estudios puede ser que las estimaciones se hayan hecho en diversas etapas del embarazo, ya que la progresión del embarazo puede tener un impacto sobre la depresión.

En el 2004, Heather y colaboradores llevaron a cabo un metanálisis sobre la depresión durante la gestación con el objetivo de estimar su prevalencia durante los 3 trimestres, hallando diferencias importantes.

2.2. Bases biológicas de la depresión en la gestación.

La etiología de la depresión aún no es bien conocida, pero se piensa que en su desarrollo confluyen factores neurobiológicos y ambientales combinados con una predisposición genética. La evidencia sugiere que el trastorno depresivo está relacionado con la respuesta del cerebro al estrés (Farvolden et al., 1996), donde los niveles de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) se encuentran

incrementados. Esta hormona es la principal reguladora del eje- sistema límbico-hipotalámico-pituitario-adrenal (LHPA). Disturbios en el sistema serotoninérgico 5-HT1a y 5-HT2a, y en el eje LHPA han sido identificados como una alteración consistente asociada a enfermedades con cambios de humor. (Nestler et al., 2002; Pfost et al., 1990).

La gestación puede ser un gatillo para la recurrencia de síntomas depresivos en mujeres vulnerables (Nestler et al., 2002). Durante la gestación, existen grandes cambios hormonales, los niveles de progesterona, estradiol, CRH, corticotropina y cortisol se incrementan con la progresión del embarazo. CRH y estrógenos son los principales reguladores del eje LHPA, y causan incrementos en la estimulación de corticotropina y consecuentemente el incremento de la secreción de cortisol y glucocorticoides por la corteza adrenal.

Al final del embarazo, los niveles de CRH se incrementan, y por este hecho, la secreción placentaria de CRH se eleva en respuesta a la elevación de los niveles de cortisol. Los niveles elevados de cortisol inhiben la síntesis y acción del estradiol. Los niveles bajos de estradiol se han asociado a intentos de suicidio en mujeres no gestantes; de esta manera se han determinado los efectos potencialmente patógenos del incremento hipotalámico del CRH incluyen la depresión melancólica, trastornos alimentarios y alcoholismo crónico (Heather et al., 2004).

2.3. Hipótesis explicativas de la prevalencia de los trastornos afectivos en las mujeres.

Según Rojtenberg, Sergio (2006, pág.427) la razón por la cual la prevalencia de la depresión es mayor en mujeres sigue en debate. En la actualidad, las hipótesis se agrupan en tres áreas, social, biológica y estadística, en las que las evidencias, no son concluyentes.

Hipótesis sociales: algunas teorías atribuyen la diferencia a causas sociales y asignan a la mujer una mayor vulnerabilidad a eventos vitales estresantes y traumas; desde esta perspectiva la mujer en su rol de cuidadora delegaría su propio cuidado en función de los otros y podría sentirse menos reconocida socialmente que el hombre.

Hipótesis biológicas: Según Rojtenberg, Sergio (2006), la influencia de los factores hormonales, es importante pero no resulta concluyente si se le considera como única explicación, ya que por ejemplo, las diferencias de prevalencia no son constantes a través de las culturas. Los estrógenos ejercen un rol neuroprotector, pero es posible que sus oscilaciones cíclicas expongan a las mujeres a una mayor vulnerabilidad frente a las hormonas del estrés. Las hormonas femeninas protegen de la disfunción degenerativa y del estrés, y mejoran el ánimo y la ansiedad pero su naturaleza cíclica durante la vida fértil parece relacionarse con la mayor vulnerabilidad femenina a la depresión y la ansiedad.

Otros factores biológicos pueden estar relacionados con la estructura y el funcionamiento del cerebro y las influencias hormonales. En tal sentido Carol Tamniga refiere que el tamaño del cerebro y de la comisura anterior es mayor en el hombre, mientras que el cuerpo caloso y el área frontal media son más grandes en la mujer. El flujo cerebral es mayor en la corteza cingulada y menor en las regiones temporo-límbicas y el cerebelo, comparado con el hombre. El metabolismo de la glucosa en la corteza es mayor en el hombre que en la mujer y para el desarrollo de tareas lingüísticas la mujer utiliza áreas en los dos hemisferios, mientras que el hombre sólo utiliza el lado izquierdo.

Entre estas hipótesis la de mayor respaldo científico es la relacionada con el papel de la serotonina en la depresión, Shopsin y colaboradores en la década de los 70, demostraron que la PCPA (que es un bloqueador selectivo de la triptófano-hidroxilasa, y por esta vía un potente inhibidor de la síntesis de 5 HT), produce una

rápida recaída en pacientes depresivos en remisión tratados con imipramina o tranilcipromina. Los pacientes que continuaron recibiendo los antidepresivos se recuperaron rápidamente después de interrumpir la administración de PCPA. Lo que da más fuerza aun a estos resultados es que el uso de alfa-metil-paratirostina, un inhibidor de la síntesis de NA y DA, no tuvo efectos en la respuesta a los tratamientos antidepresivos. Es decir, la depresión selectiva de 5 HT por la PCPA indujo una rápida de los pacientes, demostrando que la integridad de la función serotoninérgica es fundamental para la acción antidepresiva. En los últimos años de la década de los 80, se demostró que la depleción aguda de triptófano, el aminoácido precursor en la síntesis de 5HT induce una rápida disminución de la 5HT cerebral, produciendo una rápida recaída en los pacientes depresivos que habían respondido diferentes fármacos antidepresivos. Es decir, los experimentos en pacientes depresivos con estrategias que producen una drástica reducción de la actividad serotoninérgica por una disminución de la disponibilidad de 5 HT, demuestran que este neurotransmisor es fundamental para la estabilidad del humor (eutimia) y para la producción de los efectos antidepresivos por los psicofármacos, con acción sobre el 5HT. En conclusión, la disminución de la actividad serotoninérgica, tanto presináptica (disminución de la síntesis de 5HT), como postsináptica (bloqueo receptorial mediante antagonistas), demuestran claramente un papel central de la 5HT en el mecanismo de acción de fármacos con probada eficacia clínica.

Hipótesis estadísticas: Con respecto a los factores estadísticos es posible, que algunos elementos provoquen cierto sesgo en los datos (“artefactos”), dado que la mujer puede tener mayor predisposición para consultar y mayor sensibilidad frente a los síntomas ansiosos y depresivos, al revés de lo que ocurre con el dolor. No obstante, en un estudio reciente sobre una muestra de pacientes ambulatorios con depresión se observó que la tasa de prevalencia por sexo era similar a la observada en la población general, hecho que argumenta en contra de la idea de que las mujeres consultan más.

Por otra parte puede haber una cierta predisposición por parte de los médicos a diagnosticar depresión en la mujer y denominar como tal a cuadros que no lo son.

La impresión es que ninguna de las hipótesis explica por sí sola la mayor prevalencia femenina de la depresión, por lo que podríamos conjeturar una combinación de los factores mencionados.

2.4. Embarazo y depresión

Junto con la ansiedad, otra de las alteraciones emocionales que ha sido puesta de manifiesto en la mujer embarazada, según distintos estudios realizados por Bernazzani, Saucier, David y Borgeat, (1997); Bernazzani y Bifulco, (2003); Berthiaume, David, Saucier y Borgeat, (1998); Sánchez, Bermúdez y Buena-Casal, (2000); Fernández, Cabaco y Crespo, 2003; Fernández y Cabaco, 2004; Saraiva, (2006); Gutteling, de Weerth, Zandbelt, Mulder, Visser y Buitelaar, (2006) ha sido la sintomatología depresiva.

Según Rojtenberg, Sergio (2006, pág.431) el embarazo no protege contra la depresión. Existen datos actuales que muestran un riesgo elevado de recaída de la depresión durante el embarazo. Tampoco es un periodo de bienestar emocional idealizado, ya que más de un 10% de las gestantes son diagnosticadas con depresión.

Una revisión sistemática publicada en el 2004 mostró que la prevalencia de depresión en el embarazo es de 7,4%, 12,8% y 12%, para primero, segundo y tercer trimestre respectivamente según Bennet y colaboradores. Esto muestra que la prevalencia aumenta hacia el final del embarazo. Según datos de un estudio de cohorte realizado por Evans y colaboradores en 2001, los niveles de depresión durante el embarazo, fueron comparables a los encontrados en el postparto. Para

algunos autores, como Ryan y Cols., este hecho hace pensar en la posibilidad de la continuidad de la depresión desde el embarazo hacia el postparto.

Existen factores predisponentes para la depresión en el embarazo como problemas matrimoniales, ausencia de pareja, embarazo en adolescentes, embarazo no deseado, antecedentes personales y familiares de depresión, drogodependencia y mala situación socioeconómica.

El diagnóstico de depresión mayor en mujeres embarazadas puede resultar complicado por la presencia de las manifestaciones normales del embarazo y de la depresión, como alteraciones del sueño, libido y la energía. Por ello resulta útil jerarquizar síntomas tales como tristeza, anhedonía, culpa, desesperanza e ideas de suicidio.

2.5. Epidemiología de los trastornos afectivos en gestantes

La depresión es la cuarta causa de discapacidad en el mundo, según la OMS (2001), y las mujeres duplican la prevalencia en relación a los hombres OMS (2005). Esto se puede explicar teniendo cuenta una visión de género, donde existe no sólo un dimorfismo biológico sino también psicosocial. Las mujeres enferman en los períodos de cambios endocrino-hormonales, coincidiendo con su etapa fértil. El embarazo tradicionalmente fue considerado como un estado de plenitud, no obstante recientes investigaciones ponen en evidencia que hasta un 70% de las gestantes cursa con síntomas depresivos y / o ansiosos y la Depresión Materna Antenatal se registra entre un 10 al 16%.

Diferentes estudios multicéntricos demuestran que la relación hombre: mujer es 1:2, las mujeres inician a edades más tempranas la enfermedad que los hombres, coincidiendo con los periodos de cambios endocrino-hormonales, que son

considerados eventos vitales tanto para la mujer como para la familia. Es por ello que la menarca, el embarazo, el parto, el puerperio y la perimenopausia son etapas consideradas de mayor vulnerabilidad social, psicológica y biológica según Burt Vk (2004). También es conocido que la depresión en las mujeres suele manifestarse con mayor sintomatología somática (somatizaciones) y ansiosa (depresión especial tipo somática ansiosa) según Kroenke K. and RL Spitzer (1998) y Silverstein (2002).

Actualmente se considera que aproximadamente el 50% de la mujeres presentan depresión antenatal según Hayes, Reinhold y Bradley, (2001), frente a un 16% que la siguen padeciendo después del parto según Marcus, Barry, Flynn, Tandon y Greden (2001), y que en ambos casos puede ser prevenida con un seguimiento de la mujer durante el proceso del embarazo. El estilo depresivo previo al embarazo predice un nivel de depresión más elevado durante el tercer trimestre y si se asocia con falta de apoyo conyugal ó embarazo prolongado, aumenta la posibilidad de depresión 6 meses después del parto. Por otra parte las puntuaciones altas en depresión durante el primer trimestre están determinadas por factores psicosociales (situación económica, problemas de vivienda, situación laboral, etc.), síntomas fisiológicos (náuseas, vómitos, anorexia) factores obstétricos, falta de atención materna, embarazo no deseado, escaso apoyo conyugal y puntuaciones altas en neuroticismo según Canaval, González, Martínez- Schallmoser, Tovar y Valencia, (2000); Chacón, García y Flórez., (2000); Kroelinger y Oths, (2000); Chou y cols., (2003); Fernández y Cabaco, (2004) y Fernández, 2005.

La realización de estudios longitudinales muestra que existe una asociación entre la depresión prenatal y postnatal como lo puso de manifiesto el trabajo realizado por Josefsson, Berg, Nordin y Sydsjö (2001).

2.6. Depresión mayor antenatal

La depresión es una de las alteraciones emocionales que pueden acompañar a la mujer gestante. La evolución en el tiempo dependerá de factores personales (características psicológicas, estilos de afrontamiento, etc.) o sociodemográficas fundamentalmente. Dicha alteración negativa repercute a su vez en el proceso de adaptación al embarazo y como consecuencia en el proceso de vinculación afectiva con el niño, así como otros aspectos, tanto antes como después del nacimiento.

Un estudio realizado por la Dra.:Gobbi Silvina (2005), la depresión mayor antenatal, como síntoma es utilizado para describir un sentimiento de tristeza relacionada con una situación displacentera; como síndrome agrupa procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital. Ahora bien, como enfermedad implica un trastorno biológico en el cual se determinará etiología, clínica, curso, pronóstico y tratamiento.

Al hablar de depresión mayor antenatal también resulta relevante hacer mención de la Psiquiatría antenatal, este concepto proporciona el título al reciente libro de Cox y Holden (1994). Se trata de un concepto eminentemente dinámico que apunta a aprender los trastornos psíquicos parenterales y los del recién nacido o del bebé, no de manera independiente, sino dentro de un modelo interactivo en el cual cada uno de los participantes del vínculo puede no solamente encarnar, representar y figurar las dificultades del otro, sino además desencadenar e incluso inducir disfuncionamientos psicológicos o psicopatológicos de éste.

2.7. Manifestaciones clínicas de la depresión en gestantes

Según Katon W y Schulberg H (1992), en las gestantes hay síntomas como fatiga o problemas para conciliar el sueño, que son comunes entre las mujeres saludables durante el embarazo. Pero cuando se combinan con un sentimiento de tristeza o desesperanza, o interfieren con la habilidad para realizar actividades

diarias, es necesario realizar una evaluación de la paciente para determinar hasta qué puntos ciertas manifestaciones podrían ser parte de sintomatología depresiva.

Los síntomas que se presentan se pueden clasificar de la siguiente manera:

Síntomas psíquicos:

- Sentimiento de tristeza
- Pérdida de interés
- Anhedonia o dificultad en obtener placer
- Falta de concentración
- Alteraciones de la memoria
- Sensación de inutilidad y culpabilidad.
- Sensación de ruina.
- Auto reproches.
- Pensamiento de muerte.
- Irritabilidad, agitación, llanto excesivo.
- Fatiga.

Síntomas somáticos:

- Insomnio y despertar temprano.
- Astenia.
- Adinamia.
- Disminución o aumento del apetito y del peso.
- Disminución o pérdida de la libido.
- Sequedad de boca y de las mucosas en general.
- Alteraciones del tránsito intestinal.
- Enlentecimiento psicomotor o agitación.

Finalmente, los cambios de humor exagerados, con ciclos de depresión que alternan con periodos de felicidad extrema, acompañada de un aumento en la

actividad, poca necesidad de dormir o comer, pensamientos rápidos, comportamiento social inadecuado o poco sentido común, pueden indicar la presencia de una enfermedad seria que podría ir desde un trastorno bipolar hasta un cuadro ansioso o depresivo.

Asimismo Cohn y Tronick han descrito cuatro tipos de patrones interactivos de conductas entre madres deprimidas y su hijo:

- Según el primer patrón, las madres o gestantes deprimidas son tristes, lentas, silenciosas, y replegadas en sí mismas, con poca expresión afectiva.
- Según el segundo patrón, son madres coléricas, tensionadas particularmente en su rostro.
- Según el tercer patrón, son intrusivas, rudas e hiperestimulantes en cierto sentido.
- Según el último patrón, son madres que mezclan los signos de patrones anteriores evocados.

2.8. Criterios diagnósticos de depresión en gestantes

Según Gotlib y colaboradores (1999, p. 269), la investigación acumulada en los últimos 20 años se ha centrado más en la depresión postnatal, relegando a la depresión antenatal como una cuestión secundaria o de menor importancia. De ahí que en el DSM-IV se reconozca el inicio en el periodo postnatal de los desordenes del estado de ánimo pero no se hace referencia alguna a la depresión durante el embarazo, que si bien, no se trata de una entidad nueva ni emergente, está asociada a una serie de comorbilidades que comprometen el bienestar de la madre y su hijo.

La evidencia acumulada obliga a cambiar la vieja idea de que el embarazo protege a las mujeres contra los problemas mentales. La detección temprana de la

depresión antenatal reviste especial importancia ya que permite un control de los potenciales efectos adversos asociados tanto a la salud materna como al bienestar del ser no nacido.

En ausencia de indicadores de laboratorio, radiográficos, entre otros, el diagnóstico está basado en signos y síntomas clínicos. El DSM-IV proporciona un acercamiento descriptivo para permitir su diagnóstico, severidad y duración. Se considera la observación del comportamiento y el desenvolvimiento social.

Los mismos criterios son usados para el diagnóstico de depresión en gestantes. Sin embargo los criterios descriptivos del DSM-IV son amplios y el efecto del embarazo en la presentación y percepción de los signos y síntomas de la depresión no se ha tratado en este sistema de clasificación diagnóstica.

Según el DSM- IV la característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.

Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad

del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o «como en un pozo» (**Criterio A1**). En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista (p. ej., al señalar que el sujeto parece que esté a punto de llorar). En algunos sujetos que se quejan de sentirse «pasotas», sin sentimientos o ansiosos, la presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (p. ej., las molestias y los dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia).

Casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. Los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que «han perdido el interés» o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras (**Criterio A2**). Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones. En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual.

Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Otros, especialmente en la consulta ambulatoria, pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas (p. ej., dulces u otros hidratos de carbono). Cuando las alteraciones del apetito son graves (sea en la dirección que sea), puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso (**Criterio A3**).

La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio (**Criterio A4**). Es característico el insomnio medio (p. ej., despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (p. ej., despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse). También se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño). Menos frecuentemente, los sujetos se quejan de exceso de sueño (hipersomnias) en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el sujeto acude en busca de tratamiento.

Los cambios psicomotores incluyen agitación (p. ej., incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento (p. ej., lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo). (**Criterio A5**). La agitación o el enlentecimiento psicomotores deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva. Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga (**Criterio A6**). Una persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico. Incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo. Puede reducirse la eficacia con que se realizan las tareas.

Por ejemplo, un sujeto puede quejarse de que lavarse y vestirse por la mañana es agotador y de que tarda el doble de lo normal en él. El sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o sentimiento de culpa de culpa referida a pequeños errores pasados (**Criterio A7**). Estos sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de

responsabilidad por las adversidades. El sentimiento de inutilidad o de culpa puede tener proporciones delirantes (p. ej., un sujeto está convencido de que está personalmente implicado en la pobreza en el mundo). Es muy frecuente el autorreproche de estar enfermo o de no haber logrado cumplir con las responsabilidades laborales o interpersonales como resultado de la depresión, pero a no ser que alcance una magnitud delirante, esta queja no se considera incluíble dentro de este criterio.

Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones (**Criterio A8**). Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. Quienes tienen ocupaciones laborales o estudios que representan una exigencia intelectual suelen ser incapaces de funcionar adecuadamente, incluso aunque sólo tengan problemas leves de concentración.

Cuando el episodio depresivo mayor es tratado con éxito, suelen desaparecer los problemas de memoria.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas (**Criterio A9**). Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menos riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios (1 o 2 min) y recurrentes una o dos veces a la semana). Los sujetos con más riesgo suicida pueden haber comprado materiales (p. ej., una cuerda o un arma) para usarlos en la tentativa de suicidio y pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben que estarán solos y podrán así suicidarse. Si bien estos comportamientos están asociados estadísticamente con las tentativas de suicidio y pueden ser útiles para la identificación del grupo de alto riesgo, muchos estudios han

demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento un determinado sujeto deprimido va a intentar el suicidio. Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable.

