



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES
EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ALFREDO G.
PAULSON. JUNIO 2016-ENERO-2017

TÍTULO ACADÉMICO:

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE SE PRESENTA COMO
REQUISITO PARA EL TÍTULO DE MÉDICO

AUTOR: MARIA CRISTINA LUDEÑA SUAREZ

TUTOR: DR. MARCO ECHEVERRIA

PSCI. CESAR VALCARCEL

PÁGINA DE APROBACIÓN DEL(A) TUTOR(A)

SAMBORONDÓN, JULIO 2017



Estimado

Señor doctor

Pedro Barberan Torres

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Espíritu Santo

Presente

Yo, Dr. Marco Echeverría Robalino, docente de la cátedra de ginecología y tutor del trabajo de grado de la Srta. Ma. Cristina Ludeña, estudiante de la carrera de medicina con código estudiantil 2011100634, certifico que se ha procedido a la revisión de contenidos, diseños metodológicos, ortografía, redacción y referencias bibliográficas del trabajo de grado: "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ALFREDO G. PAULSON. JUNIO 2016-ENERO-2017. Por lo tanto certifico que el trabajo cumple con todas las normativas requeridas por la institución y autorizo su presentación y entrega como borrador final.

Certifico esto con fines pertinentes,

A handwritten signature in blue ink is written over a rectangular official stamp. The stamp contains the following text: 'Dr. Marco Echeverría Robalino', 'CIRUJANO GINECO OBSTETRICIA', and 'LIBRO 1 - A - FOLIO 5 N.º 17'.

Dr. Marco Echeverría Robalino

HOJA DE APROBACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Guayaquil 20 de agosto del 2017

Yo Carlos Avellán Oña, en calidad de tutor del trabajo de investigación sobre el tema “PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ALFREDO G. PAULSON. JUNIO 2016-ENERO-2017” presentado por la alumna María Cristina Ludeña Suárez de egresado de la carrera de Medicina.

Certifico que el trabajo ha sido revisado de acuerdo a los lineamientos establecidos y reúnen los criterios científicos y técnicos de un trabajo de investigación científica, así como los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo de Facultad “Enrique Ortega Moreira” de Medicina, de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo.

El trabajo fue realizado durante el periodo de julio 2016 a enero del 2017 en el hospital GINECO-OBSTÉTRICO ALFREDO G. PAULSON. de la Ciudad de Guayaquil.

Dr. Carlos Avellán Oña

Reg. Médico #

HOJA DE APROBACIÓN DEL TUTOR

Guayaquil 20 de agosto del 2017

Yo Marco Echeverria Robalino, en calidad de tutor del trabajo de investigación sobre el tema "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES EMBARAZADAS DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ALFREDO G. PAULSON. JUNIO 2016-ENERO-2017" presentado por la alumna María Cristina Ludeña Suárez de egresado de la carrera de Medicina.

Certifico que el trabajo ha sido revisado de acuerdo a los lineamientos establecidos y reúnen los criterios científicos y técnicos de un trabajo de investigación científica, así como los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo de Facultad "Enrique Ortega Moreira" de Medicina, de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo.

El trabajo fue realizado durante el periodo de julio 2016 a enero del 2017 en el hospital GINECO-OBSTÉTRICO ALFREDO G. PAULSON. de la Ciudad de Guayaquil.



Dr. Marco Echeverria Robalino

Reg. Médico #

PÁGINA DE DEDICATORIA

Gracias primero a Dios, mi padre celestial quien en todo momento está conmigo y que ha llenado mi camino de bendiciones. Segundo a mi familia por ser mi respaldo, por ayudar en mi proceso de formación porque son ustedes los que pusieron como base todo su amor y me enseñaron todos los valores que en mí ahora han provocado un inmenso deseo de ayudar y de ser mejor cada día. Porque con reglas y libertades me brindaron la oportunidad de estudiar y elegir la carrera que amo.

Agradezco mucho por la ayuda de mis maestros, por todos los conocimientos otorgados por enseñarme que la teoría es tan importante como la práctica y que todo se aprende más rápido si hay buena predisposición, porque algunos más que maestros fueron amigos y consejeros que me motivaron siempre de una u otra manera a esforzarme más y a la Universidad de Especialidades Espíritu Santo, por darme una segunda casa en donde conocí a compañeros que tendré en mi corazón toda la vida, con los que la carrera se pasó volando y que hacían que mi día a día y las muchas horas de estudio estén llenas de risas.

PÁGINA DE RECONOCIMIENTO

Gracias al Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor, actualmente Hospital Mujer “Alfredo G Paulson por abrirme sus puertas a realizar esta investigación y darme a mis tutores: el Dr. Marco Echeverría y el Psic. Clín. Cesar Valcárcel, dos pilares fundamentales para la realización de este proyecto. Pues me permitieron incluirme en tan hermoso trabajo, que realiza la maternidad como lo es la psicoprofilaxis de las gestantes y velar por la salud mental de sus pacientes.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	2
1.1. Antecedentes	2
1.2. Descripción del problema	4
1.3. Justificación	6
1.4. Objetivos generales y específicos	7
1.4.1. Objetivo general	7
1.4.2. Objetivos específicos	7
1.5. Formulación de hipótesis o preguntas de investigación	7
CAPÍTULO 2: MARCO TEORICO	8
2.1. Depresión	8
2.1.1. Definiciones	8
2.1.2. Epidemiología	9
2.1.3. Factores de riesgo	10
2.1.4. Presentación y curso de la enfermedad	10
2.1.5. Diagnóstico y tratamiento	12
2.2. Ansiedad	15
2.2.1. Epidemiología	15
2.2.2. Patogénesis	15
2.2.3. Manifestaciones clínicas	16
2.2.4. Diagnóstico y tratamiento	17
2.3. Trastornos psiquiátricos durante el embarazo	19
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	21
3.1. Diseño de la investigación	21
3.1.1. Tipo de investigación	21

3.1.2.	Lugar	21
3.1.3.	Operacionalización de las variables	21
3.1.4.	Cronograma	23
3.2.	Población y muestra	23
3.2.1.	Criterios de inclusión	24
3.2.2.	Criterios de exclusión	24
3.3.	Descripción de instrumentos, herramientas y procedimientos de la investigación	24
3.3.1.	Cuestionarios	24
3.3.2.	Procedimientos de la investigación	29
3.4.	Aspectos éticos y legales	30
CAPÍTULO 4: ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS		32
4.1.	Análisis de resultados	32
4.1.	Descripción general de la población de estudio	33
4.2.	Descripción gineco-obstétrica de las participantes de estudio	36
4.3.	Prevalencia de ansiedad y depresión en población de estudio	39
4.4.	Relación entre Ansiedad y depresión con factores sociales y riesgo en el embarazo en población de estudio.	42
4.2.	Discusión de resultados	52
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		56
5.1.	Conclusiones	56
5.2.	Recomendaciones	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		57
ANEXOS		69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Grupo Étáreo.....	33
Tabla 2. Nivel de Instrucción.....	34
Tabla 3. Estado Civil.....	35
Tabla 4. Número de gestaciones.....	36
Tabla 5. Edad gestacional.....	37
Tabla 6. Riesgo en embarazo.....	38
Tabla 7. Prevalencia de ansiedad.....	39
Tabla 8. Depresión en mujeres embarazadas.....	40
Tabla 9. Relación entre ansiedad y grupo etáreo.....	42
Tabla 10. Relación entre depresión y grupo etáreo.....	43
Tabla 11. Relación entre Ansiedad y Nivel de Instrucción Académica.....	44
Tabla 12. Relación entre Depresión y Nivel de Instrucción Académica.....	45
Tabla 13. Relación entre Ansiedad y Estado Civil.....	46
Tabla 14. Relación entre Depresión y Estado Civil.....	47
Tabla 15. Relación entre Ansiedad y número de gestaciones.....	48
Tabla 16. Relación entre Depresión y número de gestaciones.....	49
Tabla 17. Relación entre Ansiedad y Riesgo de embarazo.....	50
Tabla 18. Relación entre Depresión y Riesgo de embarazo.....	51

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Grupo etáreo.....	33
Figura 2. Nivel de Instrucción.....	34
Figura 3. Estado civil.....	35
Figura 4. Número de gestaciones.....	36
Figura 5. Edad gestacional.....	37
Figura 6. Riesgo en embarazo.....	38
Figura 7. Prevalencia de ansiedad en la población de estudio.....	39
Figura 8. Depresión en mujeres embarazadas.....	40

RESUMEN

Introducción: Actualmente se considera a la ansiedad y depresión como la principal causa mundial de discapacidad encontrándose muchos factores que pueden predisponer a estos trastornos en la salud mental como lo es la gestación en donde cambios físicos y hormonales influyen en el bienestar psicológico de la madre repercutiendo en el desarrollo y bienestar del feto.

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad y la influencia de factores sociales y clínicos en la aparición de estas dos trastornos de la salud mental.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, no experimental y transversal, estudio de casos durante el periodo junio 2016-enero 2017. Muestra de 150 pacientes en la Maternidad Enrique Sotomayor, actual Hospital gineco-obstétrico Alfredo Paulson. Previo consentimiento informado se realiza se realiza un historia clínica completa con datos sociales y una evaluación del riesgo perinatal según la guía del Ministerio de Salud del Ecuador para la valoración de salud materna según los signos de alerta de la historia clínica perinatal del CLAP/SMR-OPS/OMS. MSP-HCU. Form # 051. Se utilizó la Octava edición del cuestionario STAI publicada en el 2011 para evaluar la ansiedad y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) a forma de entrevista. Se realizó el ajuste de resultados según baremos en centiles y decapitos para la población según sea adolescente, universitarios y adultos mayores. Datos se ingresaron en una base de datos de Microsoft Excel, para ser procesados y analizados con el software estadístico SPSS, en donde se analizó mediante medidas de frecuencia y relación CHI^2 la relación de los factores con la aparición de los trastornos de salud mental.

Resultados: se encontró una prevalencia de ansiedad de estado sin tendencia a la ansiedad del 22% y una prevalencia de depresión del 44% de los cuales el 26% fue de moderada a grave los principales factores

sociales que tuvieron influencia en la aparición de la ansiedad fueron la edad entre 19-25 años instrucción académica hasta la secundaria y la depresión las principales variables fueron el estado civil ser soltera o encontrarse en unión libre entre los factores clínicos se encontró que el tener un embarazo de riesgo ya sea este moderado, alto o muy alto influencia significativamente tanto a la aparición de ansiedad como en el desarrollo de la depresión.

Conclusiones: Los hallazgos niegan la hipótesis de que todos los factores sociales influyen significativamente en la aparición de ansiedad y depresión puesto que se evidencio que los factores sociales significativos difieren entre estas dos patologías no así mismo como los factores de riesgo clínico de la gestante las cuales se evidencio influyen en la aparición de la ansiedad y depresión.

Palabras clave: Depresión, ansiedad, estrés y embarazo, psicoprofilaxis, embarazo pre termino, apoyo social, desarrollo fetal.

INTRODUCCIÓN

La depresión y ansiedad han empeorado significativamente el estado de salud general de los individuos. Estudios anteriores indican que la prevalencia de depresión fue significativamente mayor en pacientes con cardiopatía, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer, artritis reumatoide y osteoporosis que en la población general^{1,2}. Es probable que mecanismos biológicos subyacentes compartidos (ej: procesos inflamatorios) sean factores etiológicos tanto en la depresión como en otras enfermedades crónicas^{3,4}. La carga social de la depresión incluye un costo estimado de US \$14 mil millones en gastos de atención médica y pérdidas de productividad⁵.

CAPÍTULO 1

1.1. Antecedentes

Se estima que 350 millones de habitantes padecen depresión⁶, lo que ha motivado una búsqueda constante de la prevalencia de depresión y ansiedad a nivel mundial. Actualmente se considera a estos trastornos como la principal causa mundial de discapacidad, contribuyendo de forma importante en la morbilidad mundial. “Al año más de 800 000 personas de entre 15 a 29 años, se suicidan por lo que se ha convertido en la segunda causa de muerte en este grupo etareo”⁶.

Es bien sabido que el sistema inmune periférico cambia dramáticamente durante el embarazo para evitar que el feto en desarrollo sea atacado por el sistema inmune materno. También se conoce que la desregulación inmunológica suele estar relacionada con el inicio de trastornos de salud, incluyendo depresión y ansiedad^{7,8}. El periodo preparto es un momento crítico en la vida de una mujer, está asociado con un mayor riesgo de ciertos trastornos de la salud mental, especialmente la ansiedad y depresión. Se ha indicado que podría deberse a la producción alterada de citoquinas en la periferia⁹.

En el 7-15% de todos los embarazos, la madre desarrolla síntomas depresivos, que pueden aumentar algunos riesgos del neonato¹⁰. Se ha comprobado que los niños expuestos a síntomas depresivos maternos muestran más frecuentemente prematuridad, ansiedad, comportamiento impulsivo y problemas de sueño que aquellos no expuestos¹¹⁻¹³. Además, estos niños tienen más problemas afectivos y comportamiento antisocial que los niños de madres eutímicas¹².

Aunque el mecanismo entre la depresión durante el embarazo y la salud mental del niño no ha sido completamente descrito, se sugiere que la amígdala es una estructura central en el procesamiento emocional¹⁴. Un estudio en recién nacidos expuestos a depresión materna mostró una amígdala alterada en microestructura, con una menor anisotropía fraccional y difusividad axial con conectividad funcional alterada^{15,16}.

Estudios iniciales en niños escolares revelaron diferencia significativa entre el grosor cortical asociada a la exposición de depresión prenatal materna¹⁷. Si bien estos estudios podrían sugerir efectos, actualmente no está claro si la funcionalidad de la amígdala se ve afectada en edades más avanzadas.

Por otro lado, la ansiedad es un desagradable estado de tristeza, emoción, estrés y pánico, cuya prevalencia durante el embarazo es del 18% aproximadamente¹⁸. Los síntomas de ansiedad en el periodo perinatal son frecuentes¹⁹. Además, se ha indicado que el estrés psicológico severo, como la ansiedad en estos periodos, se asocia con resultados neonatales negativos para la madre y el bebé.

De hecho, los estudios han demostrado que las mujeres con alto malestar en el último embarazo son más propensas a desarrollar depresión posparto²⁰, que el desarrollo del feto y el niño está influenciado negativamente por el estrés y la ansiedad durante el embarazo^{21,22}. También se ha informado que la aparición de ansiedad y síntomas de ansiedad puede ser perjudicial para la relación entre la madre y su bebé.

Este estado sostiene un estrés que requiere investigaciones como un fenómeno negativo en las madres, caracterizado por la tensión, excitación crónica y grado de funcionamiento; según lo conceptualizados por Lovibond y Lovibond (1995) con el desarrollo de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 (DASS-21)^{23,24}. Por tanto, es necesario examinar exhaustivamente la salud psicológica de las nuevas madres en el periodo perinatal, incluyendo factores psicosociales que pueden predisponer tales estados afectivos.

Se ha demostrado que factores sociodemográficos se relacionan con la manifestación de estos cuadros clínicos. Por ejemplo, mientras más joven es la madre, se ha reportado mayor riesgo de manifestaciones depresivas²⁵. También, se ha descrito relación entre variables como dificultades financieras, bajos ingresos, nivel de educación y estados civil con la presencia de síntomas de depresión y ansiedad durante el embarazo²⁶⁻³⁰. No obstante, existen tendencia que indican que rara vez se ha aclarado tal relación entre las variables expuestas, depresión y ansiedad³¹.

1.2. Descripción del problema

El bienestar psicológico materno durante el embarazo se ha postulado como un factor importante para el desarrollo del feto. Aunque la mayor parte de la evidencia del vínculo entre la salud psicológica materna y el desarrollo de la descendencia proviene de estudios en animales, que se han adaptado al proceso humano existen estudios de casos que evidencia la relación de alteracion psicopatologicas y partos preterminos

En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), el 49% el total de la población femenina son madres. La institución indicó

que el 51% de las mujeres embarazadas corresponden a un rango de edad entre 12-39 años; y el 44% tuvieron su primer hijo entre los 15-19 años³². A nivel nacional, 37 de cada 100 embarazos son no deseados, situación que se ha atribuido a una falta de planificación familiar y orientación preconcepcional adecuada³². Esto provoca la probabilidad de un embarazo con más riesgos, que predisponen el desarrollo de patologías que pueden pasar inadvertidas como cuadros psicológicos o psiquiátricos.

Se ha descrito la importancia de la salud mental de las madres durante el desarrollo del producto. La depresión y ansiedad son cuadros clínicos que alteran el estado anímico y salud mental provocando síntomas físicos que conllevan a alteraciones desfavorables durante el periodo de gestación como: falta de autocuidado, conductas autodestructivas, mala adherencia a indicaciones e inapetencia que alteran el peso y desarrollo fetal.

Sumado a esto, factores psicosociales ejercen gran influencia en el proceso de gestación. La edad, estado civil, nivel de educación, relación con la pareja son variables que han demostrado asociación con la manifestación de depresión o ansiedad materna; afectando feto, puesto se ha asociado con problemas emocionales y de comportamiento durante la infancia.

La depresión perinatal constituye un predictor de la depresión post parto, mientras la ansiedad ha sido asociada con incrementos en el riesgo de aborto involuntario, preeclampsia, parto prematuro y bajo peso al nacer³³. De a esto, representa un problema de salud pública debido a las complicaciones que pueden presentarse. Por ello, La detección temprana

de desórdenes psicológicos se convierte en una evaluación indispensable, que garantice un adecuado seguimiento prenatal y tratamiento precoz.

1.3. Justificación

El embarazo y los periodos pre y post parto se conocen como etapas sensibles en la vida de una mujer. Este marco temporal específico, abarca un mayor riesgo de morbilidad psiquiátrica³⁴. Sin embargo, sigue existiendo una carencia de estudios longitudinales sobre el trastorno psicológico y el desarrollo de la enfermedad mental, a pesar de que esta cuestión representa un importante problema de salud pública para las mujeres y sus hijos.

Los datos relativos a las tasas de prevalencia de trastornos de ansiedad son limitados y están obstaculizados por una serie de factores, entre ellos un déficit de investigación. Por otro lado, gran parte de la investigación publicada sólo ha evaluado la ansiedad y depresión posparto a través de revisiones de cartas retrospectivas o estudios de casos, por lo que es difícil sacar conclusiones aceptables sobre la prevalencia de ansiedad perinatal y la relación entre la ansiedad y depresión prenatal y postnatal.

Debido al gran número de mujeres embarazadas en Ecuador resulta indispensable para la promoción de la salud pública el estudio de la prevalencia de trastornos anímicos a los que son vulnerables las gestantes, debido al estrés producido por los cambios fisiológicos y hormonales durante el embarazo. Además, de realizar una evaluación del entorno y los factores psicosociales con potencial de afectar el proceso de gestación.

Identificar tales factores predisponentes y su relación con los cuadros psicológicos mencionados permite dar prioridad a los grupos vulnerables y una atención precoz realizando una promoción de la psicoprofilaxis, que disminuya el riesgo de desarrollo de patologías psicológicas que afecten negativamente el desarrollo del producto y a la madre. Este estudio pretende determinar la frecuencia de depresión y ansiedad en mujeres embarazadas, con la finalidad de generar información que contribuya a la formación de protocolos de promoción y prevención en este grupo poblacional.

1.4. Objetivos generales y específicos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en mujeres embarazadas en el hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar el número de casos de depresión y ansiedad existentes.
- Relacionar los test de ansiedad y depresión con el estado civil y nivel de instrucción educativa.
- Relacionar los test de ansiedad y depresión con la evaluación de gestaciones de bajo o alto riesgo.

1.5. Formulación de hipótesis o preguntas de investigación

Existe mayor depresión y ansiedad en madres solteras, primerizas, con un nivel de instrucción académica o educativa bajo y un embarazo de alto riesgo.

CAPÍTULO 2: MARCO TEORICO

2.1. Depresión

2.1.1. Definiciones

Los síndromes depresivos se definen en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5^{ta} edición (DSM-5)³⁵. Un síndrome depresivo mayor o episodio se manifiesta con cinco o más de los siguientes síntomas, que se presentan la mayor parte del día casi todos los días durante un mínimo de dos semanas consecutivas. Al menos un síntoma es un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer.

SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN	
Insomnio	Pensamiento de inutilidad o culpa
Cambio en el apetito o el peso	Pensamientos recurrentes de muerte.
Retraso psicomotor o agitación	Poca concentración
Bajo consumo de energía	Pérdida de interés o placer en la mayoría o todas las actividades
hipersomnias	Humor deprimido

Tabla 1. Síntomas que definen los síndromes depresivos. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5^{ta} edición (DSM-5) consulta realizada 16 junio del 2016.

Los síntomas causan una aflicción sustancial o afectan el funcionamiento psicosocial, y no son el resultado directo del efecto fisiológico de una sustancia o de un trastorno médico general. Además, los síntomas no pueden ser explicados por la respuesta a la pérdida significativa, aunque el clínico todavía debe considerar cuidadosamente la posibilidad de la depresión si los síntomas se extienden más allá de lo que es normativo después de una pérdida.

2.1.2. Epidemiología

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común en la población general³⁶ y la condición de salud mental más frecuente en pacientes vistos en atención primaria^{37,38}. Aunque los síntomas de la depresión son frecuentes entre los pacientes de atención primaria, pocos pacientes discuten estos síntomas directamente con sus médicos de atención primaria. En cambio, 2/3 de los pacientes de atención primaria con depresión presentan síntomas somáticos como cefalea, dolor lumbar, dolor crónico, haciendo difícil la detección de la depresión³⁹.

Se estima que solo el 50% de los pacientes con depresión se identifican⁴⁰. A menos que se les pregunte directamente sobre su estado de ánimo, los pacientes omiten información sobre los síntomas depresivos por una variedad de razones, como el temor a la estigmatización, creencia de que la depresión no pertenece a la atención primaria, creencia de que la depresión no es una enfermedad "real", preocupación por la confidencialidad de los expedientes médicos, por la prescripción de medicación antidepresiva o la remisión a un psiquiatra⁴¹.

La depresión no tratada se asocia con la disminución de la calidad de vida⁴², el aumento del riesgo de suicidio⁴³, y los pobres resultados fisiológicos cuando la depresión coincide con condiciones médicas crónicas¹. En comparación con las personas no deprimidas, los pacientes con depresión tienen un mayor riesgo de mortalidad (riesgo relativo [RR] 1,81)⁴⁴. Cada año vivido con depresión se estima que puede disminuir entre el 20-40% de la calidad de vida⁴⁵. Además, implica una carga económica significativa, que representa miles de millones de dólares para el estado cada año⁴⁶. Sus efectos se extienden más allá del carácter individual, con un impacto negativo en los empleadores de los pacientes, conyugues y niños⁴⁷.

2.1.3. Factores de riesgo

Los factores de riesgo involucran influencias genéticas, médicas, ambientales y sociales, entre las que se incluyen:

- Episodios depresivos previos
- Historia familiar
- Género femenino
- Parto
- Eventos estresantes de la vida
- Poca ayuda social
- Enfermedades médicas graves
- Demencia
- Abuso de sustancias

Aunque el conocimiento de los factores de riesgo puede ser clínicamente útil, no es suficiente para guiar la práctica clínica o la decisión de detectar depresión.

2.1.4. Presentación y curso de la enfermedad

Los pacientes con síndromes depresivos pueden presentar síntomas de ánimo, cognitivos, neurovegetativos o somáticos. Las manifestaciones del humor incluyen tristeza, angustia emocional, entumecimiento emocional o a veces, ansiedad o irritabilidad⁴⁷. Los síntomas neurovegetativos incluyen pérdida de energía, insomnia o hipermnea, cambios en el apetito o el peso. En mujeres embarazadas, adultos mayores, privados de libertad y algunas etnias culturales, suelen presentar síntomas somáticos con más frecuencia como: cefalea, dolor abdominal o pélvico, dolor de espalda y otras molestias físicas³⁹.

El estado de ánimo deprimido (disforia) es una característica esencial del trastorno depresivo mayor y trastorno depresivo persistente (distimia)³⁵. Los pacientes que parecen tristes (por ejemplo, con lágrimas) inicialmente pueden negar la tristeza y afirmar que se sienten ansiosos o negar los sentimientos. Además, el aumento y persistencia de irritación, frustración, irritabilidad, ira u hostilidad se observa en el 50% de los pacientes con depresión mayor^{48,49}.

La pérdida de interés o el placer (anhedonia) en las actividades anteriormente agradables es también un síntoma cardinal de la depresión mayor unipolar³⁵. Los pacientes experimentan eventos, aficiones y actividades como menos interesantes o divertidas, y pueden informar que "ya no les importa". Inclusive, pueden retirarse o perder el interés en los amigos, y la libido o el interés en el sexo también puede disminuir. Puede acompañarse con cambios en el apetito, que conlleven a una disminución o ganancia de peso. Algunos pacientes tienen que obligarse a comer, mientras que otros comen más y pueden anhelar alimentos específicos (por ejemplo, comida chatarra y carbohidratos). Es común que estos pacientes reporten trastornos del sueño, manifestándose como insomnio o hipersomnia⁵⁰.

A su vez, se ha informado trastornos neurocognitivos asociados al cuadro psiquiátrico, como una disminución de la capacidad de pensar, concentración o toma de decisión. Los pacientes también pueden aparecer fácilmente distraídos o quejarse de dificultades de memoria⁵¹. Para la mayoría de los pacientes deprimidos (especialmente adultos jóvenes y de mediana edad), la disfunción cognitiva se distingue fácilmente de la causada por delirio o demencia.

La disfunción neurocognitiva en la depresión es generalmente leve y está marcada por un mayor número de quejas subjetivas que por hallazgos objetivos. Por otro lado, en los adultos mayores, los problemas de memoria pueden ser confundidos con demencia. Estos problemas a menudo disminuyen con éxito el tratamiento del síndrome depresivo³⁵.