No se realiza el diagnóstico de episodio depresivo mayor si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto (**Criterio B**). Los episodios mixtos se caracterizan por presentar síntomas tanto de un episodio maníaco como de un episodio depresivo mayor prácticamente a diario durante al menos 1 semana.

El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, pero hasta en los casos leves ha de haber un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (**Criterio C**). Si la incapacidad es grave, el sujeto puede perder su capacidad para relacionarse o trabajar. En casos extremos el sujeto puede ser incapaz de cuidar de sí mismo (p. ej., comer o vestirse) o de mantener una mínima higiene personal.

Es esencial una buena entrevista clínica para descubrir los síntomas de un episodio depresivo mayor. La información puede verse comprometida por los problemas de concentración, el deterioro amnésico o la tendencia a negar, quitar importancia o justificar los síntomas. La información de otras fuentes puede ser especialmente relevante para clarificar el curso de los episodios depresivos mayores actuales o pasados y para valorar si ha habido episodios maníacos o hipomaníacos.

Puesto que los episodios depresivos mayores pueden empezar gradualmente, la revisión de la información clínica centrada en los aspectos más graves del episodio actual puede ser útil para detectar la presencia de síntomas. La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando se

presentan en un sujeto que tiene además una enfermedad médica (p. ej., cáncer, accidentes vasculares cerebrales, infarto de miocardio, diabetes). Algunos de los criterios de un episodio depresivo mayor son idénticos a los síntomas y signos característicos de las enfermedades médicas (p. ej., pérdida de peso en la diabetes no tratada, fatiga en el cáncer).

Por definición, un episodio depresivo mayor no es debido a los efectos fisiológicos directos de las drogas (p. ej., en el contexto de una intoxicación por alcohol o la abstinencia de cocaína), a los efectos secundarios de los medicamentos (p. ej., corticoides) o a la exposición a tóxicos. Asimismo, el episodio no es debido a los efectos fisiológicos directos de ninguna enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo) (**Criterio D**). Además, si los síntomas empiezan antes de transcurrir 2 meses de la pérdida de un ser querido y no persisten más allá de estos 2 meses, generalmente se consideran resultado de un duelo, a menos que estén asociados a un deterioro funcional importante o incluyan preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor (**Criterio E**).

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 mencionan diez síntomas, a diferencia del DSM-IV (donde la pérdida de autoestima constituye un síntoma diferente del sentimiento inapropiado de culpabilidad). La CIE-10 contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo mayor: un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve; de 6 de 10 síntomas, el nivel moderado, y de 8 de 10, el nivel grave. Además, el algoritmo diagnóstico también es distinto, ya que la CIE-10 requiere la presencia de al menos 2 de los 3 síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y pérdida de energía, para los episodios depresivos de carácter leve y moderado, y los 3 síntomas para los episodios graves.

La definición de la CIE-10 de los episodios con síntomas psicóticos excluye la presencia de síntomas de primer nivel y delirios extraños.

Criterios para el episodio depresivo mayor a. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer. (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. (4) insomnio o hipersomnia casi cada día, (5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido) (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo) (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena) (9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

b. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

c. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

d. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

e. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

2.9. Factores de riesgos asociados a depresión antenatal

Según Ryan D., Milis (2005) los factores de riesgo asociados a la depresión antenatal pueden ser biológicos o psicosociales. Dentro de los factores biológicos se encuentran los antecedentes por parte de la mujer de: desordenes del estado ánimo, desordenes de ansiedad, depresión postnatal, desorden disfórico premenstrual y enfermedad psiquiátrica familiar. Dentro de los factores de riesgo psicosociales se encuentran: historia de abuso durante la infancia, edad temprana del embarazo, embarazo no planificado, ambivalencia de sentimientos en relación al embarazo, maternidad soltera, paridad, limitado apoyo social (el cual no es unidimensional sino multidimensional ya que involucra diversos aspectos referidos al apoyo como apoyo emocional afectivo y las relaciones sociales de la persona), violencia doméstica o conflictos de pareja, bajos niveles de educación y desempleo, abuso de sustancias y hábito de fumar.

2.10. Medicación antidepresiva y embarazo

Según Rojtenberg, Sergio (2006, pág. 431) la depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente durante el embarazo y el puerperio. Según la guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con depresión (2008), la prevalencia de la depresión en mujeres es de 5 a 9% y el riesgo de que desarrollen depresión a lo largo de la vida es de 10 a 25 %; de acuerdo a la edad las tasas más altas se presentan entre los 15 y 30 años, es decir en la etapa reproductiva del ciclo vital femenino.

Y contrario a lo que se pensaba, el embarazo no protege contra los trastornos del estado de ánimo ni los de ansiedad. Aproximadamente un 7% de las mujeres cursa con depresión durante el embarazo y un 10.4 % después del parto. A pesar de que el riesgo de recurrencia aumenta al suspender el tratamiento antidepresivo, a las mujeres

embarazadas se les trata con menos fármacos (67,2%) que antes de embarazarse (77,4%) o en el periodo postparto (81,5%).

La depresión no tratada impide que la mujer realice sus actividades cotidianas, establezca un lazo afectivo con su bebé y mantenga una relación apropiada con su pareja. El embarazo en las mujeres con depresión preexistente conlleva a interrumpir la continuidad del tratamiento antidepressivo. Para algunas mujeres el parto y el periodo posterior representan una circunstancia estresante que puede precipitar un primer episodio depresivo. El 56,4% de las mujeres que presentan depresión en el embarazo habían cursado depresión meses antes. Y el 54,2% de las mujeres con depresión postparto habían cursado con depresión previa o durante el embarazo.

2.11. Tratamiento farmacológico de la depresión

Según Rojtenberg (2005), cuando los síntomas son graves y comprometen la vida de la madre y del feto se recomienda el uso de antidepressivos; por ende cuando los riesgos del trastorno sobrepasan los riesgos de la farmacoterapia se considera el uso de antidepressivos. De lo contrario al no medicar, se expone a la madre a la prolongación del estado depresivo, lo que deviene en un pobre cuidado, mala nutrición, deterioro y empeoramiento de la relación marital, falta de cuidado prenatal y perinatal, incremento de la ingesta de drogas y fármacos. Según Bonari y colaboradores (2005), existe evidencia que la depresión, en forma directa puede afectar el crecimiento fetal a través de un aumento de la actividad del eje hipotálamo-hipofisario- suprarrenal también podría aumentar la secreción de hormona liberadora de corticotrofina placentaria (CRH), que influye en el tiempo del parto. La CRH y la ACTH (Hormona adrenocorticotropa) aumentadas podrían afectar la producción de linfocitos T y mastocitos. Las citocinas ejercen un efecto protector en el embarazo, un cambio en el balance positivo podría activar la coagulación provocar vasculitis y afectar el aporte sanguíneo materno al embrión, provocando abortos espontáneos.

El riesgo debido a la medicación puede considerarse en tres etapas:

a.- **Riesgo gestacional:** la exposición al fármaco durante el primer trimestre, puede producir malformaciones o aborto espontáneo.

b.- **Riesgo neonatal:** la exposición al fármaco en el último trimestre y durante el parto puede producir disfunciones en el neonato.

c.- **Riesgo de teratogénesis conductual:** por las características de desarrollo y maduración del sistema nervioso central la exposición durante cualquier etapa del embarazo a los psicofármacos podría producir alteraciones del neurodesarrollo infantil.

Relación riesgo beneficio:

a.- Evaluar los riesgos de la enfermedad no tratada en función de la severidad del cuadro, es decir, los síntomas actuales, los antecedentes de recurrencia y la severidad de episodios anteriores.

b.- Considerar la posibilidad de riesgo no farmacológico como la psicoterapia, si es leve.

c.- Evaluar el riesgo de usar medicación en función del riesgo teratogénico.

d.- Minimizar el riesgo de exposición implica usar la mínima dosis efectiva (siempre que sea terapéutica) y si es posible usar el fármaco que haya sido útil en episodios anteriores, ya que esto disminuye el riesgo de exposición fetal. Si hubiera que cambiar medicamentos durante el embarazo por falta de eficacia significaría que estamos exponiendo al feto a más factores potencialmente lesivos, además de la enfermedad activa.

e.- Todos los antidepresivos atraviesan la placenta, pero lo hacen en distinta medida, un estudio midió el pasaje placentario de varios IRSS inmediatamente después del parto, observando que todos presentaban menor concentración en la

sangre del cordón umbilical que en la sangre materna. La sertralina fue la que tuvo la menor tasa de pasaje, seguida por la paroxetina, la fluoxetina y el citalopram.

f.- Asesoramiento de la paciente y su entorno en cuanto a la evidencia disponible con respecto a la medicación en el embarazo, a fin de tomar la decisión adecuada al caso y que será documentada en la historia clínica. Esto permite disminuir la percepción de riesgo que muchas veces lleva a la interrupción brusca del tratamiento en curso y a consecuentes recaídas.

En general, la decisión acerca de que antidepresivo usar no se basa sólo en las características del medicamento sino en una evaluación exhaustiva del cuadro de la paciente y sus tratamientos anteriores. La mejor alianza para este periodo se constituye con la pareja conyugal, el psiquiatra y el obstetra. Según la guía de la asociación de América latina para el tratamiento de las personas con depresión (2008) al administrar psicofármacos a una paciente embarazada hay que considerar que estos son moléculas pequeñas, liposolubles en lípidos que como se menciono anteriormente atraviesan la barrera placentaria (Hendrick y cols., 2003).

Alwan publicó en 2007 un estudio que realizó de 1999 a 2003 en más de 100 mil mujeres, encontró que 8,7% habían tomado antidepresivos, 6,2% IRSS, las mujeres caucásicas mayores de 25 años y de nivel educativo alto fueron las que más los utilizaron, en 1999 el 5,7% de las mujeres que dieron a luz habían recibido antidepresivos y en 2003 la frecuencia había subido a 13,4% principalmente IRSS y los antidepresivos, más usados son la Sertralina y la Fluoxetina, seguidas de la Paroxetina y el Citalopram (Cooper y Cols., 2007).

Sin embargo han ido apareciendo reporte de complicaciones en los recién nacidos cuyas madres han recibido tratamiento antidepresivo durante el embarazo. Louik en 2007 publicó un artículo en el que encontró que:

- De 115 recién nacidos con craneosinostosis, 2 (1,7%) de ellos estuvieron expuestos a IRSS, uno Sertralina y uno Paroxetina.

- De 127 recién nacidos con onfalocele, 3 (2,4%) de ellos estuvieron expuestos a IRSS.

-De 214 con anencefalia, 9 estuvieron expuestos a los IRSS.

Rahimi en 2005 en un estudio de metanálisis concluye que aunque los IRSS no aumentan la frecuencia de malformaciones, si se ha asociado a malformaciones específicas: la sertralina se asocia a mayor riesgo de onfalocele, defectos del septum cardiaco y anencefalia; la fluoxetina a craneosinostosis y defectos cardiacos y la paroxetina a defectos cardiacos, gastroquisis, defectos del tubo neural y también a onfalocele y anencefalia.

TABLA 1 ANTIDEPRESIVOS Y EMBARAZO

Medicación	Riesgo Gestacional	Riesgo neonatal	Riesgo en neurodesarrollo	Comentarios
Inhibidores de la Recaptación de Serotonina (IRSS)	Como grupo no parecen asociarse a un aumento de malformaciones.	Síndrome neonatal transitorio (dificultad respiratoria, inquietud, agitación, hipotonía, rigidez, temblor).	En general, sin efectos reportados; pocos datos la asocian con alteraciones en el desarrollo motor y menor reactividad al dolor.	Considerar la posibilidad de disminuir y suspender en el tercer trimestre, teniendo en cuenta el riesgo de depresión en esta etapa y en el posparto. Control neonatal cercano.

Fluoxetina (FXT)	Es la que tiene más datos en estudios y reportes, no asociada con malformaciones mayores.	Síndrome neonatal transitorio.	No parece producir alteraciones (pocos datos)	Si bien es la que tiene mayor pasaje placentario, la evidencia disponible la ubica como relativamente segura en el embarazo
Paroxetina (PXT)	Mayor prevalencia de malformaciones (4%) y malformaciones cardiovasculares (2%).	Síndrome neonatal transitorio.	No hay datos	Según estos datos, sería preferible optar por otro antidepresivo para usar en etapas iniciales del embarazo
Sertralina (STL)	Pocos datos, sin asociación con malformaciones	Síndrome neonatal transitorio	No hay datos	Es la que tiene menor pasaje placentario, podría ser una buena opción a pesar de no tener muchos datos
Citalopram (CIT)	Pocos datos, sin asociación con malformaciones	Síndrome neonatal transitorio	No hay datos	Puede ser una alternativa de uso

Venlafaxina (VFX)	No asociada con malformaciones, leve aumento de aborto espontáneo	Síndrome neonatal transitorio	No hay datos	Hay muy pocos datos para delinear conclusiones
Antidepresivos Tricíclicos (ADTC)	No parecen asociados con riesgo de malformaciones	Síndrome neonatal de abstinencia y toxicidad anti colinérgica.	Hay algunos datos que no muestran alteraciones del desarrollo.	No son de elección, pero siempre debe considerarse el riesgo de la enfermedad ante un eventual cambio de fármaco. Es preferible usar nortriptilina o desipramina (menos anti colinérgicos)
Mirtazapina (MTZ)	Reportes aislados sin malformaciones	No hay datos	No hay datos	Insuficiente cantidad de datos
Bupropion (BPR)	Un estudio prospectivo sin asociación con malformaciones, posible asociación con aborto espontaneo	No hay datos	No hay datos	Insuficiente cantidad de datos

Fuente: Trastornos afectivos, mujer y función reproductiva (elaborado por Rojtenberg, Sergio, 2006).

2.12. Tratamiento no farmacológico de la depresión

Información y educación: Hay que informar al paciente y a su familia acerca de la enfermedad. Se trata, por un lado, de establecer una relación fructífera entre el paciente y el profesional, una relación de confianza estable en el tiempo y que permita, en segundo lugar, una aproximación conjunta a la comprensión de las vivencias psicológicas que son motivo de sufrimiento. El médico debe acompañar y reforzar, el yo frágil de la paciente, apoyándose en el establecimiento de esa relación de confianza.

Resumen de las recomendaciones sobre la información específica para el paciente y su familia, recogidas en el esquema de la CIE- 10:

- La depresión es una enfermedad frecuente, para la que disponemos de un tratamiento. La mayoría de los pacientes se recuperan sin secuelas.
- La enfermedad no está causada por una dejadez o pereza de orden moral.
- Conviene preguntar abiertamente sobre el riesgo de suicidio y los planes al respecto si los hubiera, las ideas de suicidio surgen como resultado de la propia enfermedad y no son un síntoma de locura. Puede ser necesario pedir una estrecha vigilancia por parte de familiares o amigos.
- La ideación pesimista está promovida por el estado depresivo. Evitar tomar decisiones importantes en esas condiciones.
- No forzar u obligar al paciente a actividades personales, sociales, laborales, para las que no se ve capacitado. Al mejorar su estado podrá reanudarlas.
- La depresión también puede conllevar una inapetencia sexual, junto a una vivencia de incapacidad para amar y ser amado.

- Reforzar las estrategias de afrontamiento del paciente ante hechos de la vida cotidiana. Subrayar los cambios positivos.

Psicoterapia de apoyo: Es imprescindible como complemento a los antidepresivos en cualquier estrategia de tratamiento de la depresión. Además de la información y orientación ya mencionada, se busca el refuerzo de las defensas del aparato psíquico del paciente; favorecer la búsqueda de apoyo emocional en otras personas cercanas; empatía del médico hacia la experiencia subjetiva del paciente. Es útil en todas las depresiones, tanto para explicar el proceso al paciente como para mejorar la capacidad de afrontamiento de la enfermedad por parte de la familia; en general, se debe insistir en el carácter transitorio del problema y en la probabilidad de recuperación, evitando la toma de decisiones importantes y destacando los progresos según se vayan produciendo.

Psicoterapias psicodinámicas breves: (Malan, Sifneos, Davanloo) La psicoterapia psicoanalítica explora la presencia de una vida intrapsíquica que permanece inconsciente para el paciente y que está en el origen de sus síntomas. Estos serían el resultado emergente de la confrontación entre las defensas del paciente y sus impulsos. La psicoterapia trata de esclarecer y sacar a la luz de la conciencia esta dinámica intrapsíquica.

Psicoterapia interpersonal: (Klerman, Weissman). El proceso psicoterapéutico se enfoca en el análisis de los síntomas en cuanto surgen en el contexto de los roles o comportamientos que adopta el paciente en sus relaciones interpersonales.

Los objetivos principales son:

- Reducir los síntomas y el estrés, intentando aumentar la autoestima.

- Ayudar al paciente a encontrar estrategias más eficaces para afrontar los problemas y mejorar la relación con el medio.
- Reducir la utilización inadecuada de los servicios sanitarios.

Se lleva a cabo a lo largo de unas seis sesiones de media hora de duración cada una, con periodicidad cada una, centrándose en la problemática actual más importante que ha desencadenado el cuadro y en el funcionamiento social.

Terapia cognitiva (Beck) y cognitivo-conductual: La psicoterapia conductual pretende la modificación de algunas pautas de conducta, a partir del análisis funcional del comportamiento, prescindiendo del mundo intrapsíquico. Son varias las técnicas que han surgido de esta orientación terapéutica: relajación, entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, técnicas de exposición a los factores estresantes, etc.

La psicoterapia cognitiva resalta la importancia en las cogniciones: pensamientos disfuncionales de culpa, inferioridad, visión negativa de sí mismo y del entorno, promover un cambio en estas cogniciones es un elemento esencial en el tratamiento de la depresión y en la prevención de sus futuras recaídas.

Los objetivos principales que persigue son tres:

- Identificar y contrastar las cogniciones o pensamientos negativos.
- Desarrollar esquemas interpretativos alternativos más flexibles.
- Aprender mediante repetición nuevas respuestas cognitivas y conductuales.

Se lleva a cabo de una forma muy estructurada, siendo el trabajo en equipo con el médico fundamental, aunque manteniendo siempre la distancia terapéutica. Forma parte de este tipo de terapia el registro de los sentimientos, pensamientos y acciones

en una agenda así como la asignación de tareas concretas para el día a día, entre otros componentes.

2.13. Lactancia materna y medicación antidepresiva

Según Rojtenberg, Sergio (2006, pág. 439), la depresión postparto requiere tratamiento, ya que sus consecuencias sobre la madre y el niño son importantes: una madre deprimida tendrá problemas en establecer el vínculo con el bebé y esto generará dificultades en su desarrollo. Es probable que haya que utilizar un antidepresivo. Si la decisión es mantener la lactancia, deberá considerarse el riesgo de exposición del lactante a la medicación que tomará la madre.