También puede asociarse con trastornos psiquiátricos comórbidos, que incluyen ansiedad (agorafobia sin trastornos de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad de separación, trastorno de ansiedad social y fobia específica), trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastornos de la atención e hiperactividad (TDAH), trastorno desafiante de oposición, trastorno explosivo intermitente y trastornos por abuso de sustancias⁵⁰.

Finalmente, La depresión y las enfermedades médicas generales comórbidas a menudo ocurren juntas, y la dirección es bidireccional. Los pacientes deprimidos generalmente tienen por lo menos una condición médica general, y los pacientes con trastornos médicos generales están a menudo en mayor riesgo de depresión. La comorbilidad médica general no es específica de ningún tipo de enfermedad o sistema de órganos⁵⁰

2.1.5. Diagnóstico y tratamiento

La depresión es más comúnmente diagnosticada y tratada en la atención primaria⁵². Los trastornos depresivos se definen por criterios sindrómicos, por lo que el diagnóstico dependerá de la historia clínica y examen aplicado. La mayoría de las escalas de gravedad de síntomas utilizadas en la detección de la depresión no proporcionan un diagnóstico. Y en cualquier caso, es necesaria una entrevista psiquiátrica para realizar un diagnóstico diferencial adecuado.

La historia es el componente más importante de la evaluación, debe ser obtenida del paciente y en ocasiones puede involucrar un familiar. Se debe indagar sobre síntomas depresivos mencionados previamente³⁵, determinar la cronología de los síntomas actuales y algún antecedente de historia depresiva; por su puesto asociar el impacto de los síntomas en la vida cotidiana del paciente⁵³. Adicional, se realiza un examen físico y exámenes de laboratorio para identificar trastornos somáticos que pueden asociarse a los síntomas presentados.

Dentro de los instrumentos de diagnóstico, se encuentra con métodos estructurados y semi-estructurados como la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5³⁵, pero rara vez se emplea en la práctica clínica. Según estos criterios los trastornos depresivos pueden incluirse en:

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno depresivo persistente
- Trastorno perturbador de la desregulación del estado de ánimo
- Trastorno disfórico premenstrual
- Sustancia/trastorno depresivo inducido por medicación
- Trastorno depresivo debido a otra condición médica
- Otros trastornos especificados. Ej. Depresión menor
- Otros trastornos no especificados

Cada uno de los trastornos se caracteriza por disforia. Cada trastorno depresivo probablemente representa un grupo etiológicamente heterogéneo de afecciones, con manifestaciones clínicas similares, que actualmente no se pueden distinguir y que aún no tienen tratamientos diferenciados.

Una alternativa razonable al DSM-5 para diagnosticar trastornos depresivos es la Clasificación Internacional de Enfermedades-10ª Revisión de la Organización Mundial de la Salud (ICD-10)⁵⁴. Para la depresión mayor, los dos conjuntos de criterios son en gran medida los mismos, mientras que para otros trastornos como la distimia, los criterios difieren sustancialmente.

Las indicaciones para el tratamiento incluyen la combinación de antidepresivos en la depresión mayor que no responde a múltiples antidepresivos en monoterapia, así como antidepresivos más farmacoterapia.. Ej. Antidepresivo más antipsicótico de segunda generación o litio⁵⁵. Se ha sugerido que cuando se prescriben combinaciones de antidepresivos, es preferible usar antidepresivos con distintos mecanismos de acción. Por ello, debe evitarse combinaciones de antidepresivos, tales como un inhibidor de monoamina oxidasa más un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina o un inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina.

Los pacientes con depresión mayor unipolar no psicótica que no responden al tratamiento inicial con monoterapia antidepresiva a menudo reciben terapia complementaria con un segundo antidepresivo. Sin embargo, no está claro que esta práctica sea beneficiosa, debido a los resultados inconsistentes de ensayos aleatorios⁵⁵.

2.2. Ansiedad

El trastorno de ansiedad se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente que es difícil de controlar, provoca angustia o deterioro significativo y ocurre en más de un día durante al menos seis meses. Otras características incluyen síntomas psicológicos de la ansiedad, tales

como aprehensión e irritabilidad, y síntomas físicos (o somáticos) de la ansiedad como aumento de la fatiga y la tensión muscular⁵⁶.

2.2.1. Epidemiología

Es un trastorno frecuente, se ha reportado una prevalencia del 5.1% a 11.9%^{57,58}. Es uno de los trastornos mentales más comunes en los entornos de atención primaria y se asocia con un mayor uso de servicios de salud⁵⁹. Presenta una relación hombre-mujer 2:1 y es el trastornos más común en población de edad avanzada⁵⁶.

Se ha observado una asociación frecuente con trastornos depresivos; además de otros trastornos individuales como la fobia social, específica y trastorno de pánico. Los pacientes con depresión mayor y trastorno de ansiedad tendían a tener un curso de enfermedad más grave y prolongada y un mayor deterioro funcional⁵⁶. Además, es un trastorno frecuente en individuos con dolor crónico.

2.2.2. Patogénesis

Se reconoce que para el desarrollo del trastorno se requiere la interacción de factores biológicos, neuropsicológicos, de personalidad y desarrollo. De factores biológicos, los genéticos parecen predisponer a individuos al desarrollo del trastorno de ansiedad, además se sostiene de comparte herencia común con la depresión mayor y rasgo de personalidad de neuroticismo^{60,61}. Se ha encontrado que el genotipo SS de la región polimórfica ligada al gen del transportador de serotonina (corto / corto) es más frecuente en pacientes con trastornos de ansiedad⁶².

Las investigaciones de posibles alteraciones en los principales neurotransmisores noradrenalina, 5-hidroxitriptamina (5-HT, serotonina) y ácido gamma-aminobutírico (GABA) en ansiedad han tendido a ser pequeñas, inconsistentes o no replicadas. Los primeros estudios sugirieron que los niveles de los metabolitos de norepinefrina 3-metoxi-4-hidroxifenilgicol y ácido vanillil mandélico aumentan en pacientes con ansiedad⁵⁹.

Un estudio de tomografía por emisión de positrones (PET) en pacientes con ansiedad demostró un aumento relativo en el metabolismo de la glucosa en partes del occipital, lóbulo temporal posterior derecho, giro inferior, cerebelo y giro frontal derecho y una disminución absoluta en los ganglios basales. También, se ha reconocido que la ansiedad en la vida adulta se asocia con un número más alto de experiencias traumáticas y eventos indeseables en la infancia⁶³. Es probable que este trastorno ocurra en personas con una inhibición conductual frente a situaciones novedosas.

2.2.3. Manifestaciones clínicas

La preocupación excesiva y persistente es considerada la característica patognomónica del trastorno de ansiedad la mayoría de los pacientes presentan otros síntomas relacionados con hiperactividad y tensión muscular. Muchos refieren trastornos de sueño, fatiga y dificultad para relajarse. Acompañado de dolores de cabeza, cuello, hombros y espalda.

Estas personas reportan un mayor número de preocupaciones, pero comparten las mismas inquietudes sobre la salud, familia y relaciones interpersonales, trabajo y finanzas que grupos controles no ansiosos⁶⁴. Los pacientes con trastorno de ansiedad típicamente responden

positivamente a la pregunta, "¿Se preocupan excesivamente por asuntos menores?", mientras que una respuesta negativa descarta el diagnóstico.

Es considerada una enfermedad potencialmente crónica, con síntomas que fluctúan a través del tiempo. Tiene un inicio gradual con la presencia de trastorno sindrómico completo posterior. Los pacientes con una edad temprana de inicio tienen a tener un curso más prologado con depresión comórbida y otros trastornos⁵⁶. También se asocia con un grado significativo de deterioro funcional, como en la depresión. Además, de la relación con mala salud cardiovascular y enfermedad coronaria⁶⁵.

2.2.4. Diagnóstico y tratamiento

Evaluación de un paciente con posible trastorno de ansiedad debe incluir una cuidadosa historia y una evaluación de los síntomas, así como la identificación de otros problemas psiquiátricos. Ante la sospecha de una causa física de síntomas de ansiedad (por ejemplo, ansiedad de inicio tardío, con pérdida de peso o deterioro cognitivo) realizar un examen físico y estudios de laboratorio para descartar causas orgánicas.

El diagnóstico de desórdenes de ansiedad se basa en la presencia de ansiedad excesiva, persistente y generalizada y una combinación de varios síntomas somáticos y psicológicos. Los criterios diagnósticos de DSM-5 para el trastorno de ansiedad generalizada incluyen³⁵:

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectativa aprensiva), que ocurren más días que no durante al menos seis meses, sobre una serie de eventos o actividades (como el trabajo o el rendimiento escolar).
- B. El individuo encuentra difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian con tres (o más) de los siguientes seis síntomas (con al menos algunos síntomas que han

estado presentes durante más días que durante los últimos seis meses)⁸⁷:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">a. Inquietud o sensación enganchada o en el borde.b. Estar fatigado fácilmentec. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.d. Irritabilidade. Tensión muscularf. Trastornos de sueño <p>D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.</p> <p>E. La perturbación no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación) u otra condición médica (por ejemplo, hipertiroidismo).</p> <p>F. La perturbación no se explica mejor por otro trastorno mental.</p> |
|--|

Tabla 2. Síntomas característicos del trastorno de ansiedad. Manual del DSM-5. Extraído el 26 de junio del 2016.

La característica esencial de los criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad en la CIE-10 es la ansiedad "flotante", con tensión, preocupación y sentimientos de aprehensión acerca de los acontecimientos y problemas cotidianos⁵⁴. El diagnóstico también requiere la presencia de al menos cuatro características más de una lista de 22 síntomas relacionados con la excitación autonómica, tensión, estado mental, malestar en el pecho/abdominal y trastornos del sueño.

Para los pacientes recién diagnosticados con trastorno de ansiedad, se recomienda el tratamiento inicial con un antidepresivo serotoninérgico de recaptación (SRI), terapia cognitivo-conductual (TCC) o ambos, en lugar de otros tratamientos. Por otro lado, en la mayor parte de los pacientes con ansiedad la selección entre la TCC y la medicación puede basarse en la disponibilidad del tratamiento y la preferencia del paciente. Los

pacientes con ansiedad que coincide con depresión grave pueden ser demasiado sintomáticos para participar plenamente y participar en la TCC. En estos casos, favoreceríamos el tratamiento inicial con un SRI con o sin TCC⁶⁶.

2.3. Trastornos psiquiátricos durante el embarazo

Aunque el embarazo suele ser un momento de bienestar emocional para las mujeres, muchas mujeres embarazadas sufren trastornos mentales, incluyendo el inicio o recurrencia de la depresión mayor unipolar. La depresión prenatal a menudo no es reconocida; por lo tanto, se recomienda la detección para facilitar el diagnóstico y el tratamiento.

El desarrollo de trastornos psiquiátricos durante el embarazo o el primer año post parto es común y puede tener consecuencias devastadoras para las mujeres, hijos y otros miembros de la familia. Se ha estimado que la prevalencia de depresión perinatal varía entre 5% al 25%³³; según el momento de evaluación y características de la población. En un metanálisis reciente se estimó una prevalencia de depresión de 7.4%, 12.8% y 12% durante el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo respectivamente⁶⁷.

Considerando los trastornos de ansiedad durante el embarazo, no hay datos homogéneos. Borri et al., informa una prevalencia de 21.7%, similar a lo obtenido por Grant et al^{68,69}. Mientras, Andersson et al., indica una frecuencia de 6.6%⁷⁰. Reconocer y tratar los trastornos afectivos y de ansiedad se considera un factor importante debido a que la depresión no tratada durante el embarazo puede conducir a resultados desfavorables tanto para las mujeres como los niños. Por otro lado, la ansiedad durante el embarazo no permite tener buenas expectativas sobre la maternidad⁶⁹.

Actualmente se han descrito complicaciones asociadas a la presencia de trastornos afectivos durante la gestación, entre ellas se incluye: ganancia inadecuada de peso, poca frecuencia de cuidados prenatales, nacimiento prematuro, peso bajo al nacer y bajos niveles en Score de Apgar^{69,71}. Por tanto, queda en evidencia el alto riesgo que representan los trastornos afectivos en mujeres embarazadas.

Se ha identificado factores predisponentes para la manifestación de depresión o ansiedad⁷². Entre ellos se incluyen edad temprana al momento de concepción, bajos ingresos, abortos espontáneo, historia de abuso sexual, baja autoestima, bajo apoyo de pareja o familiares e historia de síntomas depresivos y ansiedad previa^{73,74}. Que afectan negativamente el progreso de la gestación, contribuyendo a complicaciones previamente expuestas.

Las características clínicas y el curso de patologías psiquiátricas en mujeres embarazadas generalmente se asemejan a las características y el curso observado en la población general de adultos con depresión mayor. Sin embargo, la tasa de prevalencia de suicidio en mujeres embarazadas parece ser inferior a la tasa baja en la población general de mujeres⁷⁰.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la investigación

3.1.1. Tipo de investigación

Estudio observacional, prospectivo, no experimental y transversal, que tiene como finalidad determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en mujeres embarazadas en la población seleccionada. Se tomaran para este estudio los casos reportados durante el periodo junio 2016-enero 2017.