Todos los antidepresivos pasan a la leche materna pero las consecuencias que tienen en ella son variables. Los factores que influyen sobre el riesgo de exposición del lactante incluyen las características de la droga (liposolubilidad, peso molecular, unión a proteínas, vida media), la dosis que se usa en la madre, el patrón de succión del bebé y su posibilidad de metabolizar y eliminar los fármacos. En función de esto, el dato más preciso lo aportan los estudios que miden la concentración plasmática en el lactante.

Una revisión publicada en 2004 analizó los datos disponibles acerca de la exposición de lactantes a los antidepresivos. Los niveles más bajos detectados en el plasma del lactante fueron para la nortriptilina, paroxetina y sertralina, mientras que el más elevado fue para la fluoxetina, especialmente en aquellos casos que habían tenido exposición prenatal. En cuanto al citalopram, se detectaron niveles elevados en algunos bebés, en relación directa con niveles plasmáticos altos en las madres. Los autores concluyen que, a pesar de la escasez de datos, es posible considerar el uso de algunos antidepresivos en madres que amamantan. En cuanto a los efectos a largo

plazo, no hay suficiente cantidad de datos como para sacar conclusiones, solo algunos estudios que no muestran alteraciones.

Además de las particularidades de cada antidepresivo, hay pautas generales que pueden utilizarse para reducir el riesgo de exposición del bebe a través de la lactancia.

1. Disminuir todos los otros factores que puedan afectar al bebe: cuidado de la madre, otros medicamentos, alcohol, cigarrillo, etc.
2. Elegir el antidepresivo en función de:
 - Los datos de seguridad disponibles
 - Si es posible, el que haya resultado útil en episodios anteriores
 - Si es posible, el que se haya usado durante el embarazo
3. Consultar con el pediatra y realizar una evaluación basal del bebé
4. Alertar a la madre sobre posibles efectos en el bebé
5. Tomar la medicación inmediatamente después de amamantar o antes del periodo mas largo de sueño del bebé.
6. Extracción de leche 8-9 horas luego de la medicación
7. Combinar con biberón para minimizar el riesgo y mantener la lactancia.

214. Curso y pronóstico de la depresión en gestantes

El DSM-TR explica que los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience un episodio depresivo mayor completo, puede haber un período prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que puede durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio. En la mayoría de los casos hay una remisión completa de los síntomas y la actividad

retorna al nivel premórbido. En una proporción considerable de casos (quizá el 20 o el 30 %), algunos síntomas depresivos que son insuficientes para cumplir totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor persisten durante meses o incluso años y se asocian a incapacidad o malestar. La remisión parcial después de un episodio depresivo mayor parece ser predictora de un patrón parecido para episodios posteriores. En algunos sujetos (5-10 %), se siguen cumpliendo totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor durante 2 o más años.

2.15. Herramientas para el diagnóstico de la depresión gestacional

Según Alarcón, Renato (2005, pág. 1051), la evaluación clínica involucra una observación sistemática y una recolección de información del individuo o grupos de individuos. Las observaciones que se hacen, así como la información recolectada, deben ser consistentes (confiables y validas) para que los datos que se obtengan des éstas posean valor científico.

Uno de los problemas que se presentan en el trabajo clínico y de investigación en psiquiatría es el relativo a la confiabilidad del diagnóstico. Las causas de la variación en la evaluación pueden conceptuarse tomando en cuenta dos aspectos: en primer lugar, existe la influencia de las características del psiquiatra, sobre su práctica diagnóstica (por ejemplo sus concepciones teóricas, su experiencia personal, su influencia interpersonal, su clase social, etc.)

En segundo lugar, influyen los elementos del proceso diagnóstico, cuya variación puede modificar el diagnóstico en sí. Entre estos pueden mencionarse la técnica de la entrevista, la percepción de la psicopatología, la importancia atribuida a los síntomas y las diversas áreas de información que contribuyen con el diagnóstico.

Por medio del empleo de entrevistas estructuradas, escalas de evaluación o cuestionarios, el clínico puede recolectar información en forma estandarizada o utilizar la misma información como base para sus evaluaciones.

Estos instrumentos o escalas de evaluación han estado sujetos a estrictas pruebas estadísticas para demostrar que son instrumentos confiables y validos para el uso clínico.

Estos instrumentos son de diversos tipos, por ejemplo; entrevistas psiquiátricas estructuradas (diagnosticas), escalas de evaluación por auto reportes y escalas de evaluación por medio de entrevista, o escalas de evaluación por el observador. Dentro de esta variedad de instrumentos, es importante señalar que algunos de ellos se han diseñado de modo propositivo para establecer diagnósticos y, por ende, son diferentes de las escalas diseñadas para cuantificar la patología. En este sentido, la información derivada de estos instrumentos siempre estará limitada al área para la cual fueron creados, y su utilización para otros fines no tendrá la misma confianza. En la actualidad existen varios miles de escalas de evaluación para psicopatología disponibles. En primer lugar, es importante tener presente cuales deben ser los criterios para seleccionar el instrumento más adecuado y lograr, así, los fines propuestos. En este sentido, deben considerarse algunos problemas frecuentes en la investigación clínica, así como algunos aspectos estadísticos. En segundo lugar, no todos estos instrumentos han sido traducidos y evaluados clinimetricamente en español, lo cual hace difícil tener la confianza en que funcionan similarmente a los instrumentos originales creados en otras lenguas.

Lo ideal sería no sólo el contar con instrumentos desarrollados en otros sitios debidamente adaptados a nuestro lenguaje y nuestra cultura, sino también, el desarrollar nuestros propios instrumentos clinimetricos, labor que desde luego resulta muy compleja, pero que no debe olvidarse.

2.16. Embarazo y ansiedad

Según Restrepo, María (2006), la ansiedad es un elemento que nos acompaña a través de nuestra vida, especialmente en aquellos momentos y etapas de mayor relevancia, como la gestación. Esta emoción incide de manera importante en el comportamiento humano pudiendo afectar el funcionamiento del organismo, dependiendo del grado de intensidad en que se manifiesta.

La mujer en proceso de gestación atraviesa un momento de suma importancia en su vida, considerado gracias a sus características como una etapa crítica. La mujer experimenta un cambio de roles con su consecuente reestructuración de la identidad, se convierte de hija en madre cuando es primípara; se transforman las redes de comunicación y relación familiar con la espera y llegada del nuevo miembro, no es lo mismo ser madre de un hijo que de dos o más; hay un incremento en las responsabilidades que afecta el desenvolvimiento tanto de la relación de pareja como de los aspectos social y económico.

La gestación es una etapa de transición en la vida de la mujer, donde debe realizar un proceso de adaptación a la situación nueva que se le va presentando a lo largo de la gravidez, y continúa modificándose incluso después de que el niño nace. Esto la hace vulnerable y necesitada de apoyo para poder atravesar su embarazo de manera enriquecedora y constructiva, y lograr establecer un buen vínculo con su hijo, del cual dependerá en gran medida el desarrollo físico y psicológico de la criatura.

Los sentimientos, expectativas y emociones que la gravidez moviliza generando ansiedad tienen incidencia tanto de material inconsciente como de aspectos relacionados con la situación histórica y actual de la gestante. Deben tenerse presente la interacción de diferentes factores tales como la historia personal de la mujer; el

contexto y condiciones en que la gravidez se ha presentado; las condiciones de desarrollo de la gestación, el contexto socio- económico en que se encuentra la gestante; y el contexto asistencial al que la mujer tiene acceso. Cada uno de estos aspectos al entrelazarse con los demás configura la vivencia de la gestante y los medios con los que la misma pueda afrontarla.

Ansiedad y angustia

Aun cuando algunos autores establecen distinciones entre ansiedad y angustia (aquella básicamente caracterizada por fenómenos subjetivos, a los que se añaden en ésta signos físicos eventualmente mensurables). De manera muy general, angustia engloba un espectro de respuestas emocionales que van desde la adaptación como proceso biopsicosocial normal hasta la presencia de sintomatología clínica, en algunos casos, invalidantes.

La angustia como fenómeno emocional o síntoma clínico es, quizás, el más frecuente en la población general. Se dice que hasta un 20% de cohortes supuestamente sanas han experimentado ansiedad en un momento u otro de su existencia. La más reciente encuesta epidemiológica comunitaria en los Estados Unidos (Epidemiological Catchment Area Survey ECA, 1984) revelo que los trastornos de angustia habían sobrepasado a los depresivos con los más frecuentes en la población general.

Los trastornos de angustia se caracterizan, de modo general, por sensaciones subjetivas de tensión más o menos intensa e intranquilidad difusa, un estado consciente y comunicable de premoniciones penosas, no necesariamente relacionadas a amenazas externas. En ocasiones, la angustia alcanza niveles extremos de pánico o terror con agitación psicomotriz a veces incontrolable. Estos estados pueden inducir extensos cambios fisiológicos, desencadenando respuestas somáticas y viscerales

mediadas por, entre otros, el sistema nervioso autónomo y el sistema hipotalámico-pituitario-endocrino. las situaciones precipitantes pueden simbolizar, en ciertos casos, conflictos o impulsos inconscientes.

La angustia puede ser entonces tanto un estado emocional transitorio como una causa subyacente de determinadas conductas, un instinto o impulso, una respuesta situacional, un rasgo de personalidad, un síntoma de entidades clínicas variadas o un trastorno psiquiátrico definido. Hoy en día, se habla incluso de ansiedad condicionada (respuestas autonómicas mediadas por mecanismos cerebrales), psicogénica (con dinámica inconsciente añadida) y somatogénica (con claras manifestaciones conductuales y un alto grado de compromiso fisiológico global). Sheehan ha postulado la existencia de ansiedad exógena (fobias) y ansiedad endógena (pánico y ansiedad generalizada). los investigadores biológicos han identificado una variedad de compuestos con metabolismo alterado (esteroides endógenos) o aquellos cuya interacción con sistemas neurotransmisores, tales como el ácido gamma amino butírico (GABA), permite la formulación de posibles mecanismos patogénicos.

2.17. Epidemiología de los trastornos ansiosos en la mujer

Según la OMS (2005), en muchos grupos de población subatendidos, las mujeres tienen considerables necesidades en lo relativo a la salud mental. Sin embargo, hasta hace pocos años, la concepción de la salud mental de la mujer y especialmente en las gestantes había sido muy limitada, al igual que los intentos de protegerla y promoverla. Cuando se han tratado asuntos referentes a la salud de la mujer en estas poblaciones, las actividades se han centrado principalmente en cuestiones relacionadas con la reproducción, tales como la planificación de la familia y la procreación, pero apenas se ha prestado atención a la salud mental.

La OMS (1995), las mujeres son fundamentales en todas las esferas de la sociedad. Sin embargo, debido a la gran cantidad de funciones que han de desempeñar en la misma, corren un mayor riesgo de padecer problemas mentales que el resto de los miembros de su comunidad. Las mujeres han de asumir la gran responsabilidad que entraña el hecho de ser esposas, madres y cuidadoras de los demás. Constituyen una parte cada vez más esencial de la población activa. De hecho, entre un cuarto y un tercio de los hogares cuentan con ellas como principal fuente de ingresos.

Además de estar sometidas a múltiples presiones, las mujeres han de enfrentarse a la discriminación por motivos de género y a sus consecuencias, tales como la pobreza, el hambre, la malnutrición y el trabajo excesivo. Una manifestación extrema, pero frecuente, de la desigualdad entre los sexos es la violencia sexual y doméstica contra las mujeres. Estas formas de violencia sociocultural contribuyen a la elevada prevalencia de los problemas mentales en las mujeres.

Las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad, así como del agotamiento psicológico, son más elevadas en el caso de las mujeres que en el de los hombres. Estos datos coinciden en una serie de estudios realizados en diferentes países y asentamientos por Desjarlais et al, (1995). Además de ser más propensas a la ansiedad, las mujeres corren un mayor riesgo de padecer trastornos obsesivo-compulsivos, somáticos y de pánico según Russo (1990). Las diferencias entre los sexos en lo relativo a los trastornos mentales se aprecian claramente en el caso de la depresión. Los datos obtenidos en un estudio realizado por el Banco Mundial (1993) revelan que, en los países en desarrollo, aproximadamente el 30% de los casos de discapacidad por trastornos neuropsiquiátricos en las mujeres se debe a la depresión y trastornos de ansiedad, mientras que en el caso de los hombres la proporción es de 12,6%. La disparidad entre las tasas correspondientes a los hombres y las relativas a las mujeres suele ser aún más pronunciada en los grupos de población subatendidos.

2.18. Etiopatogenia

Abundan las teorías o hipótesis psicogenéticas en relación al trastorno de ansiedad generalizada. El psicoanálisis conceptúa la ansiedad, como el síntoma neurótico nuclear, expresión de conflictos intrapsíquico no resueltos o de represión sexual (Freud); de agudos sentimientos de inferioridad (Adler); de inseguridad (Horney) o expresión de cogniciones no verbales (Jung). En la vertiente conductual, la ansiedad reflejaría la imposibilidad de evitar un estímulo estresante (Mowrer) o una cognición defectuosa (Beck). La corriente existencialista conceptúa la ansiedad como respuesta a amenazas al sistema de valores del individuo (May).

En las dos últimas décadas se ha formulado teorías etiopatogénicas de la ansiedad basadas en investigaciones genéticas y de laboratorio. Dentro de estas últimas se ha confirmado el importante rol que juegan estructuras tales como la corteza frontal, el sistema límbico (particularmente el segmento septal-hipocámpico) los núcleos del rafe central y el locus ceruleus. Se ha avanzado bastante en delinear posibles efectos ansiolíticos de los receptores gabaérgicos; es probable, sin embargo, que otros sistemas tales como el noradrenérgico y el serotoninérgico tengan también participación activa. La infusión experimental de ácido láctico como agente ansiogénico tiene importancia pato genética y diagnóstica, al igual que el uso de cafeína y agonistas inversos tales como la betacarbolinas.

2.19. Criterios diagnósticos de ansiedad en gestantes

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesivas (expectación aprensiva) que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones (**Criterio A**). El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación (**Criterio B**). La ansiedad y la preocupación se acompañan de

al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (en los niños basta con la presencia de uno de estos síntomas adicionales) (**Criterio C**). Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos del Eje I, como el temor a sufrir una crisis de angustia (trastorno de angustia), el miedo a quedar mal en público (fobia social), a contraer una enfermedad (trastorno obsesivo-compulsivo), a estar alejado de casa o de las personas queridas (trastorno por ansiedad de separación), a engordar (anorexia nerviosa), a tener múltiples síntomas físicos (trastorno de somatización) o a padecer una grave enfermedad (hipocondría) y la ansiedad y la preocupación no aparecen únicamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático (**Criterio D**).

Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad (**Criterio E**). Esta alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos o tóxicos) o a una enfermedad médica general y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (**Criterio F**).

La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temidos. A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquellas completamente. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada acostumbran a preocuparse por las circunstancias normales de la vida diaria, como son las posibles responsabilidades laborales, temas económicos, la salud de su familia, los pequeños

fracasos de sus hijos y los problemas de carácter menor (p. ej., las faenas domésticas, la reparación del automóvil o el llegar tarde a las reuniones). Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse por su rendimiento o la calidad de sus actuaciones. Durante el curso del trastorno el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otros.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el trastorno de ansiedad generalizada exigen la presencia de 4 síntomas de 22 (entre los cuales se incluyen 5 de los 6 síntomas que contiene el DSM-IV).

a. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

b. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

c. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

d. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la

preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

e. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

f. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

2.20. Tratamiento farmacológico de la ansiedad en gestantes

Benzodiacepinas: aunque la medicación más estudiada en su eficacia para este trastorno es el Alprazolam, otras como el Clonazepam, Diazepam y el Loracepam son igualmente eficaces para su tratamiento. La ventaja de las benzodiacepinas está en la rápida respuesta y control de la sintomatología ansiosa. Aunque la respuesta terapéutica sea indiscutible, la recomendación es utilizarlas en combinación con medicamentos antidepresivos y limitar su medicación a un máximo de 6 semanas, luego bajar lentamente la dosis y suspender. Si bien las investigaciones señalan que en general no hay indicio acerca de aumentos sucesivos en las dosis de las benzodiacepinas, si la hay en cuanto a la imposibilidad de interrumpirlas por los fenómenos de rebote, en suma por cuadros de abstinencias, este es un motivo suficiente para desalentar el uso habitual o prolongado de dichos fármacos.

2.21. Tratamiento no farmacológico de la ansiedad en gestantes.

La psicoterapia cognitivo conductual provee elementos para que la persona sea capaz de controlar la sintomatología y su eficacia está comprobada el tratamiento incluye la reestructuración cognitiva centrada en la corrección de las malinterpretaciones catastróficas de sensaciones corporales, corrección de sobre generalizaciones y exposición a indicadores de temor.

Los esquemas de psicoterapias breves tienen objetivos más a corto plazo y más centrados en el problema específico del paciente se enfocan en dificultades de las relaciones interpersonales actuales del sujeto y no en las relaciones objéales tempranas.

Manejo ambiental: bajo el manejo ambiental están agrupados los grupos de autoayuda y los grupos psicoeducativos. El propósito de estos tratamientos es ofrecer conocimientos acerca de los psicofármacos, los síntomas premonitorios, técnicas de relación, métodos de convivir, tolerar o sobrevivir al estrés cotidiano y con los grupos de autoayuda, un medio receptivo que aumenta la estrecha red de apoyo que todo ser humano necesita y en especial en las mujeres embarazadas que representan un grupo especial.

GLOSARIO DE TERMINOS

- **Acetilcolina:** Neurotransmisor de todas las fibras parasimpáticas posganglionares y de unas cuantas simpáticas postganglionares.

- **Adinamia:** Falta de energía física y emocional por debilidad psicodinámica.

- **Agripnia:** Privación del sueño.

- **Alexitimia:** Incapacidad para describir el estado de ánimo mediante palabras.

- **Anhedonia:** Incapacidad para experimentar placer.

- **Astenia:** Falta o pérdida de fuerza o energía.

- **Ciclo:** Tiempo transcurrido entre el inicio de un episodio hasta el inicio del siguiente. Incluye un episodio y el intervalo que le sigue.

- **Corticoides:** Hormona, natural o sintética, secretada por la corteza adrenal

- **CRH:** Hormona liberadora de corticotrofina placentaria.

- **Craneosinostosis:** Osificación prematura de las suturas craneanas.

- **Curso:** Conjunto de signos y síntomas debidos a la depresión que se presenta a lo largo de la vida y pueden ser variables.

- **Dimorfismo:** Conjunto de caracteres no indispensables para la reproducción y que permiten distinguir a los dos sexos de una especie.

- **Egodistónico:** Representan los elementos de la conducta, pensamientos, impulsos y actitudes de una persona que no son aceptables para uno mismo y son causa de ansiedad.

- **Episodio:** Periodo del tiempo durante el que el paciente presentan los síntomas que satisfacen los criterios diagnósticos.

- **Gastrosquisis:** Defecto congénito caracterizado por cierre incompleto de la pared abdominal con protrusión de las vísceras.

- **Hipersomnia:** Somnolencia extrema que suele acompañarse de letargia.

- **Ideas deliroides:** Ideas irracionales y totalmente creídas por el paciente que pertenece a ellas. Es una idea engendrada psicológicamente (No tiene conexión con

nada) y que el individuo se cree totalmente. El delirio no tiene comprensibilidad psicológica.

- **Introyección:** Mecanismo de defensa inconsciente por el cual un individuo incorpora a la estructura de su propio ego las cualidades de otra persona.

- **ISRS:** Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina.

- **Neuroticismo:** En la conceptualización más extendida (Eysenck), se considera una tendencia global a presentar respuestas de ansiedad, a ser vegetativamente hiperreactivo, a mostrar una mayor fatigabilidad física y mental, a ser proclive a la frustración y resistente a cambiar hábitos desadaptativos. El neuroticismo parece depender de la actividad del sistema límbico y del sistema vegetativo, y está determinado por factores genéticos y constitucionales.

- **Onfalocele:** Herniación congénita de vísceras intraabdominales a través de un defecto en la pared que rodea al ombligo.

- **Personalidad histriónica:** Personas que buscan de un modo notable llamar la atención y se comportan teatralmente.

- **Polisomnografía:** es un estudio de los ciclos y del comportamiento del sueño, usualmente se realiza durante toda la noche en un centro del sueño. Este estudio involucra la observación de una persona cuando duerme mientras continuamente se grafican las ondas cerebrales, la actividad muscular, la respiración, los movimientos oculares y los ritmos cardíacos.

- **Puerperio:** Es el período de aproximadamente 6 semanas de duración, que va desde la expulsión de feto y placenta, hasta la regresión de las modificaciones anatómicas y fisiológicas del embarazo, mayor de 20 semanas.

- **Respuesta:** Momentos en que los síntomas mejoran a veces durante un tiempo limitado con el tratamiento, aunque persista sintomatología depresiva.

- **Remisión:** Momento en que la sintomatología depresiva ha desaparecido al final de la fase aguda del episodio. Aunque el estado de ánimo sea normal, se sigue considerando primer episodio hasta una duración de 6 meses.

- **Recaída:** Aparición de sintomatología ansiosa o el agravamiento durante el episodio.

- **Recuperación:** Final del episodio, cuando no hay más recaídas, hablándose entonces de curación del episodio depresivo.

- **Recurrencia:** Aparición de un nuevo episodio depresivo.

- **Síndrome de Cushing:** Trastorno metabólico que se caracteriza por un aumento anormal de la secreción de esteroides adrenocorticales debido a la excesiva cantidad de hormona adrenocorticotropa.

- **Síndrome de Cotard:** También llamado *delirio de negación* o *delirio nihilista*, es una enfermedad mental relacionada con la hipocondría. El afectado por el síndrome de Cotard cree haber fallecido, sufrir putrefacción de los órganos o simplemente no existir.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

Se realizó un estudio de tipo **observacional**, definido según Hernández, Fernández y Baptista (2003, pág. 235) como aquel donde “el investigador no influye, ni modifica algunos de los factores que intervienen en el trabajo, sólo describe o mide el fenómeno estudiado”; según Romero, H. y Faure, A (1999), **transversal**, puesto que se examinó las características de una determinada población de pacientes en un periodo de tiempo y espacio; **unicéntrico**, realizado en la unidad de control prenatal, del servicio de ginecología y obstetricia, del hospital universitario Dr.: “Luís Razetti”, de la ciudad de Barcelona, Estado Anzoátegui, **epidemiológico** ya que se estudio a un grupo de pacientes para conocer la frecuencia y distribución de ciertas manifestaciones y su relación con otros factores como condiciones personales, socioeconómicas y ambientales, además de tipo **descriptivo** que consiste en “estudiar a una población y describir las variables de un fenómeno de la misma y sus magnitudes sin hacer comparaciones”; y de **diseño prospectivo** ya que la información se recolecto en un futuro, según criterios previamente establecidos.

3.2. Población y muestra

Población: Según Alcaida, A (1979), “cualquier conjunto de elementos de los que se quiere conocer o investigar alguna o algunas de sus características “, en nuestro caso estuvo representada, por las gestantes que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Control Prenatal del Servicio de Ginecología y Obstetricia

del Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti”, durante los meses de mayo a julio de 2009.

Muestra: Según Balestrini (2002), “parte de la población, es decir, un número de individuos u objetos seleccionados científicamente, cada uno de los cuales es un elemento del universo, esta es obtenida con el fin de investigar, a partir del conocimiento de sus características particulares, las propiedades de una población”.

Tipo de muestra: Se utilizó una muestra no probabilística, también llamada muestra dirigida, intencionada o de conveniencia, definida por Hernández y cols. (2002), “como un procedimiento de selección informal, en donde la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de encuestadores”; según Fayad, C. (2003), “los individuos se escogen en base a la opinión de un experto o investigadores por considerarlos representantes típicos del universo que se quiere conocer” , en nuestro caso se utilizaron criterios de inclusión y exclusión para delimitar a los sujetos muestrales.

La ventaja de esta muestra no probabilística, es que requiere no tanto de una representatividad de elementos de una población, sino de una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características específicas (criterios de inclusión y exclusión), que se adapten a los objetivos y alcances del estudio.

Criterios de inclusión: (consulta de alto riesgo obstétrico y obstetricia).

- Mujeres de 15 años en adelante.
- Estado de gravidez confirmada por ECO y/o laboratorio.
- Gestación entre el primer y tercer trimestre.

- Saber leer y escribir
- Con o sin patología clínica.

Criterios de exclusión: (consulta de alto riesgo obstétrico y obstetricia)

- Mujeres menores de 15 años.
- No saber leer y escribir.
- Paciente con antecedente y/o patología psiquiátrica conocida.
- Paciente con tratamiento antidepresivo.

Asimismo se utilizaron los criterios utilizados en nuestro medio, para establecer el alto riesgo obstétrico en una gestante:

Alto riesgo obstétrico tipo I (Riesgo epidemiológico y biológico)

- Pacientes menores de 18 años o mayores de 35 años.
- Paridad mayor de 4.
- Control tardío (más de 20 semanas).

Alto riesgo obstétrico tipo II (Antecedentes de patologías)

- Antecedentes de infecciones.
- Cesárea anterior.
- Gestante Rh no sensibilizada.
- Feto grande o con bajo peso.

Alto riesgo obstétrico tipo III (Gestaciones que transcurren con patología o antecedente de muerte perinatal)

- Hipertensión arterial.
- Desproporción feto pélvica.
- Embarazo múltiple.
- Diabetes mellitus.
- Cardiopatía.
- Nefropatía.

Tamaño de la muestra: Siendo una muestra no probabilística el tamaño de la misma fue considerado tomando en cuenta el número de pacientes que asistieron diariamente a la consulta prenatal el cual fue de 15 gestantes en promedio, 75 a la semana, generando un total de 300 pacientes mensuales.

Por lo antes expuesto el tamaño de la muestra estudiada fue de 300 pacientes, tomando el 50% de la población mensual, para lograr una mayor representatividad de la misma y considerando el tiempo de la investigación fue de 2 meses, en donde se aplicó a cada uno de los sujetos muestrales, los instrumentos de recolección de datos.

TABLA 2 Tamaño de la muestra

Pacientes diarias	Pacientes semanales	Pacientes mensuales	Total de la muestra
15	75	300	300

3.3. Instrumentos de recolección de datos

3.3.1 Escala de depresión y ansiedad de Golberg:

El Cuestionario de Goldberg, o E.A.D.G. en la versión española (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg), fue desarrollado por este autor en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de cribaje. La versión en castellano ha sido validada por Montón C. y cols. (1993).

Consta de dos (2) escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (Si / No); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. Su aplicación es heteroadministrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado en las últimas dos semanas algunos de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad. Puede ser aplicado incluso por personal no médico, sin precisar estandarización.

Interpretación

Cada una de las sub-escalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. Existe una clara mejora de la sensibilidad al aumentar la gravedad del trastorno psicopatológico, obteniendo puntuaciones más altas que pueden proporcionar una medida dimensional de la gravedad de cada trastorno por separado. La elevación de los puntos de corte a ≥ 5 y ≥ 3 mejora la especificidad y la capacidad discriminante de las escalas, con una ligera disminución de la sensibilidad (especificidad 93 %, sensibilidad 74 %).

Como cualquier instrumento de su género, la escala de ansiedad y depresión de Golberg está diseñado para detectar “probables casos”, no para diagnosticarlos; su capacidad discriminativa ayuda a orientar el diagnóstico, pero no puede sustituir al juicio clínico. El hecho de que las respuestas sean dicotómicas, obliga a interpretar la respuesta en los casos de intensidad leve en función de su significación clínica. Algunas situaciones, tales como acontecimientos vitales estresantes, problemática social, y enfermedad somática grave, pueden producir falsos positivos al reflejar el malestar del paciente en las contestaciones a algunos ítems, pero sin que ello comporte un estado psicopatológico con relevancia clínica. Otras situaciones (trastornos crónicos, trastornos de la personalidad, alcoholismo, conductas de negación) pueden producir falsos negativos.

En población geriátrica la validez predictiva de la subescala de ansiedad es pobre, y la capacidad discriminante de las dos sub-escalas es menor, por lo que se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 .

Su sencillez, unida a los buenos índices de sensibilidad y especificidad, a su capacidad discriminante entre ansiedad y depresión y a su capacidad de aportar información dimensional sobre gravedad, han hecho que esta escala haya sido ampliamente recomendada como instrumento de cribaje, tanto con fines asistenciales

como epidemiológicos, y/o como guía de la entrevista clínica en el ámbito de la atención primaria. Su utilidad en población geriátrica está peor establecida.

Propiedades psicométricas

En el estudio de validación mostró una sensibilidad del 83% y una especificidad del 82%. Considerando cada una de las sub-escalas, la de depresión muestra una alta sensibilidad para captar los pacientes diagnosticados de trastornos depresivos (85.7%), con una capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad algo baja (captó el 66 % de los pacientes con trastornos de ansiedad). La escala de ansiedad tiene una sensibilidad algo menor (72%), pero mayor capacidad discriminante (sólo detecta un 42 % de los trastornos depresivos).

La validez convergente de la escala de ansiedad y depresión de Golberg con otros instrumentos de cribaje de amplia difusión como el MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) o el PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders), es alta. Así, con el MINI 2, una sensibilidad del 74 % y una especificidad del 72 %; y con el PRIME-MD3, una sensibilidad del 90 % y una especificidad del 73 %.

3.3.2 Historia clínica:

Esta representa el documento confidencial, de gran importancia, realizado por el médico, en donde se plasma de forma clara, precisa, detallada y ordenada los datos y conocimientos actuales relativos a un paciente, que permite llegar al diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado.

En el caso de nuestra investigación la historia clínica nos permitió extraer datos fidedignos de cada paciente, que incluían no sólo los datos personales, también fecha de última menstruación, edad gestacional, alto riesgo obstétrico, número de historia.

3.3.3 Apgar familiar

El cuestionario APGAR Familiar (Family APGAR) fue diseñado en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve).

En comparación con otras escalas similares (CES y Mc Master) presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada en nuestro medio por Bellon y cols.

Se trata de un cuestionario que puede administrarse tanto por el entrevistador como ser llenado directamente por la persona entrevistada. Consta de 5 cuestiones, con tres posibles respuestas cada una, que se puntúan de 0 a 2. Su rango es por tanto de 0 a 10.

Existe una versión recogida por Smilkstein en que se presentan 5 posibles respuestas para cada cuestión. Ésta posee unos índices psicométricos ligeramente superiores, pero sólo se recomienda su uso en investigación. También, se han diseñado versiones para valorar la disfunción en las relaciones con los amigos o en el trabajo (Friends APGAR, Work APGAR).

Interpretación

Es una herramienta útil para detectar disfunción familiar. Se ha utilizado en diversos estudios, tanto en screening como para la valoración familiar en casos de alcoholismo, infección HIV, depresión y embarazos en adolescentes.

Se ha propuesto una puntuación > 6 como funcional y ≤ 6 como disfuncional. En algunos casos, se valora de 0 a 2 como disfunción grave y de 3 a 6 como leve. No parecen influirse los resultados por el nivel cultural del entrevistado y se ha utilizado desde edades tan tempranas como los 10-11 años.

Existen otros cuestionarios que evalúan la disfunción familiar con mayor validez, pero que ven limitado su uso por el elevado número de ítems de los mismos.

Propiedades psicométricas

Fiabilidad: En la validación española la fiabilidad test-retest es superior a 0.75. Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.84).

Validez: En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación con otros cuestionarios similares. El análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar).

3.3.4 Graffar modificado

Este método nace en el “Seminario sobre Problemas Sociales del País” dictado en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela, desde 1959,

el Dr. Hernán Méndez Castellano decide aplicar el método de estratificación social del profesor belga Marcel Graffar, el cual sería posteriormente adoptado por FUNDACREDESA –con algunas modificaciones introducidas por el Dr. Méndez, que permite más que otros métodos una aproximación más precisa a la interrelación entre biología y sociedad.

La aplicación del Método del profesor Marcel Graffar en Venezuela por Méndez Castellano, trajo consigo algunas modificaciones para el estudio de la realidad social en nuestro país:

1. Se sustituyó la denominación de clase social por el término estrato social, ya que para efectos del análisis de la población venezolana que confronta una complejidad que va mas allá de las tres clases sociales existentes a las que hace referencia este término. El concepto permite contemplar mejor esta complejidad.

2. Las posibilidades de aplicación del método en Venezuela le plantearon al Dr. Méndez Castellano la necesidad de emplear el grado de Instrucción de la madre en lugar del nivel de instrucción de los padres en atención a la realidad venezolana en la cual la madre con mayor frecuencia es la única responsable de la conducción del hogar.

3. Otro cambio de importancia en el Método Graffar lo constituye –atendiendo a la realidad educativa y tecnológica venezolana, es la de introducir en la profesión del jefe de familia, a los obreros.

En una prueba preliminar realizada en la población de Caucagua, los resultados de la estratificación social alcanzaron un nivel comparado con el obtenido por Graffar en la aplicación de su método. En consecuencia se produce la aplicación del Método Graffar-Castellano en el estudio piloto del Proyecto Venezuela (Conocido

antiguamente como Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo de la República de Venezuela) en el Estado Carabobo.

Se aplicó a una muestra de 3760 familias, esta experiencia permitió realizar modificaciones en cuanto al puntaje y el desarrollo de una metodología para su aplicación. Es así como nace el Método Social Graffar- Méndez Castellano utilizando cinco categorías, con una puntuación del 1 al 5 como se explica detalladamente a continuación:

1.- Profesión del Jefe de Familia

- Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior), 1 punto.

- Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores, 2 puntos

- Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores, 3 puntos.

- Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa), 4 puntos.

- Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa), 5 puntos.

2.- Nivel de instrucción de la madre

- Enseñanza Universitaria o su equivalente, 1 punto.

- Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media, 2 puntos.

- Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior, 3 puntos.

- Enseñanza primaria, o alfabeto (con algún grado de instrucción primaria), 4 puntos.

- Analfabeta, 5 puntos.

3.-Principal fuente de ingreso de la familia

- Fortuna heredada o adquirida, renta, 1 punto.
- Ganancias o beneficios, honorarios profesionales, 2 puntos.
- Sueldo mensual, 3 puntos.
- Salario semanal, por día, entrada a destajo, 4 puntos.
- Donaciones de origen público o privado, 5 puntos.

4.- Condiciones de alojamiento

- Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo, 1 punto.
- Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios, 2 puntos.
- Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas anteriores, 3 puntos.
- Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias, 4 puntos.
- Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas, 5 puntos.

Estrato Total de Puntaje Obtenido

- Estrato I, clase alta, de 4 a 7 puntos.
- Estrato II, clase media alta, de 8 a 10 puntos.
- Estrato III, clase media, de 11 a 13 puntos.
- Estrato IV, clase media baja, de 14 a 16 puntos.
- Estrato V, clase pobre de 17 a 20 puntos.

3.4. Materiales y métodos

Se decidió trabajar con gestantes que acudieron a la Unidad de Control Prenatal y que se encontraron en la sala de espera de la consulta externa, que prestaron consentimiento informado escrito y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados. La obtención de la información se realizó mediante los instrumentos descritos, los cuales se aplicaron a la muestra elegida.

Variables en estudio:

Una **variable** según Sampieri, R y cols. (1998) “es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible a medirse”.

En un grupo de elementos se denomina **variables independientes**, “a las inherentes al elemento en estudio, o a las que el investigador modifica intencionalmente, los cambios en estas producen efectos a otras variables llamadas **variables dependientes**”.

Numerosos estudios e investigaciones afirman, que la evolución del embarazo está influenciado por un problema psicosocial más que por un riesgo biológico verdadero, se han descrito diversos factores asociados con el desarrollo de sintomatología depresiva y ansiosa durante la gestación, como: el embarazo en adolescente, embarazo en mujeres mayores de 35 años, antecedentes personales, problemas familiares, sucesos vitales durante el transcurso del embarazo, mala relación de pareja, pobre apoyo social, entre otros, de tal manera que surge la necesidad de estudiar las variables consideradas más importantes, para determinar la posible relación de estos como desencadenantes, predictores o factores asociados a estos trastornos, entre estas tenemos:

Variables independientes:

1. Depresión.
2. Ansiedad.

Variables dependientes:

1. Edad de la paciente.
2. Trimestre (I, II, III).
3. Alto riesgo obstétrico (Tipo I, II, III).
4. Nivel socioeconómico.
5. Estado civil.
6. Grado de instrucción de la madre.
7. Función familiar.

3.5. Sistema de hipótesis

Según Fayad, C. (2005), “La hipótesis es simplemente una explicación provisional de los hechos, que se anticipa con el fin de constatar, si es cierta”.

En nuestra investigación se plantearon dos sistemas de hipótesis un sistema de hipótesis nula la cual define Sampieri (1998), como “el reverso de las hipótesis de investigación, estas constituyen proposiciones acerca de la relación entre variables; sólo que sirven para refutar o negar lo que afirman la hipótesis de investigación”, asimismo se propuso un sistema de hipótesis alternativas, que como su nombre lo indica son posibilidades alternas ante la hipótesis de investigación y nula.

Dado que los síntomas depresivos y ansiosos durante la gestación se presentan por lo menos en un tercio de las mujeres entrevistadas, y que la gestación representa una etapa de mayor vulnerabilidad social, psicológica y biológica, planteamos:

Hipótesis Alternativas

Ha1: “A mayor edad gestacional de las pacientes, mayor probabilidad de incidencia de sintomatología depresiva y ansiosa”.

Ha2: “A menor nivel socio económico de las gestantes, mayor probabilidad de sintomatología depresiva y ansiosa”

Ha3: “A mayor grado de disfunción familiar de las gestantes, mayor probabilidad de sintomatología depresiva y ansiosa”

Ha4: “Variables como el grado de instrucción de la madre, la edad de la paciente, alto riesgo obstétrico y estado civil, tienen relación con la presentación de sintomatología depresiva y ansiosa durante la gestación.”

Ha5: “A mayor uso de escalas diagnosticas de atención primaria mayor detección de sintomatología depresiva y ansiosa en gestantes”

Hipótesis Nula

Ho1: “No hay relación entre la edad gestacional y la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa en gestantes”.