3.1.2. Lugar

EL estudio se llevará a cabo en el hospital gineco-obstétrico Enrique Sotomayor ubicado en Pedro Pablo Gómez y 6 de Marzo, Pedro Pablo Gomez Teresa, Guayaquil 090315, Ecuador, actualmente Hospital gineco-obstétrico Alfredo Paulson ubicado en la ciudadela atarazana juntos al hospital del niño Roberto G. Elizalde, Guayaquil 090514, Ecuador. debido a la cantidad de pacientes que recibe diariamente y la atención especializada que brinda a la población seleccionada para la investigación.

3.1.3. Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Nivel de medición	Instrumentos de medición	Estadística
Sexo	Conjunto de características biológicas que caracterizan a los pacientes como masculino y femenino.	Conjunto de características biológicas que caracterizan a los pacientes como masculino y femenino en mujeres embarazadas.	Masculino Femenino	Nominal	Ficha clínica	Frecuencia; Porcentaje
Edad	Tiempo transcurrido entre la fecha de nacimiento del paciente y su intervención quirúrgica.	Tiempo transcurrido entre la fecha de nacimiento del paciente y su intervención quirúrgica en mujeres embarazadas.	12-18 años. 19-25 años. 25-35 años. >35 años.	Ordinal	Ficha clínica	Frecuencia; Porcentaje
Nivel de instrucción académica	Fases secuenciales del sistema de educación que agrupan a los distintos niveles de formación, teniendo en cuenta que se realicen antes o después de haber recibido la primera titulación.	Fases secuenciales del sistema de educación que agrupan a los distintos niveles de formación, teniendo en cuenta que se realicen antes o después de haber recibido la primera titulación en mujeres embarazadas.	-Pre-escolar -Primaria -Secundaria -Bachiller -Universidad -Cuarto Nivel	Nominal	Ficha clínica	Frecuencia; Porcentaje

Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto en mujeres embarazadas	-Soltera -Unida -Casada -Divorciada -Viuda	Nominal	Ficha clínica	Frecuencia; Porcentaje
Edad de Gestación	Término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas.	Término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas. En mujeres embarazadas	-Menor a 20 semanas -21-36 semanas -37-42 semanas	Ordinal	Ficha clínica	Frecuencia; Porcentaje
Número de gestaciones	Cuantificación de estado de embarazo	Cuantificación de estado de embarazo en población de estudio	Primigesta Multigesta	Nominal	Ficha clínica	Frecuencia; Porcentaje
Riesgo de embarazo	Condición que supone el estado de embarazo y contribuye a su pronóstico.	Condición que supone el estado de embarazo y contribuye a su pronóstico en mujeres embarazadas	-Bajo riesgo -Moderado riesgo -Alto riesgo -Muy alto riesgo	Ordinal	Ficha clínica	Frecuencia; Porcentaje
Depresión	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas en mujeres embarazadas.	1-10: normales. 11-16: Leve perturbación del estado de ánimo. 17-20: Estados de depresión intermitentes. 21-30: Depresión moderada. 31-40: Depresión grave. + 40: Depresión extrema	Ordinal	Ficha clínica, cuestionario	Frecuencia; Porcentaje
Ansiedad	Trastorno manifestado por sensaciones de preocupación, ansiedad o miedo	Trastorno manifestado por sensaciones de preocupación, ansiedad o miedo en mujeres embarazadas	-Bajo Riesgo: 1 -Alto riesgo 2 -Muy alto riesgo: 3	Ordinal	Ficha clínica, cuestionario	Frecuencia; Porcentaje

3.1.4. Cronograma

Actividad	Responsable	MESES												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1. Elaboración de ficha técnica.	Cristina Ludeña	X	X	X										
	Cristina Ludeña													
2. Solicitud de permiso por escrito para realización de tesis.					X	X								
	Cristina Ludeña													
3. Solicitud de permiso por escrito del hospital.					X	X								
	Cristina Ludeña													
4. Elaboración de anteproyecto.							X	X						
	Cristina Ludeña													
5. Entrega del primer borrador								X						
	Cristina Ludeña													
6. Aprobación del anteproyecto.								X						
	Cristina Ludeña													
7. Recolección de datos.					X	X	X	X	X					
	Cristina Ludeña													
8. Procesamiento de datos.									X	X				
	Cristina Ludeña													
9. Elaboración final del trabajo de titulación.									X	X	X	X		
	Cristina Ludeña													
10. Entrega final de tesis.												X	X	
	Cristina Ludeña													
11. Entrega de documentos habilitantes para sustentación.														X
	Cristina Ludeña													
12. Sustentación de tesis.														X

3.2. Población y muestra

Población: representada por gestantes que acuden de la maternidad Enrique Sotomayor durante el periodo de estudio.

Muestra: Gestantes que acuden a maternidad Enrique Sotomayor registradas en programa de Psicoprofilaxis durante periodo de estudio.

3.2.1. Criterios de inclusión

- Pacientes gestantes mayores de 18 años
- Pacientes hospitalizadas gestantes que puedan ser entrevistadas durante interconsulta con psicología.
- Pacientes gestantes que acuden a consulta externa para control perinatal
- Pacientes gestantes inscritas en programa de psicoprofilaxis de la maternidad.

3.2.2. Criterios de exclusión

- Pacientes diagnosticadas con un trastorno psicoafectivo antes del embarazo.
- Pacientes que no firmen consentimiento informado.

3.3. Descripción de instrumentos, herramientas y procedimientos de la investigación

3.3.1. Cuestionarios

Se realiza la Evaluación del riesgo perinatal según la guía del Ministerio de Salud del Ecuador para la valoración de salud materna según los signos de alerta de la historia clínica perinatal del CLAP/SMR-OPS/OMS. MSP-HCU. Form # 051⁷⁵. Clasificando así a las gestantes según su probabilidad de obtener un resultado obstétrico perinatal desfavorable.

Entendiéndose como embarazos de Bajo Riesgo: toda aquella gestación que evoluciona en forma normal y los resultados perinatales son buenos sin demasiado intervencionismo ni utilización de tecnología de última generación.

Por otro lado, embarazo de Alto Riesgo corresponde: a aquel que evoluciona de forma fisiológica (sin intervencionismo) presentan un riesgo considerable de malos resultados obstétricos perinatales. Son aquellos que en la historia clínica perinatal constan de alguno de los siguientes elementos, encasillados en el CIE- como Z-35.

TABLA 1 CRITERIOS DE ALTO RIESGO Y MUY ALTO RIESGO	
ALTO RIESGO	
<ul style="list-style-type: none"> ● Desnutrición materna, sobrepeso, obesidad <ul style="list-style-type: none"> ○ Edad entre 15 y 18 años, edad \geq 35 años ○ Gran paridad (4 o más) ○ Intervalo intergenésico menos de 2 años ○ Antecedentes de parto prematuro y/o producto bajo peso ● Anemia nutricional (Hb 8-10.9g/dL) <ul style="list-style-type: none"> ○ Cesárea anterior ○ Miomectomía previa ○ Retraso mental, ○ trastorno mental. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Rh negativa no sensibilizada <ul style="list-style-type: none"> ○ Peso \leq 45 Kg en cualquier momento del embarazo ○ Sin control prenatal o inicio de controles al tercer trimestre (>28sem) ○ Amenaza de aborto ○ Infecciones de vías urinarias ● Otros <ul style="list-style-type: none"> ○ Sífilis no tratada ○ Asma bronquial ○ Talla <1.50 m ○ Embarazo > 41 semanas ○ Embarazo múltiple

EMBARAZO DE MUY ALTO RIESGO	
<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo < 15 años • Anemia <7g • Trastornos hipertensivos del embarazo • Aborto habitual • Antecedente de defunción fetal tardía • Antecedente de enfermedad genética o malformaciones congénitas • Polihidramnios u oligoamnios • Restricción del crecimiento Intrauterino • Sangrado del 2do o 3er trimestre del embarazo • Cáncer de mama y otro • Tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, farmacodependencia durante embarazo • Tuberculosis pulmonar activa • Herpes genital activo en el 3er trimestre sobre todo al momento del parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Ruptura prematura de membranas • Malaria, Dengue o Chagas durante embarazo • Embarazos múltiples (3 o más) • Embarazo con VIH/SIDA • Infección vaginal por estreptococo del grupo B • Cardiopatías • Nefropatías • Diabetes Mellitus y otra patología endocrina • Hemoglobinopatías • Cáncer de cuello uterino invasor • Enfermedades autoinmunes • Condilomatosis genital obstructiva • Malformaciones congénitas genitales maternas

Tabla1. Embarazo de alto y muy alto riesgo. Adaptado de Control prenatal. Atención primaria (2015). consulta realizada el 3 de junio del 2016

STAI/ER

Se utilizó la Octava edición del cuestionario STAI publicada en el 2011. Dicho cuestionario es empleado para valuar dos conceptos independientes de la ansiedad, cada uno de ellos con 20 frases⁷⁶.

Ansiedad como estado (A/E): permite reconocer un estado emocional transitorio, con síntomas subjetivos. Conscientemente percibidos, de

atención y aprensión; y por hiperactividad del Sistema nervioso autónomo⁸⁸. Ansiedad como rasgo (A/R):indica a la predisposición de una persona a percibir las situaciones como amenazadoras, esta situación se mantiene estable durante el tiempo⁸⁸.

El inventario de ansiedad estado/ rasgo tiene dos partes en donde se evalúa primero la ansiedad de estado enfocándose al paciente para que conteste las preguntas según como se siente en ese preciso instante. Además, se solicita al paciente cuáles son sus actitudes o como es su estado anímico generalmente. Estas dos evaluaciones constan de frases que se utilizan para describirse a sí mismo, valorándose en una puntuación de 0-3 como nada, algo, bastante y mucho en la evaluación de ansiedad de estado; y la puntuación de 0-3 como casi nunca, a menudo, a veces y casi siempre en la evaluación de ansiedad de rasgo. Indicando que se debe escoger la respuesta que mayor se ajuste a la descripción del paciente.

Para obtener el valor total, se debe considerar al realizar el sumatorio las puntuaciones para A/E invertir las puntuaciones de los siguientes ítems 1, 2,5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20; mientras para A/R se debe invertir las puntuaciones de los ítems 21, 26, 30, 33, 36, 39. Es decir, los que eran 0, 1, 2,3 pasaran a ser 3, 2, 1,0.

La interpretación de los resultados del test se realiza según los baremos correspondientes y a mayor percentil, mayor su tendencia (persona con niveles de tensión, angustia, nerviosismo, etc.). Pero es considerado que por encima de 70 la persona tiene tendencia a la ansiedad (como estado/rasgo), entre 30-70 no destacable y por debajo

de 30, nivel bajo de ansiedad (persona calmada, que se encuentra bien, segura.

Tabla 10. Baremos en centiles y decapitos para ansiedad estado y rasgo. Adolescentes y Adultos, Varones y Mujeres

Percentiles	Puntuaciones directas												Decapitos
	Adolescentes				Universitarios				Adultos				
	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		
	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	
99	39-60	42-60	45-60	50-60	39-60	41-40	45-60	45-60	39-60	41-60	44-60	48-60	10
97	37-38	37-41	40-44	44	38	38-40	41-44	42-44	35-38	39-40	42-43	44-47	9
95	34-36	36	36-39	42	35-37	34-37	38-40	40-41	31-34	35-38	37-41	40-43	9
90	33	34-35	33-35	37-38	32-34	30-33	35-37	38-39	28-30	32-34	34-36	37-39	8
87	32	33	32	36	31	29	34	36-37	27	31	33	35-36	9
85	30-31	31-32	31	35	30	28	33	34-35	26	29-30	30-32	33-34	6
80	29	30	30	34	28-29	27	36-32	32-33	24-25	27-28	26-29	32	7
77	28	29	29	33	27	26	29	31	23	26	27	31	7
75	27	27-28	28	32	26	25	28	29-30	21-22	24-25	25-26	30	7
70	26	26	27	31	24-25	23-24	25-27	27-28	20	23	22-24	28-29	7
65	25	25	24-25	29-30	22-23	22	24	25-26	18-19	21-22	20-21	27	6
60	23-24	24	23	28	21	20-21	22-23	23-24	17	20	18-19	25-26	6
55	21-22	23	22	27	18-20	19	19-21	21-22	16	19	17	24	6
50	19-20	22	20-21	26	17	18	17-18	20	15	18	15-16	22-23	6
45	18	21	19	25	15-16	17	15-16	19	14	16-17	14	20-21	5
40	17	20	17-18	24	13-14	16	14	18	13	15	13	19	5
35	15-16	19	15-16	22-23	12	15	13	17	12	14	12	18	5
30	13-14	17-18	14	21	11	13-14	12	15-16	11	13	11	17	4
25	12	16	13	20	10	12	11	14	9-10	12	-	16	4
23	11	15	12	19	9	11	10	-	-	11	10	15	4
20	9-10	14	11	18	7-8	10	9	13	8	10	9	14	4
15	8	13	10	17	6	9	8	12	7	-	8	13	3
13	7	12	9	16	5	8	7	11	6	9	7	11-12	3
10	5-6	10-11	6-8	13-15	4	6-7	5-6	9-10	4-5	7-8	5-6	10	3
5	3-4	8-9	4-5	11-12	2-3	4-5	4	8	3	5-6	3-4	8-9	2
3	1-2	7	2-3	8-10	1	3	3	6-7	2	3-4	2	6-7	2
1	0	0-6	0-1	0-7	0	0-2	0-2	0-5	0-1	0-2	0-1	0-5	1
N	228	228	306	306	208	193	379	338	446	447	690	693	N
Media	19,80	22,29	20,92	26,24	18,44	19,02	20,01	22,45	16,25	18,98	18,32	23,37	Media
Desv. Típicas	10,04	8,63	10,57	8,91	11,09	9,49	11,47	10,57	9,65	9,75	11,33	10,45	Desv. Típica

TABLA 3. Baremos en centiles y decapitos para ansiedad estado y rasgo en adolescentes adultos varones y mujeres. Cuestionario STAI Interpretacion. Consulta realizada 30 junio 2016.