Ho2: “No hay relación entre el nivel socio económico de las gestantes y la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa”.

Ho3: “No hay relación entre el grado de disfunción familiar de las gestantes y la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa”.

Ho4: “No hay relación entre el grado de instrucción de la madre, la edad de la paciente, alto riesgo obstétrico y estado civil, tienen relación y la presentación de sintomatología depresiva y ansiosa durante la gestación”.

Ho5: “No hay relación entre el uso de escalas diagnosticas de atención primaria y la detección de sintomatología depresiva y ansiosa en gestantes”.

3.6. Procedimiento estadístico para el análisis de datos

El procedimiento estadístico para el análisis de datos se realizó en cuatro pasos:

1.- Ordenación y computación de los datos: posterior a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos a cada uno de los sujetos muestrales, la información recopilada, se ordenó y vació en una matriz de datos independiente para cada variable a estudiar, diseñada en una hoja de cálculo de EXCEL; este proceso simplemente consistió en contar cuántos de los individuos estudiados presentaron o no alguna determinada característica y averiguar en qué forma se distribuían.

2.- Clasificación y tabulación de los datos: el segundo paso en el procesamiento de datos fue la clasificación, de acuerdo a diversas escalas existentes, las cuales debieron ser exhaustivas y mutuamente excluyentes, estas permitieron posteriormente un análisis detallado y bastante preciso; en esta investigación se usaron:

Escalas cualitativas, según Fayad, Camel (2005) son aquellas que “sólo permiten distribuir a los individuos de acuerdo a ciertas características que le son comunes y por medio de las cuales pueden distinguirse de otros individuos que no la poseen”, incluidas en esta:

- Alto riesgo obstétrico: I, II, III.
- Estado civil: casada, soltera, divorciada, viuda, concubinato.
- Nivel socioeconómico: clase alta, media alta, media, media baja y pobre.
- Grado de instrucción: Universitaria, técnica, secundaria completa y primaria completa.
- Función familiar: Funcional o disfuncional.

- Niveles de ansiedad.
- Niveles de depresión.

Escalas cuantitativas, según Fayad, Camel (2005) “estas son más precisas, porque además de permitir la diferenciación entre un individuo y otros, señala cuan grandes son las diferencias observadas”, en la investigación se tendrá una variables cuantitativa continua, que estará representada por la edad en años de cada gestante.

3.- Procesamiento de los datos: Teniendo en cuenta la noción antes explicada, los datos se procesaron de la siguiente manera: todas las escalas cualitativas, en distribuciones de frecuencia relativa, y para su análisis e interpretación, cuadros estadísticos de propósito general; para la escala cuantitativa (edad en años de las pacientes), medidas de tendencia central para series agrupadas como lo es el promedio con su respectiva medida de dispersión la desviación estándar, que permitió evaluar en qué forma se distribuyeron el resto de las observaciones alrededor del valor central representado por la media o promedio, ayudo a determinar los límites dentro de los cuales se encontraron las observaciones y la interpretación se hizo en base a las propiedades de la curva normal.

Con lo antes expuesto se logró tener un análisis descriptivo de la muestra bastante completo, para luego pasar a la fase final del procesamiento que correspondió a determinar si existe asociación o no entre las variables estudiadas y si esta es estadísticamente significativa; lo cual se realizó a través de la prueba estadística Chi Cuadrado. La prueba χ^2 permite determinar si dos variables cualitativas están o no asociadas. Si al final del estudio concluimos que las variables no están relacionadas podremos decir con un determinado nivel de confianza, previamente fijado, que ambas son independientes. La prueba del chi cuadrado permite determinar las relaciones de dependencia entre variables cualitativas,

utilizando un contraste estadístico, cuyo cálculo nos permite afirmar como ya se menciona con un sólido nivel de confianza estadístico, si los niveles de una variable cualitativa influyen en los niveles de otras variables analizadas.

Para su cómputo es necesario calcular las frecuencias esperadas (aquellas que deberían haberse observado si la hipótesis de independencia fuese cierta), y compararlas con las frecuencias observadas en la realidad.

4.- Interpretación y presentación de los datos: Este proceso tuvo como fin el de reducir los datos de una manera comprensible, para poder interpretarlos y poner a prueba algunas relaciones de las variables estudiadas, la fase de interpretación estuvo fundamentada en el análisis de los datos obtenidos, permitiendo realizar inferencias de las relaciones que existan y extraer conclusiones en cuanto a los hallazgos obtenidos. Los instrumentos gráficos en los cuales serán presentados los datos obtenidos serán aquellos que más se adapten a nuestras necesidades, objetivos de la investigación y método estadístico elegido para procesar los datos.

Errores en la investigación

Es importante mencionar que por el tipo y diseño de investigación, fue necesario tomar en cuenta una serie de variaciones, la **variación real**, inherente a los individuos que se estudian y una **variación sobreañadida**, que son errores determinados por los factores que intervienen en toda observación dependientes de:

1.- Las observadoras: debido al entrenamiento de las observadoras-investigadoras, las condiciones del medio donde se realizó el estudio (área de consulta prenatal) y pericia en el manejo de escalas diagnósticas para screening de ansiedad-depresión.

2.-Método de observación y recolección de datos: en este caso nos referimos a la confiabilidad del instrumento de recolección de datos previamente mencionados.

3.- Individuo observado: obviando la variabilidad real de los individuos estudiados en este caso las gestantes que acudieron a la consulta externa de la unidad de control prenatal del servicio de Ginecología y Obstetricia, existe una variabilidad sobreañadida de vital importancia dependiente de ellos mismos, debida a las condiciones del medio y tiempo en que son estudiados, y a la percepción que tiene un individuo de un determinado evento en un momento determinado a lo que se denomina **variación intraindividual**.

3.7. Actividades preparatorias

Para iniciar la ejecución del trabajo de grado realizaron las siguientes actividades:

- Asistencia a la charla introductoria para la realización del anteproyecto de tesis de grado.
- Elección de la especialidad médica y tema del trabajo de grado a realizar.
- Constitución del equipo de trabajo para iniciar el estudio.
- Selección del asesor de acuerdo a la especialidad y al tema del mencionado trabajo.
- Reunión con el asesor escogido para desarrollar la actividad.
- Reunión con la asesora metodológica.
- Fase inicial: redacción y realización del anteproyecto.
- Instauración de un horario de actividades para ejecutar cada una de las fases de la investigación.

- Solicitud de permiso a la licenciada Gladys Cona Sarmiento, Jefa del Departamento de Archivos Médicos, para la revisión semanal de las historias médicas.

Personal participante

- Personal que labora en la consulta de prenatal del Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti”, Barcelona –Edo. Anzoátegui.

- Pacientes que acudan a la consulta externa de prenatal del Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti”, Barcelona-Edo. Anzoátegui.

- Personal que labora en el área de archivos médicos del Hospital Universitario “Dr. Luís Razetti”, Barcelona-Edo. Anzoátegui.

- Asesor académico: Dr. Fernando José Bravo; Médico Psiquiatra adscrito al Departamento de Salud Mental de la Universidad de Oriente, Núcleo Anzoátegui.

- Asesora Metodológico: MSc. Elena Estaba Baduy.

- La investigación será realizada por los bachilleres: Peña, Sara; Salaymeh, Verónica y Villafañe, Allison.

Instituciones participantes

- Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti”, de Barcelona, área de Consulta Prenatal.

3.8. Horario de actividades

TABLA 3

Día	Hora	Actividad a realizar
Lunes a Viernes	12:00 a 2:00 pm	Aplicación de encuestas a las gestantes (área de control prenatal.)
Lunes	1:00 a 3:00 pm	Revisión de historias, en archivos médicos.
Jueves	2:00 a 4:00 pm	Reunión con asesora metodológica.
Viernes	2:00 a 4:00 pm	Reunión de las investigadoras.
Sábados	9:00 a 12:00 pm	Reunión con el asesor académico

3.9. Calendario de actividades

TABLA 4

FECHA	ACTIVIDADES
04/11/08	Estructuración del grupo Selección del tema Elección del asesor académico.
01/12/08	Revisiones bibliográficas Reunión con el asesor académico.
02/01/09	Revisión bibliográfica Reunión con el asesor metodológico Reunión con asesor académico.
03/02/09 al 05/03/09	Estructuración del anteproyecto. Entrega del anteproyecto al asesor metodológico. Entrega del anteproyecto al asesor académico
14/03/09	Corrección del anteproyecto Revisión bibliográfica
03/04/09	Entrega de anteproyecto a la comisión de tesis.
01/04/09 al 01/06/09	Aplicación de instrumentos de recolección de datos a las gestantes de la consulta prenatal.
01/06/09 al 15/07/09	Análisis y tabulación de datos

3.10. Consideraciones éticas de la investigación.

La Ley General de Salud señala acertadamente los lineamientos que deben seguirse en una investigación hecha en una institución de salud. Los artículos de

dicha Ley se basan fundamentalmente en los tratados de Helsinki (1962) y Tokio (1975).

Se reconocen dos tipos de investigaciones: en las que se espera beneficiar de modo directo a los pacientes, y las que el conocimiento que se obtenga no beneficiara de inmediato a los individuos; dentro de las primeras se incluyen los estudios diagnósticos o de tratamiento y entre las segundas se incluyen los que se hacen sobre la normalidad de algunas variables sobre individuos aparentemente sanos, como es el caso nuestra investigación no existen riesgos para las gestantes participantes, ni de tipo físico, social o legal; se les aseguro a cada paciente, previa lectura y firma del consentimiento informado, que el resultado de la investigación será presentado en nuestra casa de estudio, asimismo se guardara la confidencialidad de sus datos personales, y sólo las investigadoras tendrán acceso a los instrumentos de recolección de datos.

CAPITULO IV

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

El presente capítulo expresa una relación entre la aplicación del Instrumento y las recolección de datos necesarias a los fines de la investigación de cuyos resultados expresados a través de cuadros y gráficas y un análisis de la información, donde se indican las relaciones y correlaciones entre variables, contentivas del fenómeno de estudio y que delinear su comportamiento y actuación, pero sobre todo la evidencia real del problema que se estudia, según los objetivos estructurados.

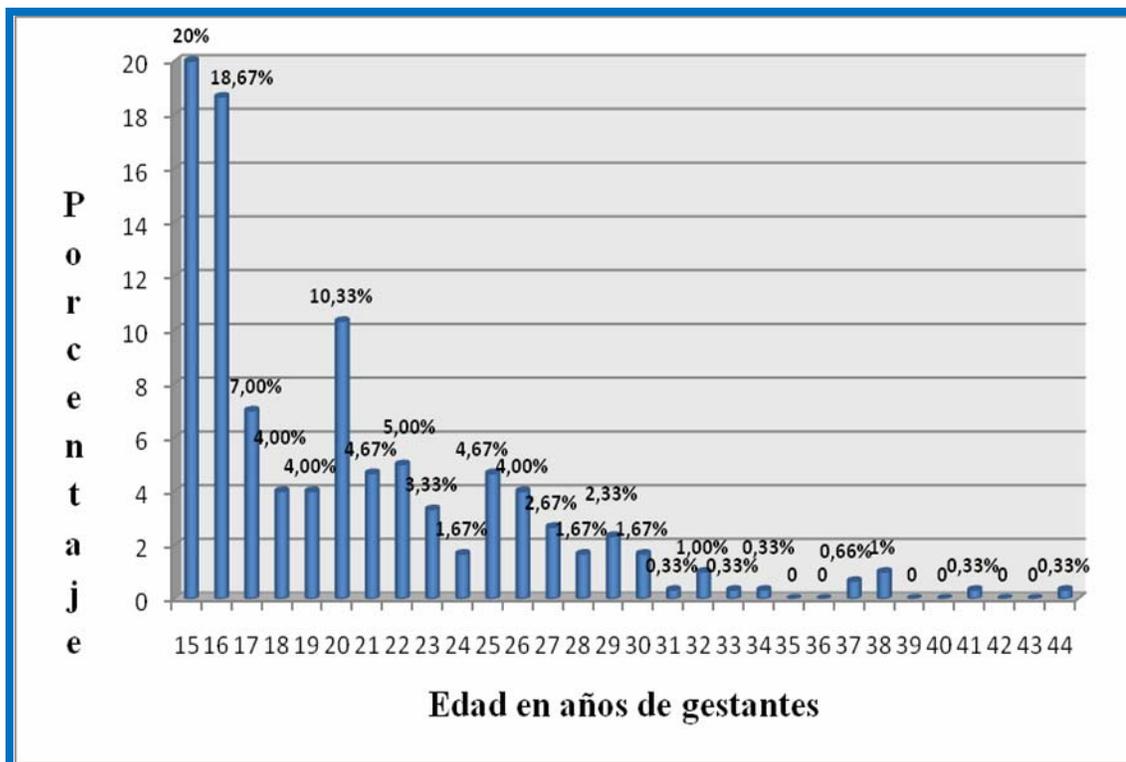
TABLA 5 Edad de las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti" de Barcelona, mayo-julio, 2009.

EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
15	60	20,00
16	56	18,67
17	21	7,00
18	12	4,00
19	12	4,00
20	31	10,33
21	14	4,67
22	15	5,00
23	10	3,33
24	5	1,67
25	14	4,67
26	12	4,00
27	8	2,67

28	5	1,67
29	7	2,33
30	5	1,67
31	1	0,33
32	3	1,00
33	1	0,33
34	1	0,33
35	0	0,00
36	0	0,00
37	2	0,67
38	3	1,00
39	0	0,00
40	0	0,00
41	1	0,33
42	0	0,00
43	0	0,00
44	1	0,33
TOTAL	300	100,00

Fuente: Datos elaborados por las autoras.

GRÁFICO 1 Edad de las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” de Barcelona, mayo-julio, 2009.



Fuente: Datos elaborados por las autoras

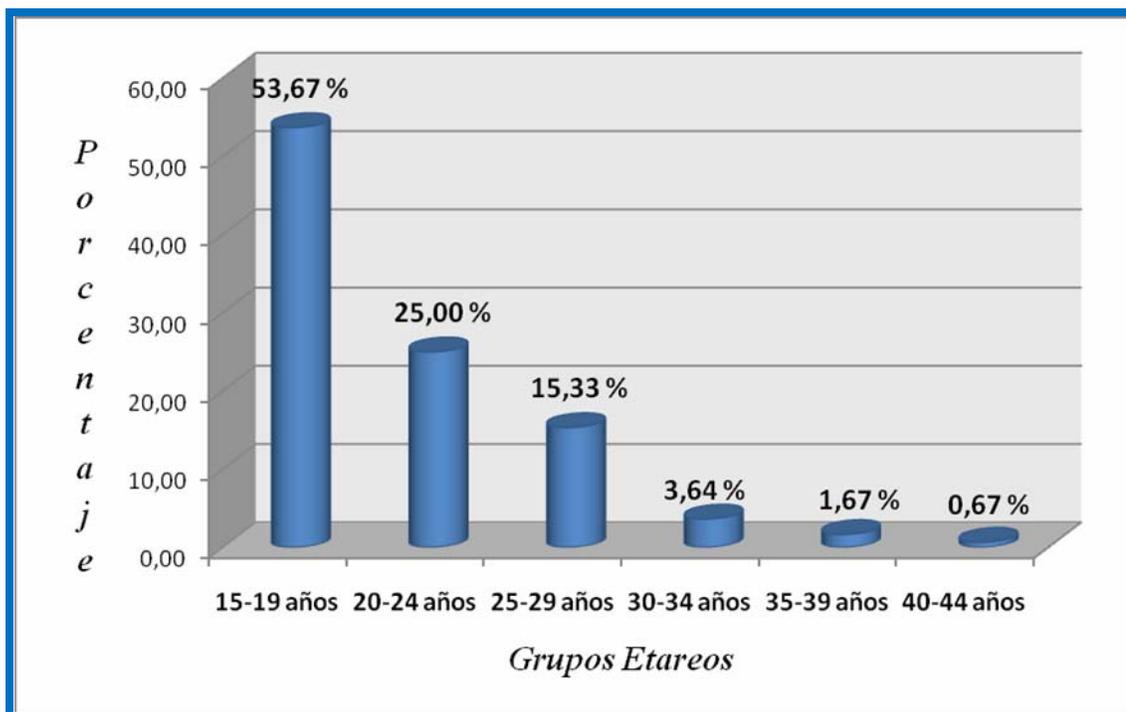
Análisis e interpretación: Con respecto a la edad de las gestantes que integraban la muestra las edades que tuvieron mayor representatividad fueron 15, 16 y 20 años con un 20%, 18,67% y 10,33% respectivamente, lo que representó el 49% de la población estudiada; evidenciándose que en nuestro medio el embarazo esta ocurriendo a edades cada vez más tempranas, hecho preocupante y que se asocia a diversos factores como pobre capacidad para enfrentar retos y situaciones que implican una gestación, poco apoyo y aceptación familiar y social, entre otros elementos que hacen más proclive a la futura madre a presentar ansiedad y depresión durante el proceso gestacional.

TABLA 6 Grupos etarios de gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti" de Barcelona, mayo-julio, 2009.

Grupo etareo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
15-19 años	161	53,67
20-24 años	75	25,00
25-29 años	46	15,33
30-34 años	11	3,64
35-39 años	5	1,67
40-44 años	2	0,67
TOTAL	300	100,00

Fuente: Datos elaborados por las autoras

GRAFICO 2 Grupos etareos de gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti" de Barcelona, mayo-julio, 2009.



Fuente: Datos elaborados por las autoras

Análisis e interpretación: El grupo etareo más representativo fue el de las gestantes con edades comprendidas entre los 15 a 19 años, un 53,67% de la muestra, seguida por el grupo de 20 a 24 años que represento el 25% de la población estudiada, el resto se distribuyo 3,64% para el grupo de 30-34 años, 1,67% el de 35 a 39 años y apenas 0,67% para el grupo de 40 a 44 años. Hecho que pone de manifiesto una vez más la temprana ocurrencia de la gestación en nuestro medio y que está a favor de las hipótesis planteadas de la mayor incidencia de sintomatología ansiosa y depresiva a menor edad en las gestantes.

TABLA 7 Promedio de edad de las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” de Barcelona, mayo-julio, 2009.

Grupo etareo	N° de gestantes (fi)	Edad media (Xi)	FiXi
15-19	161	17	2737
20-24	75	22	1650
25-29	46	27	1242
30-34	11	32	352
35-39	5	37	185
40-44	2	42	84
Total	300		6250

Fuente: Datos elaborados por las autoras.