Escala BDI de depresión

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es auto informe de lápiz y papel. No obstante, se puede administrar como una entrevista si es necesario. Este tiene como principal objetivo valorar la presencia de síntomas depresivos y su gravedad, puede ser aplicado en una población con pacientes con trastornos psicoafectivos o enfermedades clínicas, tanto adolescentes como adultos.

Consta de 21 ítems que se diferencian de otros test por evaluar sobre todo síntomas depresivos cognitivos: 10 de sus 21 ítems se refieren a síntomas cognitivos, mientras que sólo 4 de sus ítems evalúan síntomas fisiológicos, 3 síntomas anímicos y 3 síntomas motivacionales. Cubriendo

así todos los criterios del DSM-5 para realizar un diagnóstico de depresión y el 88.9% de los síntomas para un trastorno depresivo mayor^{77,90}.

El test está diseñado para que su duración sea de 5-10 minutos. Cada ítem del BDI-IA busca reconocer síntoma depresivo mediante cuatro afirmaciones alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad⁹⁰. El paciente escoge la afirmación que mejor refleje su estado actual incluyendo el día del test y el evaluador puede en caso de que exista una causa física que le podría alterar el resultado del test realizar una corrección o aplicar el test en modo de entrevista para evitar la obtención de información errónea.⁹⁰.

Cada afirmación puede tener un valor entre 0 a 3 puntos yendo en orden de menor a mayor, una vez obtenidas las respuestas se realiza la sumatoria y se obtiene la puntuación total que puede ser de 0 a 63 y que nos permite volver cuantificable en un valor los síntomas depresivos y determinar la presencia o no de depresión y la gravedad de la sintomatología. La forma más práctica de interpretar esta puntuación es:

- 0-13 mínima
- 14-19 Leve
- 20-28 moderada
- 29-63 Grave

Del puntaje de 0-13 es considerado depresión mínima de carácter no patológico, a partir de este valor todos los resultados del test mayor a 13 necesitan de una consulta psicológica y asesoría, pero con la diferencia de que de 14-19 es leve y este estado depresivo puede o no requerir

medicamentos a diferencia de un puntaje mayor a 20 podría requerir atención en un centro especializado de salud mental.

3.3.2. Procedimientos de la investigación

Una vez seleccionadas las participantes previa firma del consentimiento informado se procedió a realizar la historia clínica del paciente con clasificación de embarazo de alto o bajo riesgo según los criterios clínicos. Además de la evaluación psicológica usando escalas de ansiedad y depresión previamente descritas a manera de entrevista.

- Usar tests STAI para determinar A/E y A/R.
- Comparar con baremos en centiles y decapitos para la población según sea adolescente, universitarios y adultos mayores.
- Evaluar depresión con test BDI

Una vez obtenida la información, fue ingresada en una base de datos de Microsoft Excel, para ser procesados y analizados con el software estadísticos SPSS, aplicando métodos estadísticos adecuados para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

3.4. Aspectos éticos y legales

Con la aprobación del departamento de docencia y administración del hospital Enrique Sotomayor de Guayaquil y bajo la tutela del Doctor Marco Echeverría y el Psicólogo Clínico Cesar Valcarcel, se determinó las áreas y las condiciones en las cuales se podía realizar la entrevista para la evaluación del estado psicológico de las pacientes guardando siempre un ambiente de confidencialidad y comodidad. A todos los individuos se explicó el procedimiento y contenido expuesto en consentimiento informado, solicitando su firma como aceptación de participación del

estudio; en caso de ser menor de edad se pidió la firma de la paciente más la de su representante legal.

Toda la información obtenida será manejada bajo codificación numérica, respetando principios éticos de confidencialidad y privacidad. El procedimiento del estudio no representa ningún riesgo para las participantes, debido a la seguridad de su diseño.

Todas las pacientes que demuestren conductas autodestructivas, o resultados positivos en los test de depresión y ansiedad son evaluadas por el departamento de psicología del hospital y correctamente asesoradas por un profesional capacitado y autorizado para asegurar la seguridad de la paciente y el feto.

Marco legal

Este estudio cumple los objetivos de investigación descritos según el marco constitucional de la República del Ecuador, como se indica en el artículo 350 de la Constitución, que relata que el sistema de Educación Superior tiene la finalidad de motivar la investigación científica y tecnológica como método para construir soluciones para los problemas del país⁷⁸. Además de la Ley de Educación Superior (LOES) que fomenta el desarrollo de investigación en sus artículos 8, 12 Y 138, respectivamente⁷⁹.

CAPÍTULO 4: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis de resultados

Se obtuvo una muestra de 150 gestantes que cumplieron criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio. A continuación se detallan los resultados obtenidos a partir del análisis estadístico de las variables de estudio.

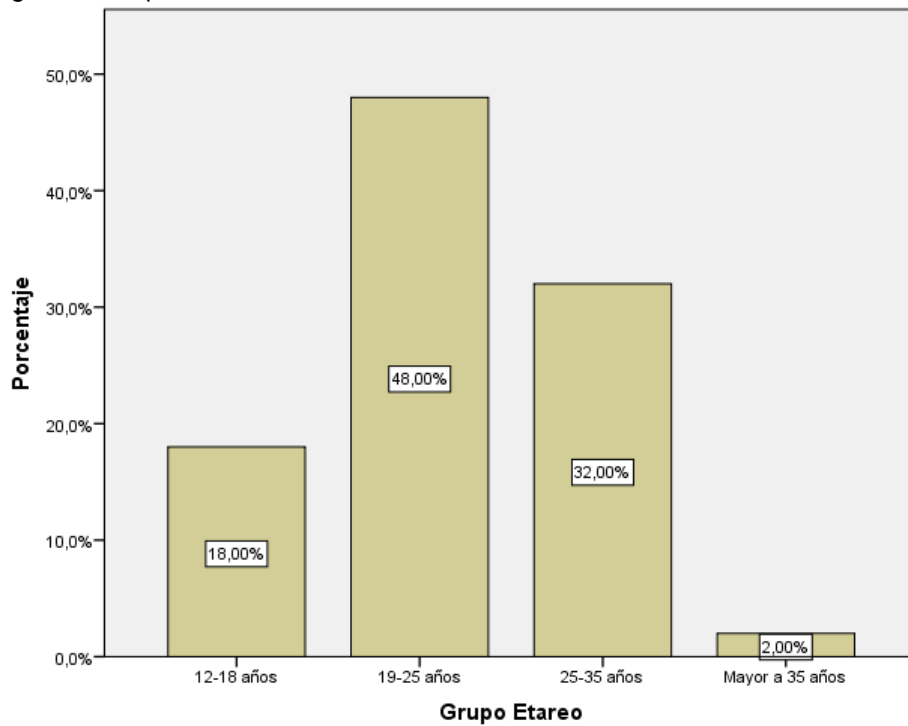
Se realiza una descripción de las características de la población de estudios. Sobre rasgos epidemiológicos y sociales que pueden constituir factores que pueden influir durante el periodo de gestación contribuyendo al desarrollo de cuadros o manifestaciones de ansiedad y depresión en las pacientes. Situación que afecta el desarrollo del producto como se ha expuesto a lo largo del documento.

4.1. Descripción general de la población de estudio

Grupo etáreo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
12-18 años	27	18,0	18,0	18,0
19-25 años	72	48,0	48,0	66,0
25-35 años	48	32,0	32,0	98,0
Mayor a 35 años	3	2,0	2,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Figura 1. Grupo etáreo



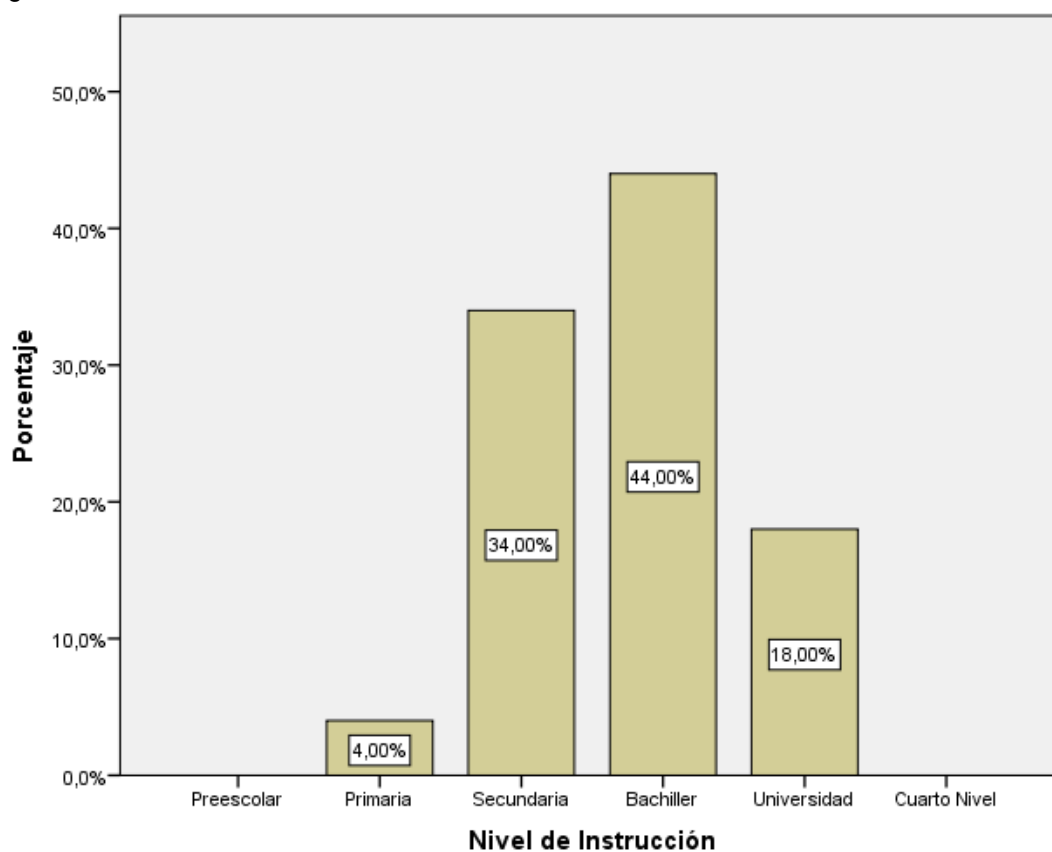
En la tabla 1, se expone que el 48% de las participantes corresponde a un rango de edad entre 19 a 25 años; seguidos por 25-35 años con un 32%. Corroborándose que gran parte del proceso de gestación ocurre en edades tempranas. De igual forma, se exponen tales resultados en la Figura 1.

Nivel de Instrucción Académica

Tabla 2. Nivel de Instrucción

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria	6	4,0	4,0	4,0
Secundaria	51	34,0	34,0	38,0
Bachiller	66	44,0	44,0	82,0
Universidad	27	18,0	18,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Figura 2. Nivel de Instrucción



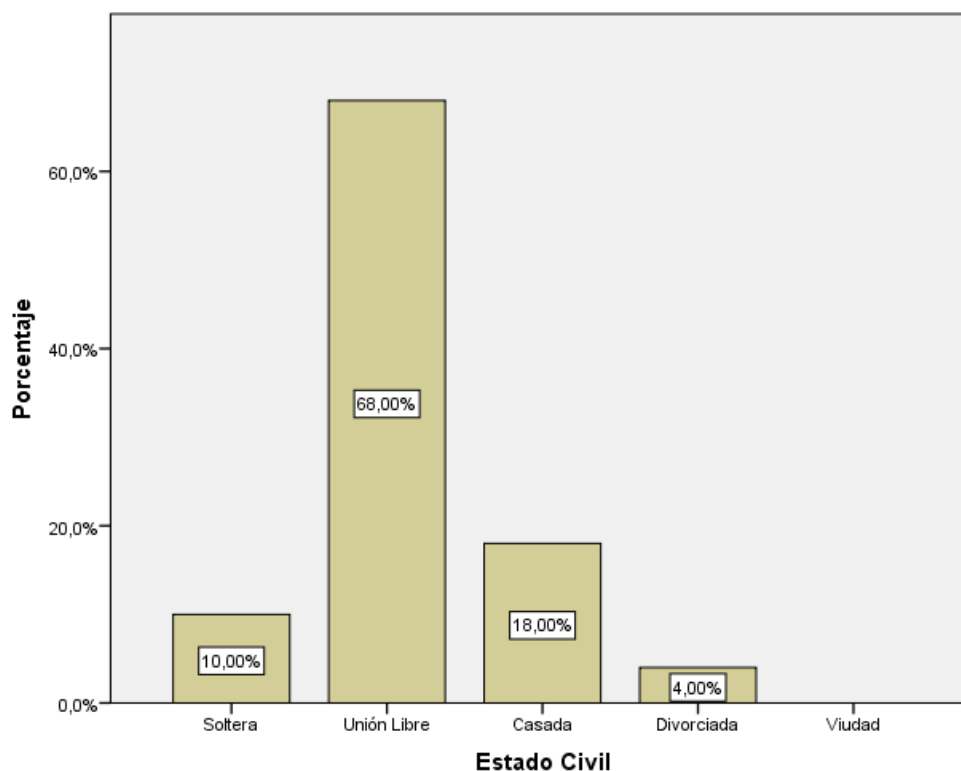
En relación al nivel de instrucción académico que presentaron las participantes del estudio se evidencia que el 44,0% reporta ser bachiller, es decir, que ha terminado estudios secundarios. Seguido por aquellas que cursan la secundaria en la actualidad, con el 34,0%.

Estado civil

Tabla 3. Estado Civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltera	15	10,0	10,0	10,0
Unión Libre	102	68,0	68,0	78,0
Casada	27	18,0	18,0	96,0
Divorciada	6	4,0	4,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Figura 3. Estado civil



Al determinar el estado civil más frecuente, se evidenció que gran parte de la población indicó convivir en unión libre con su pareja con un 68,0%. Mientras solo el 18,0% de las pacientes se encuentran casadas con su actual conviviente. Además, el 10,0% reporta ser soltera y no tener ninguna relación en la actualidad.

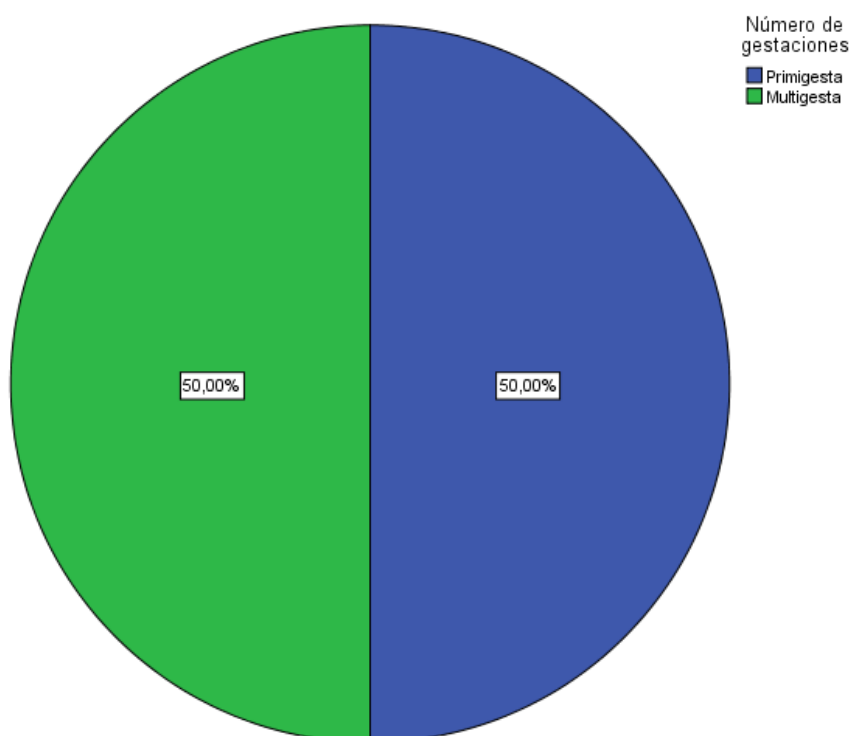
4.2. Descripción gineco-obstétrica de las participantes de estudio

Número de gestaciones

Tabla 4. Número de gestaciones

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primigesta	75	50,0	50,0	50,0
Multigesta	75	50,0	50,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Figura 4. Número de gestaciones



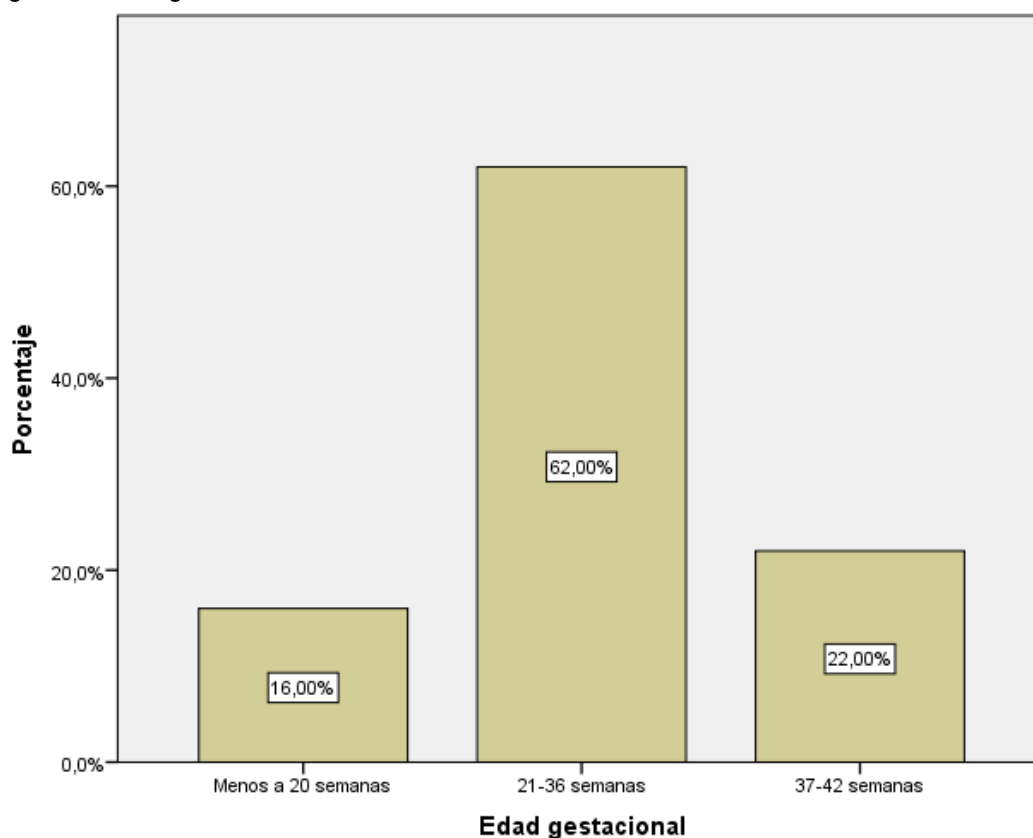
Al realizar la evaluación de las características gineco-obstétricas de las pacientes se observó que la mitad (50.0%) de la población participante cursaba por el proceso de embarazo por primera vez. Mientras la otra mitad, presentaba su segunda o tercera gestación. Lo que convierte, tener una muestra homogénea en relación al conocimiento de los cambios y repercusiones del embarazo.

Edad gestacional

Tabla 5. Edad gestacional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menos a 20 semanas	24	16,0	16,0	16,0
21-36 semanas	93	62,0	62,0	78,0
37-42 semanas	33	22,0	22,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Figura 5. Edad gestacional



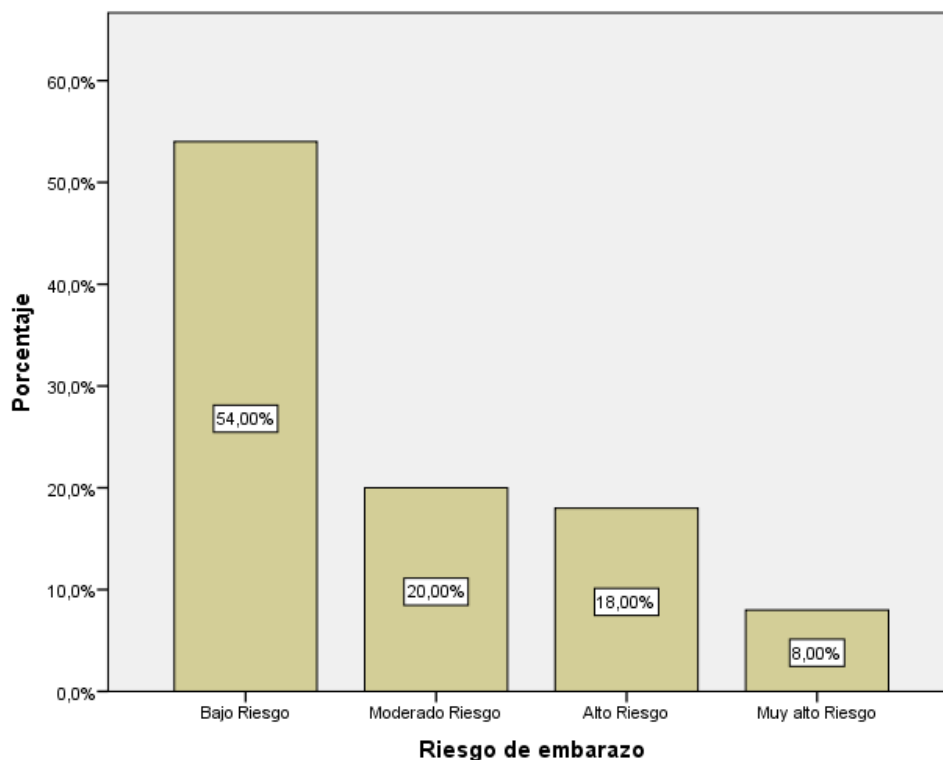
Se evaluó la edad gestacional de las participantes del estudio, informándose que el 62,0% cursaban entre la semana 21 y 36 de gestación. Seguido por el 22,0% entre la semana 37 y 42. Conocer esta frecuencia supone un valor importante, puesto que es necesaria para la determinar si el desarrollo fetal es acorde a la misma.

Riesgo en proceso de embarazo.

Tabla 6. Riesgo en embarazo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo Riesgo	81	54,0	54,0	54,0
Moderado Riesgo	30	20,0	20,0	74,0
Alto Riesgo	27	18,0	18,0	92,0
Muy alto Riesgo	12	8,0	8,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Figura 6. Riesgo en embarazo



Uno de los parámetros más importantes en la evaluación gineco-obstétrica, se informa que la mayoría de las participantes (54.0%) presentó un riesgo bajo de complicaciones durante el embarazo, pues todos los parámetros se encontraban en rangos normal. Sin embargo, un 18.0% presentó un riesgo alto y el 8.0% riesgo muy alto; lo que conlleva a la necesidad de un control estricto en estas pacientes.

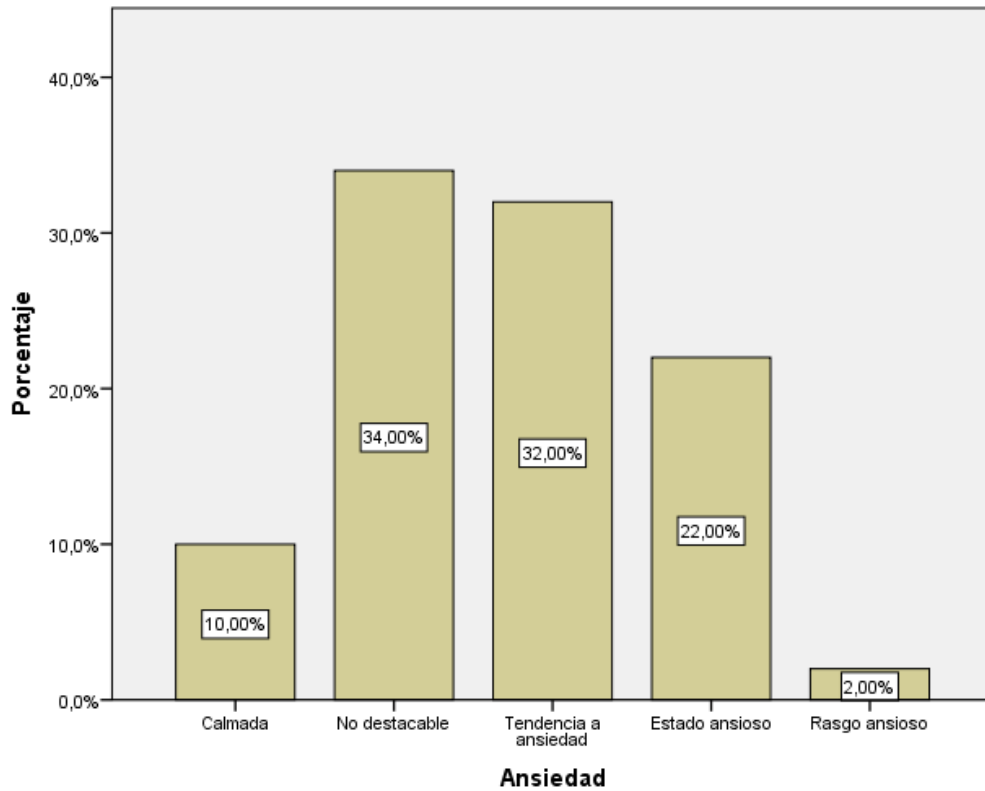
4.3. Prevalencia de ansiedad y depresión en población de estudio

Ansiedad en mujeres embarazadas

Tabla 7. Prevalencia de ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Calmada	15	10,0	10,0	10,0
No destacable	51	34,0	34,0	44,0
Tendencia a ansiedad	48	32,0	32,0	76,0
Estado ansioso	33	22,0	22,0	98,0
Rasgo ansioso	3	2,0	2,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Figura 7. Prevalencia de ansiedad en la población de estudio



Al analizar la frecuencia de ansiedad en mujeres embarazadas, se encontró una prevalencia de 56% que corresponde a un 22.0% que presenta un estado ansioso que inferimos se debe al estado de gestación, y un 32.0% que se encuentra con un estado ansioso pero que evidenció tendencia a la ansiedad por lo que cualquier estado ajeno a la estación puede influenciar en la aparición de la ansiedad.