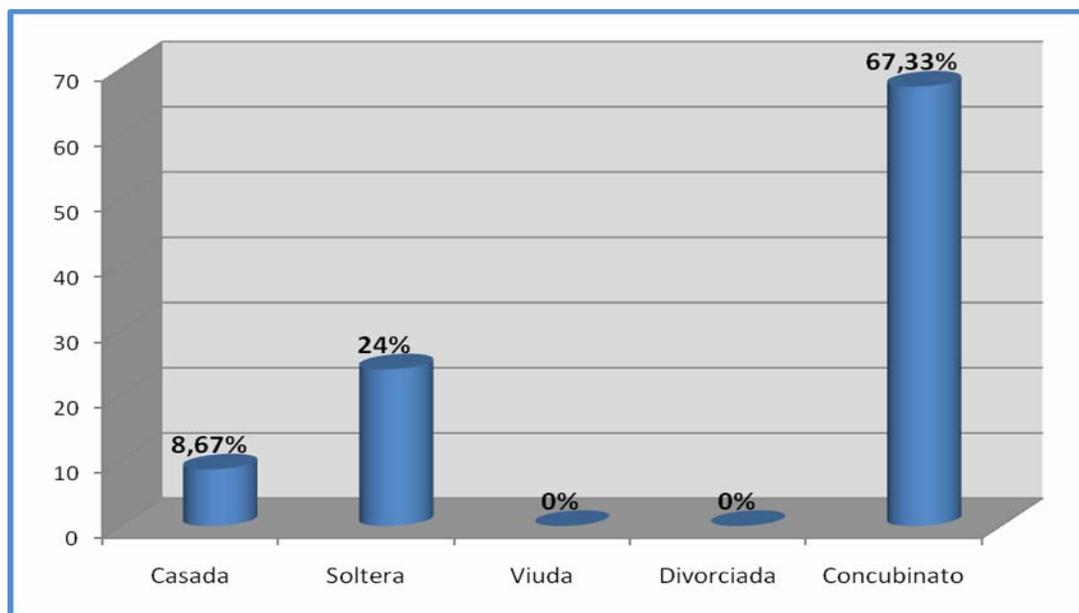
Análisis e interpretación: Para realizar el cálculo del promedio de edad de la gestantes se asume que cada una de las pacientes de cada grupo tiene un valor igual a la edad media; por ende se realizo la suma de estos productos para determinar la edad promedio de edades de las gestantes de acuerdo al grupo etareo el cual fue, 17, 22, 27, 32, 37 y 42 respectivamente para cada grupo etareo.

TABLA 8 Estado civil de las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” de Barcelona, mayo-julio, 2009.

Estado civil de la gestante	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Casada	26	8,67
Soltera	72	24,00
Viuda	0	0,00
Divorciada	0	0,00
Concubinato	202	67,33
Total	300	100,00

Fuente: Datos elaborados por las autoras

GRÁFICO 3 Estado civil de las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” de Barcelona, mayo-julio, 2009.



Fuente: Datos elaborados por las autoras

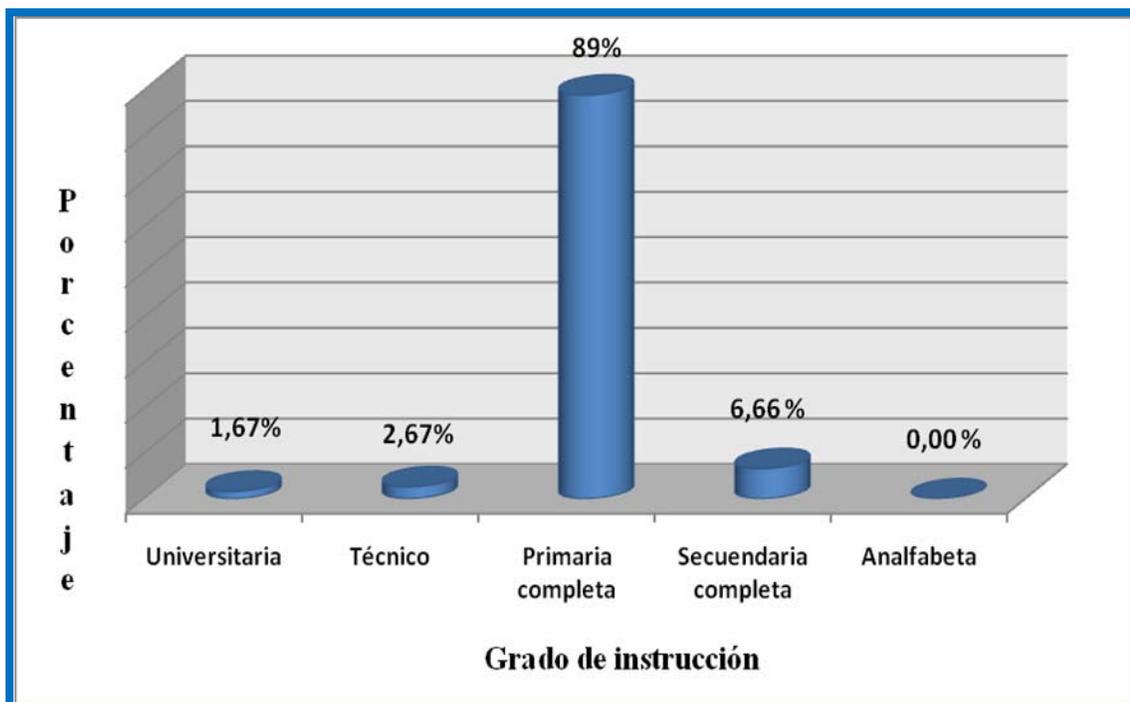
Análisis e interpretación: El 67,33% de las gestantes estudiadas se encontraban en unión libre o concubinato, un 24 % eran solteras y apenas un 8,67% de la muestra eran casadas, no encontrándose pacientes viudas o divorciadas en la muestra; hecho que representa un factor importante para la presentación de sintomatología ansiosa y depresiva, no tanto por el tipo de unión si no por la calidad de la misma, generalmente en las uniones libres hay un menor grado de apoyo conyugal, lo que disminuye la percepción de soporte social y aumenta sentimientos depresivos y ansiosos; asimismo el grado de satisfacción experimentado y percibido por la mujer es menor, situaciones que incluso pueden influir en el deseo de continuar o no con el embarazo y asumir adecuadamente el proceso gestacional.

TABLA 9 Grado de instrucción de las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” de Barcelona, mayo-julio, 2009.

Grado de instrucción	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Universitaria	5	1,67
Técnico	8	2,67
Primaria completa	267	89,00
Secundaria completa	20	6,66
Analfabeta	0	0,00
Total	300	100,00

Fuente: Datos elaborados por las autoras

GRÁFICO 4 Grado de instrucción de las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” de Barcelona, mayo-julio, 2009.



Fuente: Datos elaborados por las autoras

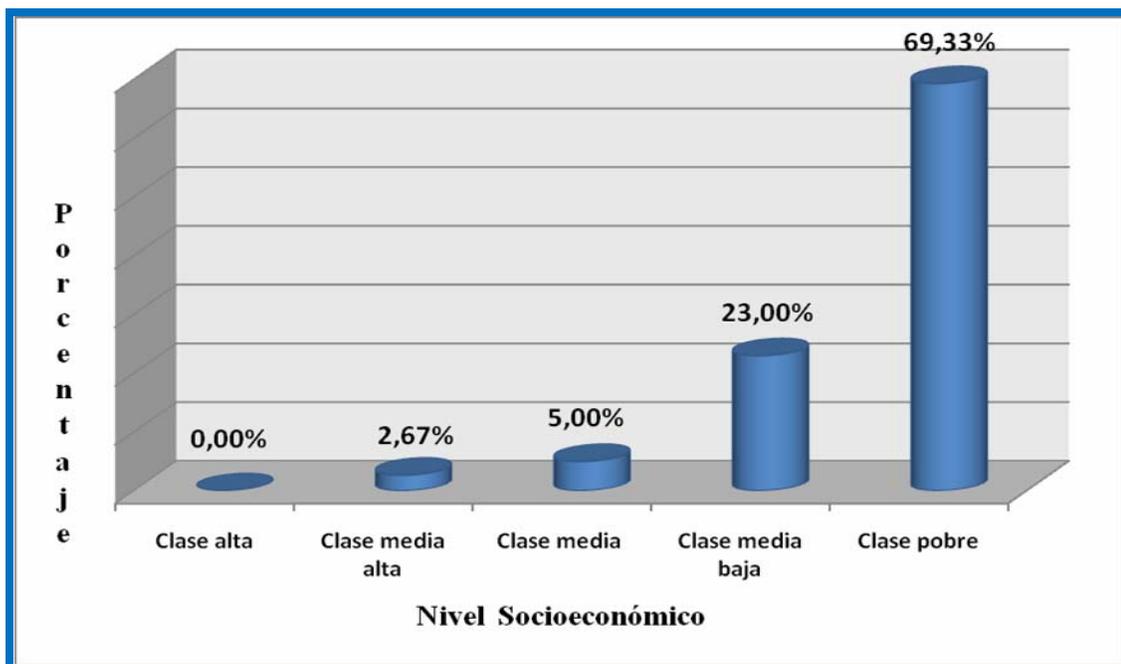
Análisis e interpretación: En relación al grado de instrucción encontramos que el 89% de las gestantes tienen como nivel de estudio alcanzado la primaria completa, un 6,66% la secundaria completa, apenas 2,67% un nivel técnico y 1,67% el nivel universitario, no encontrándose pacientes analfabetas en la muestra; lo que indica que el bajo nivel educativo se relaciona con mayores riesgos durante la gestación y un mayor índice de depresión y ansiedad, puesto que la gestante no puede afrontar adecuadamente diversos eventos que implica la gestación, no encontrándose en la capacidad de establecer procesos lógicos que le permitan afrontar su embarazo, hecho que apoya la hipótesis planteada y corroborado por la bibliografía revisada.

TABLA 10 Nivel socioeconómico de las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” de Barcelona, mayo-julio, 2009.

Nivel socioeconómico	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Clase alta	0	0,00
Clase media alta	8	2,67
Clase media	15	5,00
Clase media baja	69	23,00
Clase pobre	208	69,33
Total	300	100,00

Fuente: Datos elaborados por las autoras

GRÁFICO 5 Nivel socioeconómico de las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” de Barcelona, mayo-julio, 2009.



Fuente: Datos elaborados por las autoras

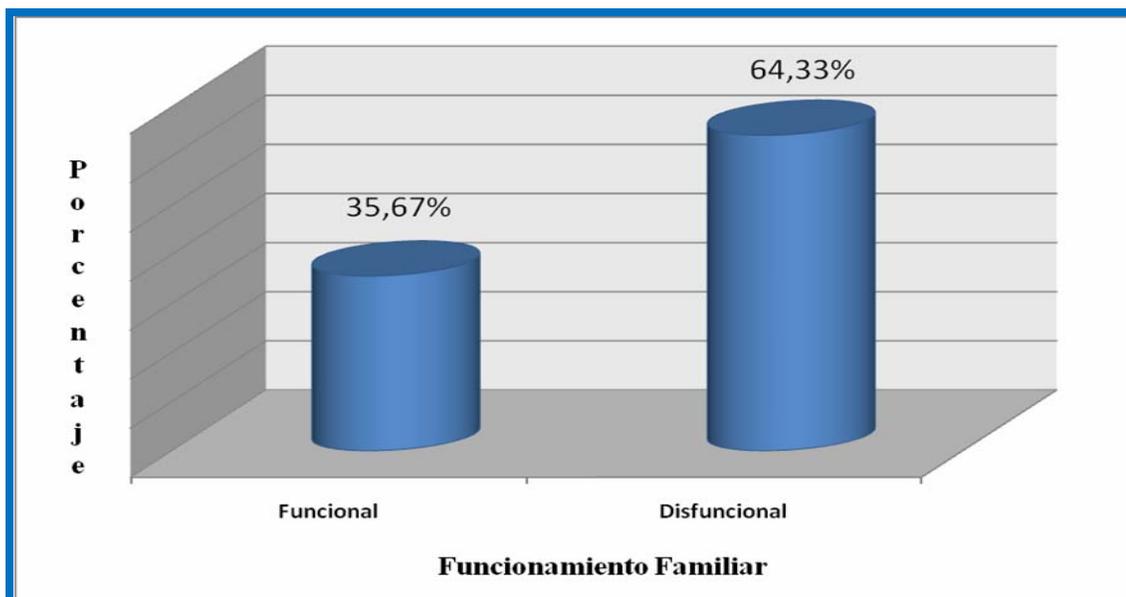
Análisis e interpretación: El 69,33% de la muestra estuvo representada por gestantes de clase pobre, seguida por un 23% pertenecientes a la clase media baja, 5% a la clase media y un 2,67% a la clase media alta, no encontrando pacientes de clase alta; esto representa un factor importante en la presentación de sintomatología depresiva y ansiosa, ya que es conocido las necesidades que presenta cualquier embarazada en cuanto a cuidado médico, alimentación, cuerpo asistencial y bienes para el futuro hijo y al tener un menor poder adquisitivo esto representa un elemento limitante, al mismo tiempo el hecho de que la mayoría de las gestantes sean adolescente implica la dependencia económica de sus padres y que el embarazo profundiza esa dependencia, lo que sumado a un bajo nivel socioeconómico representa una situación generadora de ansiedad y depresión en las pacientes.

TABLA 11 Función familiar de las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti" de Barcelona, mayo-julio, 2009.

Función familiar	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Funcional	107	35,67
Disfuncional	193	64,33
TOTAL	300	100,00

Fuente: Datos elaborados por las autoras

GRÁFICA 6 Función familiar de las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” de Barcelona, mayo-julio, 2009.



Fuente: Datos elaborados por las autoras

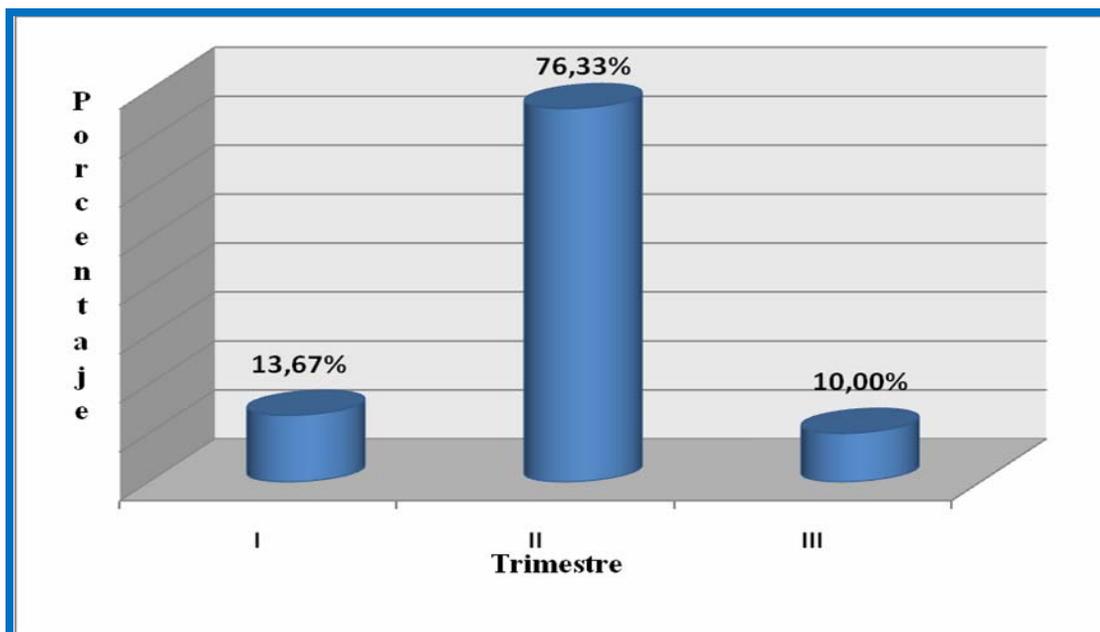
Análisis e interpretación: En relación al funcionamiento familiar un 64,33% de la muestra presentó disfuncionalidad o mal funcionamiento, en contraposición con un 35,67% que resultó ser funcional; como es sabido el sistema familiar es un organismo complejo y organizado, formado por elementos característicos y con intrincados canales de comunicación, por lo tanto cualquier evento que ocurra en alguna de las partes afectará el sistema entero, y la gravidez representa una experiencia, que puede afectar la función familiar, sobre todo en aquellas donde hay pobre apoyo y relaciones conflictivas lo cual representa un factor importante en la presentación de síntomas ansiosos y depresivos, aún más cuando se es adolescente y se depende económicamente del núcleo familiar.

TABLA 12 Trimestre de las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti" de Barcelona, mayo-julio, 2009.

Trimestre	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
I	41	13,67
II	229	76,33
III	30	10,00
Total	300	100,00

Fuente: Datos elaborados por las autoras

GRÁFICO 7 Trimestre de las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” de Barcelona, mayo-julio, 2009.



Fuente: Datos elaborados por las autoras.

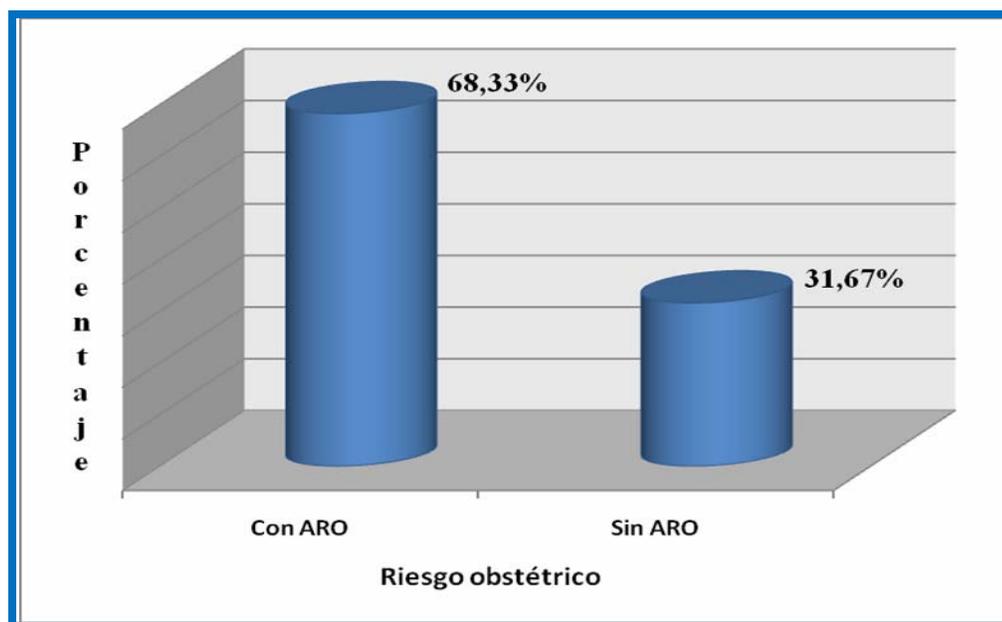
Análisis e interpretación: El trimestre de gestación en el que se encontraban el 76,33% de las pacientes fue el segundo, este hecho es importante por que la literatura afirma que es en este periodo en donde hay mayor índice de ansiedad y depresión, esto se puede explicar, por que la ocurrencia de cambios es mayor, a diferencia del primer trimestre en donde el embarazo es apenas perceptible y en el último se ha producido una habituación a los cambios experimentados, hecho corroborado por la literatura y que afirma nuestra hipótesis.

TABLA 13 Riesgo obstétrico de las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” de Barcelona, mayo-julio, 2009.

Riesgo obstétrico	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Con ARO	205	68,33
Sin ARO	95	31,67
Total	300	100,00

Fuente: Datos elaborados por las autoras

GRÁFICO 8 Riesgo obstétrico de las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr.: “Luis Razetti” de Barcelona, mayo-julio, 2009.