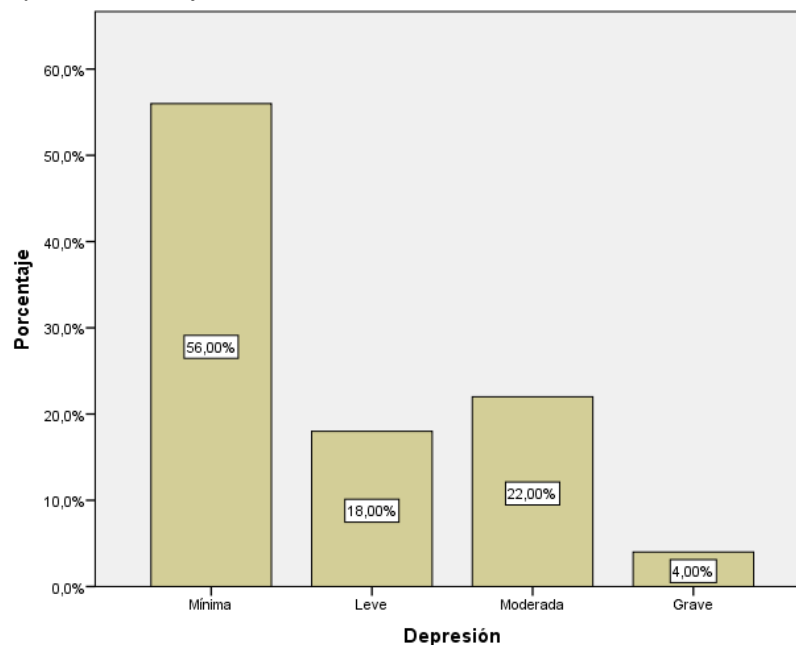
Lo que constituyen valores elevados; además del riesgo que suponen en el desarrollo del producto y la salud materna como se ha descrito en la literatura. A diferencia de un 46 % que se encontraba en un estado de calma o ansiedad no destacable que se traduce como normal o el 2.0% de pacientes que a pesar de presentar un rasgo ansioso que las predispone a estados de ansiedad el embarazo no desencadenó esta situación.

Depresión en mujeres embarazadas

Tabla 8. Depresión en mujeres embarazadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mínima	84	56,0	56,0	56,0
Leve	27	18,0	18,0	74,0
Moderada	33	22,0	22,0	96,0
Grave	6	4,0	4,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Figura 8. Depresión en mujeres embarazadas



De igual forma, al evaluar la prevalencia de depresión en la población de estudio se encontró que la prevalencia fue de 44% de depresión en distintos grados entre leve moderada y grave, que representan manifestaciones de depresión considerables que pueden afectar tanto a la madre como el feto; y por ende requieren intervención oportuna y terapia psicológica, Sin embargo, un 26.0% presentó una evaluación entre moderada y grave, lo cual representa un riesgo mayor a las ideaciones suicidas. El cuestionario realizado a las gestantes mostró que 4 de nuestras pacientes presentaron ideaciones constantes de autoinflingirse lesiones o intentos de suicidio. El 56.0% restante presentó rasgos

mínimos que se traducen como normales, puesto que existen situaciones mínimas que pueden generar cambios en las herramientas de evaluación no considerados patológicas.

4.4. Relación entre Ansiedad y depresión con factores sociales y riesgo en el embarazo en población de estudio.

Ansiedad vs Grupo etáreo

Tabla 9. Relación entre ansiedad y grupo etáreo

		Grupo Etáreo				Total
		12-18 años	19-25 años	25-35 años	> 35 años	
Ansiedad	Calmada	3	6	3	3	15
	No destacable	18	21	12	0	51
	Tendencia a ansiedad	0	24	24	0	48
	Estado ansioso	6	21	6	0	33
	Rasgo ansioso	0	0	3	0	3
Total		27	72	48	3	150

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	61,526 ^a	12	,000
Razón de verosimilitud	55,259	12	,000
Asociación lineal por lineal	,719	1	,397
N de casos válidos	150		

a. 10 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,06.

El análisis de relación entre la manifestación de ansiedad y el grupo etáreo demuestra una relación significativa entre las variables. Lo que se traduce en una relación de dependencia entre la edad y la presencia de ansiedad en las mujeres embarazadas que participaron en la investigación.

Depresión vs Grupo etáreo

Tabla 10. Relación entre depresión y grupo etáreo

		Grupo Etáreo				Total
		12-18 años	19-25 años	25-35 años	Mayor a 35 años	
Depresión	Mínima	12	36	33	3	84
	Leve	6	15	6	0	27
	Moderada	9	15	9	0	33
	Grave	0	6	0	0	6
Total		27	72	48	3	150

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	14,484 ^a	9	,106
Razón de verosimilitud	17,624	9	,040
Asociación lineal por lineal	5,534	1	,019
N de casos válidos	150		

a. 8 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,12.

En análisis de relación entre la depresión y el grupo etáreo indica que no existe una relación significativa entre las variables estudiadas, puesto que el valor de significación es mayor a 0,05. Lo que se traduce en una relación de independencia entre las variables, indicándose que la edad no ejerce influencia en la manifestación de depresión en las mujeres embarazadas.

Ansiedad vs Nivel de Instrucción

Tabla 11. Relación entre Ansiedad y Nivel de Instrucción Académica

		Nivel de Instrucción				Total
		Primaria	Secundaria	Bachiller	Universidad	
Ansiedad	Calmada	3	0	9	3	15
	No destacable	0	9	30	12	51
	Tendencia a ansiedad	3	21	15	9	48
	Estado ansioso	0	21	9	3	33
	Rasgo ansioso	0	0	3	0	3
Total		6	51	66	27	150

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	46,025 ^a	12	,000
Razón de verosimilitud	50,199	12	,000
Asociación lineal por lineal	6,960	1	,008
N de casos válidos	150		

a. 9 casillas (45,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,12.

Uno de los objetivos del estudio incluye el análisis de la relación entre la manifestación de ansiedad y el nivel de instrucción académica de las participantes. Puesto que ha sido considerado uno de los factores psicosociales que más influye en la presentación del cuadro. Se evidenció en que existe una relación significativa mediante la Prueba X^2 entre las ambas variables. Lo que indica, que en este estudio el nivel de instrucción, influye en la presentación de trastornos de ansiedad en las mujeres embarazadas.

Depresión vs Nivel de Instrucción

Tabla 12. Relación entre Depresión y Nivel de Instrucción Académica						
		Nivel de Instrucción				
		Primaria	Secundaria	Bachiller	Universidad	Total
Depresión	Mínima	3	30	33	18	84
	Leve	0	9	12	6	27
	Moderada	3	9	18	3	33
	Grave	0	3	3	0	6
Total		6	51	66	27	150

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9,124 ^a	9	,426
Razón de verosimilitud	11,156	9	,265
Asociación lineal por lineal	1,068	1	,301
N de casos válidos	150		

a. 8 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,24.

De la misma forma, se realiza el análisis de relación entre el nivel de instrucción y la manifestación de depresión encontrándose que no existe una relación significativa entre las variables. Puesto que la significancia es $> 0,05$. Por tanto, se considera que ambas variables son independientes.

Ansiedad vs Estado Civil

Tabla 13. Relación entre Ansiedad y Estado Civil

		Estado Civil				Total
		Soltera	Unión Libre	Casada	Divorciada	
Ansiedad	Calmada	3	12	0	0	15
	No destacable	3	33	12	3	51
	Tendencia a ansiedad	6	33	9	0	48
	Estado ansioso	3	21	6	3	33
	Rasgo ansioso	0	3	0	0	3
Total		15	102	27	6	150

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	13,291 ^a	12	,348
Razón de verosimilitud	18,481	12	,102
Asociación lineal por lineal	,750	1	,386
N de casos válidos	150		

a. 12 casillas (60,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,12.

Al analizar la relación entre el test de ansiedad y el estado civil indicándose que no existe una relación estadísticamente significativa entre la manifestación de ansiedad y el estado civil de las pacientes. Debido que la significancia es $> 0,05$, rechazando la hipótesis nula de la investigación.

Depresión vs Estado Civil

Tabla 14. Relación entre Depresión y Estado Civil

		Estado Civil				Total
		Soltera	Unión Libre	Casada	Divorciada	
Depresión	Mínima	6	57	18	3	84
	Leve	9	18	0	0	27
	Moderada	0	21	9	3	33
	Grave	0	6	0	0	6
Total		15	102	27	6	150

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	31,851 ^a	9	,000
Razón de verosimilitud	36,526	9	,000
Asociación lineal por lineal	,192	1	,661
N de casos válidos	150		

a. 10 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,24.

Continuando con el análisis de relación, se encontró relación significativa entre la manifestación de depresión y el estado civil de las pacientes. Debido a que el valor de significancia fue $< 0,05$. Lo que evidencia que el estado civil, ejerce influencia en la presencia de trastornos psicológicos como depresión.

Ansiedad vs número de gestaciones

Tabla 15. Relación entre Ansiedad y número de gestaciones

		Número de gestaciones		Total
		Primigesta	Multigesta	
Ansiedad	Calmada	9	6	15
	No destacable	36	15	51
	Tendencia a ansiedad	18	30	48
	Estado ansioso	12	21	33
	Rasgo ansioso	0	3	3
Total		75	75	150

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	17,702 ^a	4	,001
Razón de verosimilitud	19,191	4	,001
Asociación lineal por lineal	12,148	1	,000
N de casos válidos	150		

a. 2 casillas (20,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,50.

Continuando con el análisis se busca la relación entre la manifestación de ansiedad y número de gestación, encontrándose que existe una relación de dependencia entre las variables. Por lo que se deduce que el número de gestaciones influye así en la presencia de síntomas de ansiedad.

Depresión vs Número de gestaciones

Tabla 16. Relación entre Depresión y número de gestaciones

		Número de gestaciones		
		Primigesta	Multigesta	Total
Depresión	Mínima	33	51	84
	Leve	18	9	27
	Moderada	21	12	33
	Grave	3	3	6
Total		75	75	150

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	9,312 ^a	3	,025
Razón de verosimilitud	9,431	3	,024
Asociación lineal por lineal	5,534	1	,019
N de casos válidos	150		

a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,00.

Simular a lo obtenido en con las variables previas, se evidencia una relación estadísticamente significativa entre la depresión y el número de gestación; lo que se traduce en una relación de dependencia. Tales relaciones, indican que el ser madre primeriza o primigesta ejerce influencia en la manifestación de síntomas depresivos y de ansiedad; al menos en esta población de estudio.

Ansiedad vs Semanas de Gestación

Tabla cruzada

			Ansiedad					Total
			Calmada	No destacable	Tendencia a ansiedad	Estado ansioso	Rasgo ansioso	
Edad gestacional	Menos a 20 semanas	Recuento	3	0	15	6	0	24
		% del total	2,0%	0,0%	10,0%	4,0%	0,0%	16,0%
	21-36 semanas	Recuento	6	42	30	15	0	93
		% del total	4,0%	28,0%	20,0%	10,0%	0,0%	62,0%
	37-42 semanas	Recuento	6	9	3	12	3	33
		% del total	4,0%	6,0%	2,0%	8,0%	2,0%	22,0%
Total		Recuento	15	51	48	33	3	150
		% del total	10,0%	34,0%	32,0%	22,0%	2,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	43,214 ^a	8	,000
Razón de verosimilitud	49,512	8	,000
Asociación lineal por lineal	,004	1	,948
N de casos válidos	150		

a. 5 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,48.