Fuente: Datos elaborados por las autoras

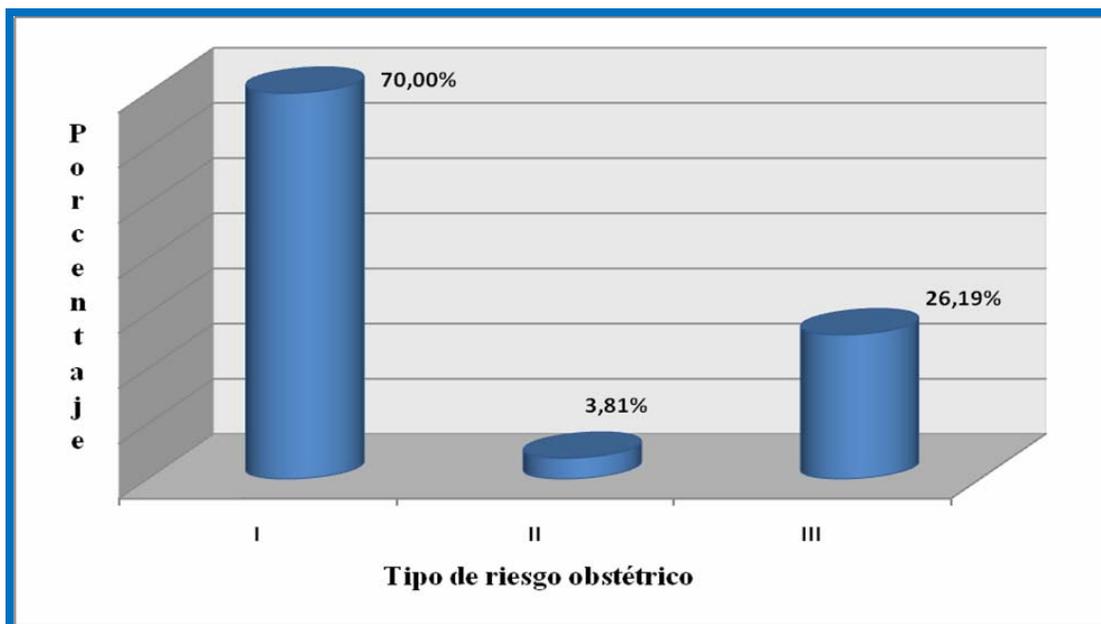
Análisis e interpretación: El 68,33 % de la población estudiada presenta algún tipo de condición o patología que produce en estas gestantes un alto riesgo obstétrico, situación importante ya que la presencia de alguna comorbilidad representa un factor importante para desencadenar en la futura madre ansiedad o depresión, hecho corroborado en la investigación, y que confirma nuestra hipótesis planteada, asimismo como las prácticas médicas realizadas en la mujer durante la gestación y en especial el parto, generan inquietud y en muchas oportunidades sentimientos de desesperación en la misma, por no saber como esta afectara el embarazo y al futuro hijo.

TABLA 14 Distribución de gestantes de acuerdo al alto riesgo obstétrico atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” de Barcelona, mayo-julio, 2009.

Alto riesgo obstétrico	Frecuencia(n)	Porcentaje (%)
I	147	70,00
II	8	3,81
III	55	26,19
TOTAL	210	100,00

Fuente: Datos elaborados por las autoras.

GRAFICO 9 Distribución de gestantes de acuerdo al alto riesgo obstétrico atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” de Barcelona, mayo-julio, 2009



Fuente: Datos elaborados por las autoras

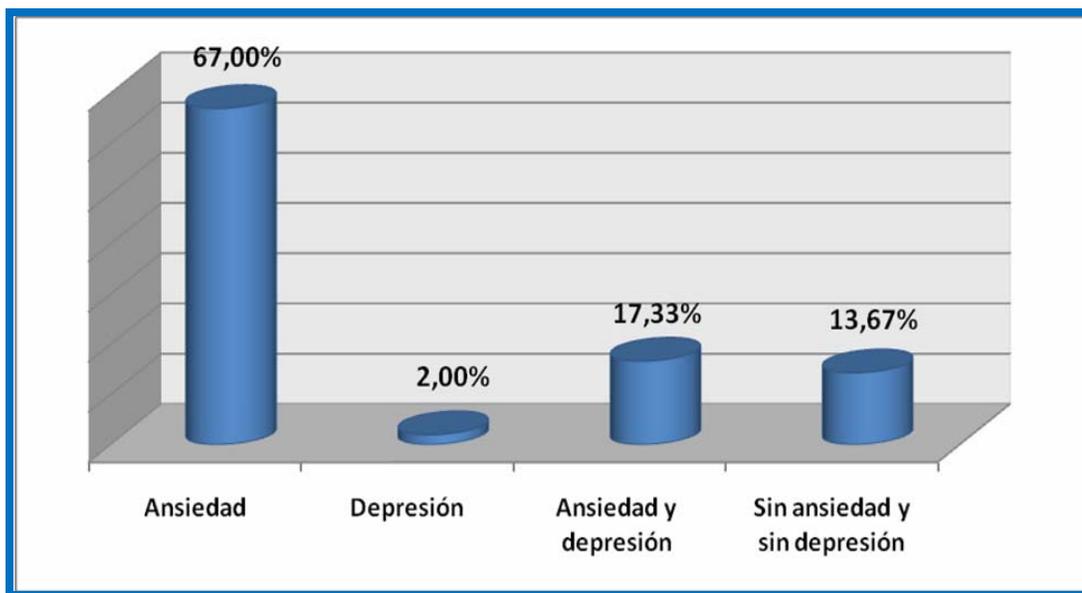
Análisis e interpretación: El 70% de las gestantes presenta un alto riesgo obstétrico tipo I, es decir un factor de riesgo epidemiológico o biológico, hecho fácilmente explicado por que la mayoría de la muestra estuvo representada por gestantes adolescentes; seguido por un 26,19% que presenta alto riesgo tipo III o patología actual y un 3,81% que presenta alto riesgo tipo II o antecedente de alguna patología, estas situaciones se relacionan con mayores índices de ansiedad y depresión durante el embarazo.

TABLA 15 Sintomatología ansiosa y depresiva en las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” de Barcelona, mayo-julio, 2009.

Condición	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Ansiedad	201	67,00
Depresión	6	2,00
Ansiedad y depresión	50	16,67
Sin ansiedad y sin depresión	43	14,33
Total	300	100,00

Fuente: Datos elaborados por las autoras

GRÁFICO 10 Sintomatología ansiosa y depresiva en las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” de Barcelona, mayo-julio, 2009.



Fuente: Datos elaborados por las autoras

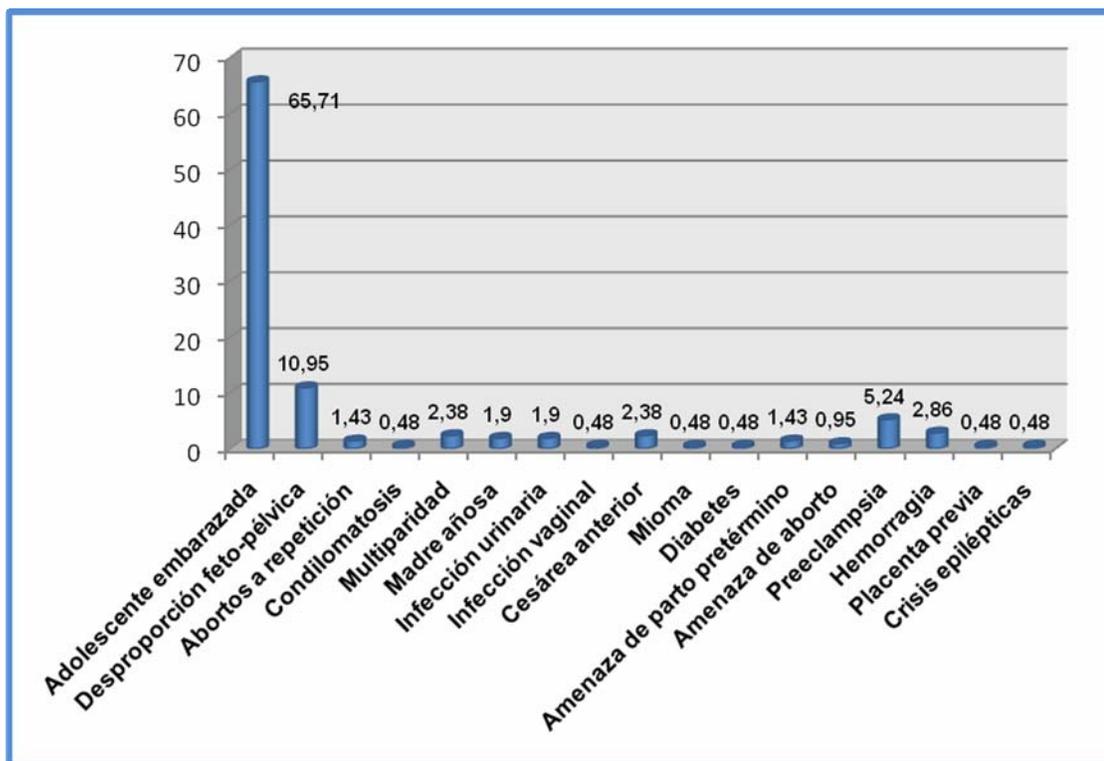
Análisis e interpretación: 67% de las gestantes resulto positiva para sintomatología ansiosa, un 17,33% positiva para ambas condiciones y un 2% para sintomatología depresiva en contraposición con un 13,67% que resulto negativa para ansiedad y depresión, esto pone de manifiesto que los niveles de ansiedad y depresión en gestantes en nuestro medio es elevado y que se asocia los diversos factores antes mencionados como bajo nivel socioeconómico, disfuncionalidad familiar, presencia de algún tipo de riesgo obstétrico, entre otros.

TABLA 16 Condiciones encontradas en las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” de Barcelona, mayo-julio, 2009.

Condición	Frecuencia	
	(n)	Porcentaje (%)
Adolescente embarazada	138	65,71
Desproporción feto-pélvica	23	10,95
Abortos a repetición	3	1,43
Condilomatosis	1	0,48
Multiparidad	5	2,38
Madre añosa	4	1,90
Infección urinaria	4	1,90
Infección vaginal	1	0,48
Cesárea anterior	5	2,38
Mioma	1	0,48
Diabetes	1	0,48
Amenaza de parto pretérmino	3	1,43
Amenaza de aborto	2	0,95
Preeclampsia	11	5,24
Hemorragia	6	2,86
Placenta previa	1	0,48
Crisis epilépticas	1	0,48
Total	210	100,00

Fuente: Datos elaborados por las autoras

GRÁFICO 11 Condiciones encontradas en las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” de Barcelona, mayo-julio, 2009.



Fuente: Datos elaborados por las autoras.

Análisis e interpretación: La principal condición encontrada en las gestantes atendidas en la consulta de control prenatal fue el embarazo adolescente con un 65,71%, seguido por la desproporción feto pélvica con un 10,95%, hecho que pone de manifiesto una vez más la temprana ocurrencia de embarazos a temprana edad y su relación con la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva durante la gestación.

TABLA 17 Asociación entre las variables estudiadas y el nivel de ansiedad y depresión de las gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr “Luís Razetti” de Barcelona, mayo-julio, 2009.

Variables	X² (Chi cuadrado)	P (probabilidad)
Edad de la gestante	66,31	< 0,001
Trimestre de gestación	28,62	< 0,001
Alto riesgo obstétrico	53,01	< 0,001
Nivel socioeconómico	37,46	< 0,001
Estado civil	35,74	< 0,001
Grado de instrucción	34,05	< 0,001
Función Familiar	57,01	< 0,001

Fuente: Datos elaborados por las autoras.

Análisis e interpretación: Al estudiar la asociación de las variables estudiadas se encontró asociación estadísticamente significativa, entre las diversas variables estudiadas como edad de las gestantes, trimestre de gestación, alto riesgo obstétrico, nivel socioeconómico, estado civil, grado de instrucción y función familiar con la presencia de ansiedad y depresión en gestantes, lo cual confirma todas las hipótesis planteadas y se rechazan las hipótesis nulas; corroborando que en nuestro medio las variables antes mencionadas están relacionadas y son factores importantes para la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que los niveles de ansiedad y depresión en gestantes en nuestro medio son elevados y similares a los descritos por la literatura internacional, encontrándose correlación entre los resultados obtenidos y la bibliografía revisada.

La edad es un factor de vital importancia, se logro concluir que a menor edad de la gestante mayor sintomatología ansiosa y depresiva, puesto que a menor edad hay menos posibilidades de desarrollar habilidades para solucionar las complicaciones y situaciones propias del proceso gestacional, asimismo el grado de madurez emocional y físico no es suficiente para afrontar un embarazo con todas las responsabilidades que el implica.

Con respecto al estado civil este resultado tener relación estadísticamente significativa con la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en gestantes, comprobando nuestra hipótesis y corroborando los resultados obtenidos por Chacón y cols. (2000) que señalan que las mujeres casadas presentan menor índice de depresión y ansiedad en relación con otros tipos de uniones.

En la investigación se logro poner de manifiesto que a menor nivel de instrucción o a menor nivel de estudios son mayores los índices de ansiedad y depresión, debido a que un bajo nivel de estudios generalmente va acompañado de poca capacidad para el procesamiento de la información, lo cual conlleva a la

gestante a distorsionar los síntomas normales del proceso del embarazo, generando la mayoría de las veces una actitud negativa, por el contrario a mayor nivel de estudios la mujer afrontaría mejor los diversos eventos que se pudiesen presentar en la gestación estableciendo un proceso lógico, y no buscaría formas de escape a la realidad para evitar el estresor.

A menor nivel socioeconómico de la gestante, mayor incidencia de sintomatología ansiosa y depresiva, debido a que el bajo poder adquisitivo y la poca solvencia para enfrentarse a las diferentes exigencias del embarazo, representa un factor generador de ansiedad en las pacientes, y aún más en aquellas de dependen económicamente de su núcleo familiar.

Existe asociación estadísticamente significativa entre el funcionamiento familiar y los niveles de ansiedad y depresión en las gestantes, ya que los conflictos familiares y el poco apoyo de esta, disminuye el grado de aceptación hacia el embarazo e influye negativamente en el desarrollo normoevolutivo del embarazo.

En cuanto al trimestre de gestación se encontró relación estadísticamente significativa entre esta y las variables independientes estudiadas, se logro confirmar que el segundo trimestre es donde se presentan los mayores niveles de ansiedad y depresión, atribuyéndose esto a que en el primer trimestre el estado de gestación es apenas perceptible y en el tercer trimestre se da una habituación a los cambios experimentados a los largo de todo el proceso del embarazo, comprobando la hipótesis planteada.

El alto riesgo obstétrico independientemente del tipo es un factor importante que está relacionado con la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa en gestantes; el cual resulto ser una variable con significancia estadística.

En nuestro medio existe falta de uniformidad en los criterios utilizados para el diagnóstico de los trastornos ansiosos y depresivos durante el embarazo.

De las pacientes que resultaron positivas para sintomatología ansiosa y depresiva, ninguna ha sido remitida a consulta con psiquiatría para establecer un diagnóstico, y determinar la necesidad de intervención y tratamiento.

5.2 Recomendaciones

- Adiestrar a los médicos gineco-obstetras en el uso de escalas de atención primaria para la detección de síntomas depresivos y ansiosos en gestantes, y así realizar la detección temprana de estas condiciones y disminuir la incidencia en nuestro medio.

- Realizar una escala para detección de síntomas depresivos y ansiosos en gestantes que nazca del servicio de psiquiatría y gineco-obstetricia, basada en estudios poblacionales y adaptadas a las necesidades y características de las gestantes de nuestro medio.

- Integrar a la consulta prenatal un equipo multidisciplinario conformado no sólo por gineco-obstetras, también trabajadores sociales, médicos de familia y psiquiatras infanto juveniles, que puedan brindar un apoyo integral a las gestantes que resulten positivas para sintomatología ansiosa y depresiva.

- Establecer programas de psicoprofilaxis para gestantes independientemente de que resulten positivas o no para sintomatología ansiosa y depresiva, de esta manera se brindara una atención sanitaria de mayor calidad.

- En vista de la elevada cantidad de gestantes adolescentes que acuden a la unidad de control prenatal, es necesario fortalecer los programas dirigidos a la atención de este grupo de pacientes.

- Integrar a la unidad de control prenatal, una consulta dirigida a adolescentes embarazadas, que pueda brindar la ayuda adecuada e integral a este particular grupo de pacientes.

- Revisar los criterios de alto riesgo obstétrico usados en nuestro medio.

- Evaluar el ambiente familiar de la gestante a través del uso de escalas de atención primaria, que permita determinar las pacientes con problemas familiares y realizar una intervención oportuna a través de la dirección de servicios sociales; asimismo la evaluación del nivel socioeconómico de toda embarazada.

- Establecer especial atención y seguimiento en aquellas gestantes con bajo nivel de instrucción, adolescentes, bajo nivel socioeconómico, uniones inestables y alto riesgo obstétrico, debido a que estos representan factores de riesgo para la presentación de sintomatología depresiva y ansiosa.

CAPITULO VI

PROPUESTA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 Objetivo general de la propuesta.

Reorientar la atención que se le brinda a las gestantes en pro de su bienestar y del producto de la concepción, a través de la introducción de una herramienta de atención primaria para la detección de este tipo de trastornos.

6.2 Justificación

Teniendo en cuenta que los médicos gineco- obstetras que prestan servicios en la unidad de control prenatal y en el servicio de ginecología y obstetricia en general, disponen de un tiempo limitado para la atención de las gestantes, y que la incidencia de sintomatología ansiosa (67%) y depresiva (2%) durante la gestación es elevada en nuestro medio y en vista de los resultados obtenidos en la investigación se hace necesario conocer y disponer de escalas breves y de fácil aplicación y manejo, que permitan la detección, evaluación y seguimiento de estas patologías. Es adecuado que el médico se habitúe a utilizarlas porque así tendrá una mejor comprensión de lo que está ocurriendo en el transcurso de la enfermedad y por ende conseguirá una atención sanitaria de mejor calidad a las usuarias; al mismo tiempo se ofrece al servicio de Ginecología y Obstetricia un instrumento de atención primaria que permitirá disminuir el riesgo de alteraciones mentales en la gestante, fortalecer el futuro binomio madre hijo, evitar las consecuencias deletéreas de un trastorno mental sobre el mismo, y reducir la estancia hospitalaria por estos trastornos.

6.3 Estrategias a seguir

Adiestrar a los médicos gineco-obstetras en el uso, aplicación, beneficios y alcances de la Escala de Ansiedad y Depresión de Golberg, la cual está diseñado para detectar “probables casos”, no para diagnosticarlos; su capacidad discriminativa ayuda a orientar el diagnóstico, pero no puede sustituir al juicio clínico, pero su uso traerá beneficios, debido a que se hará una detección temprana de estas condiciones y las gestantes recibirán la ayuda y apoyo adecuado.

6.4 Materiales necesarios

Médicos psiquiatras que puedan brindar la orientación adecuada a los médicos gineco-obstetras con respecto al manejo y uso de la escala de ansiedad y depresión de Golberg.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Textos revisados

Alarcón, Renato; Mazzotti, Guido. (2005). **Psiquiatria** (Segunda ed.). Washington: Manual moderno.

Alcaida, A. (1979). **Estadística aplicada a las ciencias sociales**. España: Ediciones Pirámide.

American Psychiatric Association. (2008). **Guías Clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos**. Barcelona: Ars Medica.

Asociación Psiquiátrica de América Latina. (2008). **Guía para el tratamiento de las personas con depresión** . México: APAL.

Balestrini, M. (2002). **¿Cómo se elabora el proyecto de investigación?** Caracas: BL consultores y asociados servicio editorial.

Cámel V, Fayad. (2005). **Estadística médica y planificación de Salud**. Mérida: Consejo de publicaciones Universidad de los Andes.

Gómez, C., y Hernández, G. (2002). **Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes y adultos**. Bogotá: Centro Editorial Javeriano, CEJA , Colección Biblioteca del Profesional.

Rojtenbert, S. (2006). **Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas**. Buenos Aires: POLEMOS.

Romero, H., & Faure, A. y. (1999). **Metodología de la investigación en salud**. México: Mc Graw Hill.

Sampieri, R., & Collado, C. (1998). **Metodología de la investigación** (Segunda Edición ed.). Distrito Federal, México: Mc Graw Hill.

SEMERGEN Doc. (2006). **Depresión y Ansiedad**. Barcelona: EDICOMPLET.

Artículos de revistas médicas y trabajos de investigación

Bernazzani, O., & Saucier, J. (1997). **Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy**. *Journal of Psychosomatic Research*, 391-402.

Gotlib I, Whiffen V, Mount J, Milne K, Cordy N. **Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum**. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57(2): 269-274.

Restrepo, María Isabel. **La ansiedad durante el embarazo**. 2006; 56-59.

Ryan D, Milis L, Misti N. **Depression during pregnancy**. *Can Fam Physician* 2005; 51:1087-1093.

Sánchez, J., & López Cárdenas, A. (2005). **Escalas diagnosticas y de evaluación que se utilizan en atención primaria para depresión y ansiedad**. *Salud global*, 1-6.

Artículos de páginas web

Alberdi Sudupe J, Taboada O, Castro Dono C. Depresión. Guías clínicas Fistera, 2003. Citado 1 octubre 2007. Disponible en: <http://www.fistera.com/guias2/depresion.asp>.

Esther, C., Nonacs, R., & Ashraf, S. a. (2004). Woman's mental health. Chicago.

Media centre Fact sheet. (Diciembre de 2001). WHO. Recuperado el 8 de Enero de 2009, de www.who.org.com

Smith Mv, R. R. (20 de diciembre de 2004). WHO. Recuperado el 15 de enero de 2009, de www.who.org.com

WHO. (25 de junio de 2005). Publications. Recuperado el 20 de febrero de 2009, de www.who.org.com

ANEXOS**ANEXO I INSTRUMENTO PARA LOS DATOS DE CADA PACIENTE**

N ° de historia: _____

Fecha:

Apellidos: _____

Nombres: _____

Edad: _____ años

C.I: V- _____

Fecha y lugar de nacimiento:

Procedencia: _____

Dirección:

Teléfono: _____

Estado civil: casada ____; soltera: ____; divorciada ____; viuda ____;
concubinato ____

Fecha de última regla: ____/____/____

Edad gestacional: _____

Trimestre: I ____; II ____; III ____

A.R.O: si ____ no: ____

Tipo I:

Tipo II:

Tipo III:

ANEXO II

Universidad de Oriente
Núcleo Anzoátegui
Escuela de Ciencias de la salud
Departamento de Salud Mental
Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente yo, _____ de _____ años de edad, portadora de la cédula de identidad n° _____, declaro que se me ha informado en forma clara, precisa detallada y objetiva sobre los propósitos de la encuesta, para la realización de la tesis de grado titulada: “ Detección de síntomas depresivos y ansiosos en gestantes atendidas en la unidad de control prenatal del Hospital Universitario Dr. “Luís Razetti” de Barcelona, como requisito parcial para la obtención del título de médico cirujano, de las bachilleres: Sara F. Peña P. C.I: 18.204.676, Verónica B. Salaymeh V., C.I: 18.214.958 y Allison V. Villafañe B., C.I: 18.279.985, han brindado su orientación sobre el tema y esta ha sido de claridad y calidad para mi entendimiento. Comprendo que mi participación es voluntaria, que es un estudio de investigación sin fines de lucro, no pretendo recibir ninguna remuneración al respecto y que mi cooperación es significativa.

Presto libremente mi conformidad para la realización de la encuesta y datos personales que sean necesarios, según los acuerdos estipulados entre mi persona y las investigadoras.

Barcelona, ____ de _____ de 2009.

Firma de la paciente

Le hemos explicado todos los detalles de nuestra investigación a la paciente, y hemos contestado todas sus preguntas e inquietudes. La colaboradora comprende toda la información descrita en este documento. Nosotras las investigadoras, nos comprometemos a no divulgar la información que se nos confía, esta será usada solo con fines científicos y no devengaremos ninguna ganancia económica del mismo.

Br. Sara Peña
C.I. 18.204.676

Br. Verónica Salaymeh
C.I. 18.214.958

Br. Allison Villafañe
C.I. 18.279.985

ANEXO III

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLBERG

E.A.D.G

Identificación..... Fecha.....

“A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas”. No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUB-ESCALA DE ANSIEDAD

SI NO

- 1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?  
- 2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?  
- 3.- ¿Se ha sentido muy irritable?  
- 4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?  

Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando

- 5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?  
- 6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?  
- 7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)  
- 8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?  
- 9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?
 

SUB-ESCALA DE DEPRESIÓN

- 1.- ¿Se ha sentido con poca energía?  

- 2.- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?  
- 3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?  
- 4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?  

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)

- 5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?  
- 6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)  
- 7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?  
- 8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?  
- 9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?  

ANSIEDAD: _____ **DEPRESIÓN:** _____

ANEXO IV**APGAR FAMILIAR**

Identificación _____ **Fecha** ___/___/___

Conteste a las siguientes preguntas según los siguientes criterios:

A: Casi nunca **B:** A veces **C:** Casi siempre

1.- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?

2.- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?

3.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?

4.- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?

5.- ¿Siente que su familia le quiere?

Total: _____

ANEXO V

GRAFFAR MODIFICADO

7. Datos socioeconómicos (Graffar Modificado)	
1. Profesión del jefe de familia:	
<input type="checkbox"/> Universitario	(1 pto.)
<input type="checkbox"/> Técnico	(2 pto.)
<input type="checkbox"/> Empleado (Pequeño comerciante)	(3 pto.)
<input type="checkbox"/> Obrero especializado	(4 pto.)
<input type="checkbox"/> Obrero no especializado	(5 pto.)
2. Instrucción de la madre:	
<input type="checkbox"/> Universitario	(1 pto.)
<input type="checkbox"/> Técnico	(2 pto.)
<input type="checkbox"/> Secundaria completa	(3 pto.)
<input type="checkbox"/> Primaria completa	(4 pto.)
<input type="checkbox"/> Analfabeta	(5 pto.)
3. Fuentes de ingreso familiar:	
<input type="checkbox"/> Renta	(1 pto.)
<input type="checkbox"/> Honorarios-ganancias	(2 pto.)
<input type="checkbox"/> Sueldo fijo	(3 pto.)
<input type="checkbox"/> Salario diario o semanal	(4 pto.)
<input type="checkbox"/> No hay entrada fija	(5 pto.)
4. Alojamiento familiar:	
<input type="checkbox"/> Casa o departamento lujoso	(1 pto.)
<input type="checkbox"/> Casa o departamento mediano	(2 pto.)
<input type="checkbox"/> Casa o departamento pequeño con un solo baño	(3 pto.)
<input type="checkbox"/> Viviendas con diferencias de espacios y servicios	(4 pto.)
<input type="checkbox"/> Vivienda inadecuada o rancho	(5 pto.)

Clasificación socioeconómica: 4-7 ptos. Clase Alta 8-10 ptos. Clase Media Alta 11-13 ptos. Clase Media 14-16 ptos. Clase Media Baja 17-20 ptos. Clase Pobre

ANEXO VI**CÁLCULO DEL CHI CUADRADO PARA LA DETERMINACIÓN DE RELACIÓN Y SIGNIFICANCIA ENTRE EL ESTADO CIVIL Y NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE CONTROL PRENATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. "LUIS RAZETTI" DE BARCELONA.**

Frecuencias OBSERVADAS

Estado civil	Ansiedad	Depresión	Ansiedad y depresión	Sin ansiedad y sin depresión	TOTAL
CASADA	6	0	8	12	26
SOLTERA	52	2	14	4	72
VIUDA	0	0	0	0	0
DIVORCIADA	0	0	0	0	0
CONCUBINATO	143	4	28	27	202
TOTAL	201	6	50	43	300

Frecuencias TEÓRICAS

Estado civil	Ansiedad	Depresión	Ansiedad y depresión	Sin ansiedad y sin depresión
CASADA	17,42	0,52	4,33	3,72
SOLTERA	48,24	1,44	12,00	10,32
VIUDA	0,00	0,00	0,00	0,00
DIVORCIADA	0,00	0,00	0,00	0,00
CONCUBINATO	135,34	4,04	33,66	28,95

 $X^2:35,74$ $p:<0,001$

ANEXO VII

CÁLCULO DEL CHI CUADRADO PARA LA DETERMINACIÓN DE RELACIÓN Y SIGNIFICANCIA ENTRE LA FUNCIÓN Y NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE CONTROL PRENATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR.: "LUIS RAZETTI" DE BARCELONA.

Frecuencias OBSERVADAS

Función Familiar	Ansiedad	Depresión	Ansiedad y depresión	Sin ansiedad y sin depresión	TOTAL
Funcional	49	5	19	34	107
Disfuncional	152	1	33	7	193
TOTAL	201	6	52	41	300

Frecuencias TEÓRICAS

Función Familiar	Ansiedad	Depresión	Ansiedad y depresión	Sin ansiedad y sin depresión
Funcional	71,69	2,14	18,55	14,62
Disfuncional	129,31	3,86	33,45	26,38

X²: 57,01 p:<0,001

ANEXO VIII

CÁLCULO DEL CHI CUADRADO PARA LA DETERMINACIÓN DE RELACIÓN Y SIGNIFICANCIA ENTRE EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE CONTROL PRENATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR.: "LUIS RAZETTI" DE BARCELONA.

Frecuencias OBSERVADAS

Nivel de instrucción	Ansiedad	Depresión	Ansiedad y depresión	Sin ansiedad y sin depresión	TOTAL
Universitario	1	0	3	1	5
Técnico	0	1	2	5	8
Secundaria completa	10	1	3	6	20
Primaria completa	190	4	42	31	267
Analfabeta	0	0	0	0	0
TOTAL	201	6	50	43	300

Frecuencias TEÓRICAS

Nivel de instrucción	Ansiedad	Depresión	Ansiedad y depresión	Sin ansiedad y sin depresión
Universitario	3,35	0,10	0,83	0,71
Técnico	5,36	0,16	1,33	1,14
Secundaria completa	13,40	0,40	3,33	2,86
Primaria completa	178,89	5,34	44,50	38,27
Analfabeta	0,00	0,00	0,00	0,00

$X^2: 34,05$ $p:<0,001$

ANEXO IX

CÁLCULO DEL CHI CUADRADO PARA LA DETERMINACIÓN DE RELACIÓN Y SIGNIFICANCIA ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE CONTROL PRENATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. "LUIS RAZETTI" DE BARCELONA.

Frecuencias OBSERVADAS

Nivel socioeconómico	Ansiedad	Depresión	Ansiedad y depresión	Sin ansiedad y sin depresión	TOTAL
Clase alta	0	0	0	0	0
Clase media alta	1	1	3	3	8
Clase media	8	0	5	3	16
Clase media baja	36	2	11	20	69
Clase pobre	156	3	31	17	207
TOTAL	201	6	50	43	300

Frecuencias TEÓRICAS

Nivel socioeconómico	Ansiedad	Depresión	Ansiedad y depresión	Sin ansiedad y sin depresión
Clase alta	0,00	0,00	0,00	0,00
Clase media alta	5,36	0,16	1,33	1,14
Clase media	10,72	0,32	2,66	2,29
Clase media baja	46,23	1,38	11,50	9,89
Clase pobre	138,69	4,14	34,50	29,67

$X^2: 37,46$ $P: <0,001$

ANEXO X

CÁLCULO DEL CHI CUADRADO PARA LA DETERMINACIÓN DE RELACIÓN Y SIGNIFICANCIA ENTRE EL TRIMESTRE Y NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE CONTROL PRENATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR.:”LUIS RAZETTI” DE BARCELONA.

Frecuencias OBSERVADAS

Trimestre	Ansiedad	Depresión	Ansiedad y depresión	Sin ansiedad y sin depresión	TOTAL
I	25	0	6	10	41
II	160	6	43	21	230
III	16	0	1	12	29
TOTAL	201	6	50	43	300

Frecuencias TEÓRICAS

Trimestre	Ansiedad	Depresión	Ansiedad y depresión	Sin ansiedad y sin depresión
I	27,47	0,82	6,83	5,87
II	154,10	4,60	38,33	32,96
III	19,43	0,58	4,83	4,15

X²: 28,62 p: <0,001

ANEXO XI

CÁLCULO DEL CHI CUADRADO PARA LA DETERMINACIÓN DE RELACIÓN Y SIGNIFICANCIA ENTRE EL TRIMESTRE Y NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE CONTROL PRENATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR."LUIS RAZETTI" DE BARCELONA.

Frecuencias OBSERVADAS

Riesgo obstétrico	Ansiedad	Depresión	Ansiedad y depresión	Sin ansiedad y sin depresión	TOTAL
Con ARO	155	3	44	11	213
Sin ARO	46	3	6	32	87
TOTAL	201	6	50	43	300

Frecuencias TEÓRICAS

Riesgo obstétrico	Ansiedad	Depresión	Ansiedad y depresión	Sin ansiedad y sin depresión
Con ARO	142,71	4,26	35,50	30,53
Sin ARO	58,29	1,74	14,50	12,47

$X^2: 53,01$ $p:<0,001$

ANEXO XI

CÁLCULO DEL CHI CUADRADO PARA LA DETERMINACIÓN DE RELACIÓN Y SIGNIFICANCIA ENTRE EL GRUPO ETAREO Y NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE CONTROL PRENATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. "LUIS RAZETTI" DE BARCELONA.

Frecuencias OBSERVADAS

Grupo etareo	Ansiedad	Depresión	Ansiedad y depresión	Sin ansiedad y sin depresión	TOTAL
15-19 años	124	3	25	8	160
20-24 años	53	2	15	8	78
25-29 años	15	1	6	20	42
30-34 años	3	0	4	4	11
35-39 años	5	0	0	2	7
40-44 años	1	0	0	1	2
TOTAL	201	6	50	43	300

Frecuencias TEÓRICAS

Grupo etareo	Ansiedad	Depresión	Ansiedad y depresión	Sin ansiedad y sin depresión
15-19 años	107,20	3,20	26,66	22,93
20-24 años	52,26	1,56	13,00	11,18
25-29 años	28,14	0,84	7,00	6,02
30-34 años	7,37	0,22	1,83	1,57
35-39 años	4,69	0,14	1,16	1,00
40-44 años	1,34	0,04	0,33	0,28

$X^2: 66,31$ $P: <0,001$

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

TITULO	Detección de síntomas depresivos y ansiosos en gestantes atendidas en la Unidad de Control Prenatal del Hospital Universitario Dr. “Luís Razetti”, de Barcelona
SUBTITULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CDIGO CULAC / E MAIL
Br. Sara F. Peña P.	CVLAC: 18.204.676 E_MAIL: saraonlive@hotmail.com
Br. Verónica B. Salaymeh V.	CVLAC: 18.214.958 E-MAIL: vsalaymeh@hotmail.com
Br. Allison V. Villafañe B.	CVLAC: 18.279.985 E-MAIL: audrey1587@hotmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Detección

Síntomas

Gestantes

Unidad de control prenatal

Luis Razzetti

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

ÁREA	SUBÁREA
Ciencias de la Salud	Medicina

RESUMEN (ABSTRACT):

El objetivo general de la presente investigación fue analizar la detección de síntomas depresivos y ansiosos en gestantes atendidas de la Unidad de Control Prenatal, del Hospital Universitario Dr. “Luís Razetti”, de la ciudad de Barcelona. Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal, unicéntrico, epidemiológico y descriptivo, de diseño prospectivo; se utilizaron como instrumentos de recolección de datos: la Escala de Ansiedad y Depresión de Golberg, el cuestionario APGAR familiar, el cuestionario Graffar modificado y las historias clínicas del área de control prenatal. Se encontró que del total de la muestra estudiada (300 gestantes), 67% resulto positivo para sintomatología ansiosa, 2% positivo para sintomatología depresiva, 16,67% positiva para ambas condiciones y 14,33% no presento sintomatología alguna; asimismo el grupo etareo más representativo fue de 15-19 años (53,67%) , 64,33% de la muestra presento mal funcionamiento familiar, 69,33% pertenecía a la clase pobre, 67% se encontraban en unión libre o concubinato, el grado de instrucción del 89% de las gestantes era secundaria completa, el 76,33 % se encontraba en el segundo trimestre de embarazo; se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas y la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa en gestantes.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**CONTRIBUIDORES:**

APELLIDOS Y NOMRES	ROL/CÓDIGO CVLAC/ E_MAIL				
Dr. Fernando Bravo	ROL	CA	AS	TU X	JU
	CVLAC	8.339.436			
	E_MAIL	Fernandobravo_66@hotmail.com			
	E_MAIL				
Jose Haddad	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:				
	E_MAIL	Jose_haddad@hotmail.com			
	E_MAIL				
Ana Milena Guzman	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:				
	E_MAIL	Anamilenaguzman@hotmail.com			
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

AÑO	MES	DIA
2010	04	23

LENGUAJE: SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**ARCHIVO (S):**

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
TESIS.Síntomas depresivos y ansiosos.doc	Aplication / msword

CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS: A B C D E F G H I J K
L M N O P Q R S T U V W X Y Z. a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y z. 0
1 2 3 4 5 6 7 8 9.

ALCANCE

ESPACIAL: _____ (OPCIONAL)

TEMPORAL: _____ (OPCIONAL)

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Medico cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pre – Grado

ÁREA DE ESTUDIO:

Medicina

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente – Núcleo de Anzoátegui

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**DERECHOS:**

De acuerdo a Artículo 41 del Reglamento de Trabajos de Grado: “los trabajos de grado son de exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, el cual lo participará al Consejo Universitario”

Sara F. Peña P.

AUTOR

Verónica B. Salaymeh V.

AUTOR

Allison V. Villafañe B.

AUTOR

Dr. Fernando Bravo

TUTOR

Jose Haddad

JURADO

Ana Milena Guzman

JURADO**POR LA SUBCOMISIÓN DE TESIS**