Se reporta que existe una relación significativa, puesto que el valor de significancia es menor a 0.05. Lo que ratifica la necesidad de una intervención temprana ya que las madres en este periodo de gestado entre la semana 21 a la 36 todavía tienen un riesgo al parto prematuro.

Depresión vs Semanas de Gestación

Tabla cruzada

			Depresión				Total
			Mínima	Leve	Moderada	Grave	
Edad gestacional	Menos a 20 semanas	Recuento	9	6	6	3	24
		% del total	6,0%	4,0%	4,0%	2,0%	16,0%
	21-36 semanas	Recuento	51	15	24	3	93
		% del total	34,0%	10,0%	16,0%	2,0%	62,0%
	37-42 semanas	Recuento	24	6	3	0	33
		% del total	16,0%	4,0%	2,0%	0,0%	22,0%
Total		Recuento	84	27	33	6	150
		% del total	56,0%	18,0%	22,0%	4,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	12,978 ^a	6	,043
Razón de verosimilitud	13,397	6	,037
Asociación lineal por lineal	9,461	1	,002
N de casos válidos	150		

a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,96.

Si existe una relación entre la variable de número de semanas de gestación entre 21- 36 y la aparición de depresión.

Ansiedad vs Riesgo de embarazo

Tabla 17. Relación entre Ansiedad y Riesgo de embarazo

		Riesgo de embarazo				Total
		Bajo Riesgo	Moderado Riesgo	Alto Riesgo	Muy alto Riesgo	
Ansiedad	Calmada	15	0	0	0	15
	No destacable	33	3	12	3	51
	Tendencia a ansiedad	18	15	9	6	48
	Estado ansioso	12	12	6	3	33
	Rasgo ansioso	3	0	0	0	3
Total		81	30	27	12	150

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	35,707 ^a	12	,000
Razón de verosimilitud	43,459	12	,000
Asociación lineal por lineal	6,448	1	,011
N de casos válidos	150		

a. 10 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,24.

Se observa una relación estadísticamente significativa entre las variables ansiedad y riesgo de embarazo, debido al valor de significancia

menor a 0,05. Lo que corrobora la relación entre la manifestación de ansiedad como trastorno psicológico y la presencia de riesgo durante el embarazo. Evidenciándose la importancia de la patología dentro de la gestación y desarrollo fetal; así como la salud materna.

Depresión vs Riesgo de embarazo

Tabla 18. Relación entre Depresión y Riesgo de embarazo

		Riesgo de embarazo				Total
		Bajo Riesgo	Moderado Riesgo	Alto Riesgo	Muy alto Riesgo	
Depresión	Mínima	63	6	12	3	84
	Leve	9	9	9	0	27
	Moderada	9	9	6	9	33
	Grave	0	6	0	0	6
Total		81	30	27	12	150

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	71,289 ^a	9	,000
Razón de verosimilitud	65,050	9	,000
Asociación lineal por lineal	20,684	1	,000
N de casos válidos	150		

a. 7 casillas (43,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,48.

Igual que lo observado con la manifestación de ansiedad, se observa relación significativa entre la depresión y el riesgo durante el embarazo. Lo que asevera, la importancia y repercusiones de estos trastornos dentro del desarrollo del producto y la salud materna. Puesto, que al menos en la población estudiada se corrobora la dependencia entre las variables.

4.2. Discusión de resultados

Se ha reportado que la manifestación de trastornos psicológicos durante la gestación representa un impacto negativo tanto para la salud materna como la del feto. Trastornos depresivos y de ansiedad son los más frecuentes, según se ha expuesto previamente. Por ello, su identificación cobra vital importancia.

En este estudio, se observa que gran parte de la población se ubica entre rangos de edad de 19 a 25 años, reportando un nivel de instrucción académica de bachiller; esta es una etapa en que las jóvenes son vulnerables a diversas situaciones de estrés. Por lo que requieren, un mayor apoyo emocional en comparación a la población general⁸⁰. No obstante, los resultados indican que gran parte de las participantes refieren convivir en unión libre con su pareja. Lo que sugiere, que se desenvuelven en un entorno de apoyo y fraternidad según lo indicado durante la entrevista

Con el objetivo de conocer las características y riesgos de estas pacientes que podrían originarse del proceso de gestación, se evaluó su riesgo gestacional; en donde se evidencio, que en su mayoría llevan un embarazo controlado, con bajo riesgo para desarrollo de complicaciones, cursando por el segundo trimestre de embarazo.

Estos resultados difieren de la población estudiada en otras investigaciones en donde la mayoría de las muestras presentan un riesgo gestacional alto, constituyendo un potencial riesgo para complicaciones durante y post-parto así como para el desarrollo de trastornos psiquiátricos⁸¹.

Aun así esta investigación encontró altas prevalencias de ansiedad y depresión; a pesar de la aplicación de protocolos de manejo de salud

mental y que la mayoría de la muestra presentaba un embarazo controlado, lo que indica la necesidad de una mejor y oportuna intervención

Debido a que trastornos como ansiedad y depresión pueden observarse durante el embarazo o en periodos post-parto; siendo transicionales o persistir durante toda la vida⁸². Por tanto, se traducen en un problema de salud pública para madre e hijo, aunque los estudios epidemiológicos actuales no son suficientes para la caracterización de tales trastornos en este grupo poblacional.

A su vez, la influencia de factores psicosociales juega un rol importante en la manifestación y desarrollo de estos trastornos. Según los datos obtenidos, variables como grupo étnico e instrucción académica tiene una relación de dependencia con la manifestación de ansiedad; mientras no la presentan con la depresión. No obstante, existe un factor social como lo es el estado civil que si muestra esta relación con la depresión. Viendose una relación a en ambas patologías cuando se correlaciona con el riesgo de embarazo.

Estos constituyen datos preliminares que inducen a considerar la relación significativa entre factores psicosociales y la manifestación de trastornos psicológicos en la población. Lo que se ha corroborado en estudios previos en individuos con características similares⁸³. Edad, entorno social y afectivo representan un factor importante en la manifestación de trastornos psicosociales. Las mujeres embarazadas con depresión o ansiedad presentan tres veces más la probabilidad de experimentar un parto pretérmino o tener productos con bajo peso acorde a la edad gestacional⁸³.

En un artículo de revisión, la depresión durante el embarazo se asoció con un pobre ajuste emocional por parte de los hijos que puede extenderse hasta la adolescencia. Durante el postparto, la depresión se ha asociado con un pobre apego materno-infantil⁸⁴. De igual forma se han reportado mayores síntomas depresivos en adolescentes embarazadas comparadas con mujeres adultas jóvenes⁸⁵. Situación que no se reproduce en este estudio, puesto que la mayor frecuencia se encuentra en pacientes mayores de 18 años.

El embarazo, por sí mismo tiene cambios psicosociales y fisiológicos, por lo que es difícil para la madre diferenciar de síntomas psicológicos de las respuestas esperadas del proceso de gestación. Por tanto, se requiere la inclusión de programas de educación que motiven a las pacientes a identificar y clasificar tales síntomas en etapas tempranas; ofreciendo la oportunidad de una intervención adecuada y oportuna, disminuyendo el impacto en el desarrollo fetal y salud mental.

En las últimas décadas, la morbilidad psicológica en las mujeres en edad fértil, en particular, ha recibido una creciente atención de la investigación debido a su impacto tanto en la madre como en su hijo. Una vez considerada una época de bienestar emocional y "protegiendo" a las mujeres contra los trastornos psiquiátricos, está bien establecido que varios trastornos psiquiátricos son comunes durante el embarazo, siendo la depresión la más común⁸⁴. Otros factores como la violencia durante el embarazo o la violencia de pareja también han recibido atención de investigación debido a sus consecuencias duraderas sobre la salud mental y el bienestar de la madre y su hijo. Además, a menudo se glorifica la maternidad, lo que hace que la mujer embarazada o la madre se sientan culpables por experimentar emociones negativas.

Del mismo modo, las tasas de enfermedad y mortalidad de los recién nacidos perinatales son aparentemente más altas que las tasas observadas en el embarazo normal. La inestabilidad del estado de ánimo durante el embarazo puede resultar en ansiedad y depresión. Además, el embarazo de alto riesgo actual o la historia de complicaciones aumentan el riesgo de síntomas negativos del estado de ánimo como la ansiedad y la depresión⁸⁶. Por lo que se requiere especial atención a ese grupo poblacional, debido a las complicaciones que pueden conllevar estos trastornos.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Los hallazgos niegan la hipótesis de que todos los factores psicosociales influyen significativamente en la aparición de ansiedad y depresión, puesto que se evidencia que tales factores difieren en relación entre las categorías.
- Encontrándose así que los principales factores sociales que influyen en la aparición de ansiedad son el grupo etario y el nivel de instrucción académica y en la aparición de depresión el único factor predisponente fue el estado civil soltera o de unión libre. No así, los factores de riesgo clínico de la gestante los cuales presentan influencia significativa en la aparición ambos trastornos.
- Se corrobora elevadas prevalencia de ansiedad y depresión, a pesar de que gran parte de las participantes informan un bajo riesgo de gestación según la evaluación Gineco-obstétrica. Lo sugiere la vulnerabilidad de la población de estudio.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda la realización un estudio a mayor escala que permita obtener una mayor cantidad de información que contribuya al desarrollo de programas de intervenciones adecuadas y oportunas, además de la generación de bases para futuros estudios epidemiológicos.
- Además, se sugiere una instauración de psicoprofilaxis a las pacientes embarazadas, puesto que se ha corroborado el riesgo y vulnerabilidad que presentan para el desarrollo de trastornos como la depresión y ansiedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet Lond Engl*. 8 de septiembre de 2007;370(9590):851-8.
2. Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Med J Aust*. 6 de abril de 2009;190(7 Suppl):S54-60.
3. Dowlati Y, Herrmann N, Swardfager W, Liu H, Sham L, Reim EK, et al. A meta-analysis of cytokines in major depression. *Biol Psychiatry*. 1 de marzo de 2010;67(5):446-57.
4. Patten SB, Williams JVA, Lavorato DH, Modgill G, Jette N, Eliasziw M. Major depression as a risk factor for chronic disease incidence: longitudinal analyses in a general population cohort. *Gen Hosp Psychiatry*. octubre de 2008;30(5):407-13.
5. WHO. The global burden of disease: 2004 update [Internet]. World Health Organization. 2008. Disponible en: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en
6. OMS. Depresión [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
7. Raison CL, Miller AH. Pathogen-Host Defense in the Evolution of Depression: Insights into Epidemiology, Genetics, Bioregional Differences and Female Preponderance. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. enero de 2017;42(1):5-27.
8. Remus JL, Dantzer R. Inflammation Models of Depression in Rodents: Relevance to Psychotropic Drug Discovery. *Int J Neuropsychopharmacol*. septiembre de 2016;19(9):pyw028.

9. Osborne LM, Monk C. Perinatal depression--the fourth inflammatory morbidity of pregnancy?: Theory and literature review. *Psychoneuroendocrinology*. octubre de 2013;38(10):1929-52.
10. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*. 4 de agosto de 2001;323(7307):257.
11. El Marroun H, White TJH, van der Knaap NJF, Homberg JR, Fernandez G, Schoemaker NK, et al. Prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitors and social responsiveness symptoms of autism: population-based study of young children. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. agosto de 2014;205(2):95-102.
12. Van Batenburg-Eddes T, Brion MJ, Henrichs J, Jaddoe VWV, Hofman A, Verhulst FC, et al. Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: a cross-cohort consistency study. *J Child Psychol Psychiatry*. mayo de 2013;54(5):591-600.
13. Gerardin P, Wendland J, Bodeau N, Galin A, Bialobos S, Tordjman S, et al. Depression during pregnancy: is the developmental impact earlier in boys? A prospective case-control study. *J Clin Psychiatry*. marzo de 2011;72(3):378-87.
14. Phelps EA, LeDoux JE. Contributions of the amygdala to emotion processing: from animal models to human behavior. *Neuron*. 20 de octubre de 2005;48(2):175-87.
15. Rifkin-Graboi A, Bai J, Chen H, Hameed WB, Sim LW, Tint MT, et al. Prenatal maternal depression associates with microstructure of right amygdala in neonates at birth. *Biol Psychiatry*. 1 de diciembre de 2013;74(11):837-44.

16. Qiu A, Anh TT, Li Y, Chen H, Rifkin-Graboi A, Broekman BFP, et al. Prenatal maternal depression alters amygdala functional connectivity in. *Transl Psychiatry*. 17 de febrero de 2015;5:e508.
17. Sandman CA, Buss C, Head K, Davis EP. Fetal exposure to maternal depressive symptoms is associated with cortical thickness in late childhood. *Biol Psychiatry*. 15 de febrero de 2015;77(4):324-34.
18. George A, Luz RF, De Tyche C, Thilly N, Spitz E. Anxiety symptoms and coping strategies in the perinatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*. 13 de diciembre de 2013;13:233.
19. Giakoumaki O, Vasilaki K, Lili L, Skouroliakou M, Liosis G. The role of maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. marzo de 2009;30(1):21-8.
20. Skouteris H, Wertheim EH, Rallis S, Milgrom J, Paxton SJ. Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: an examination of prospective relationships. *J Affect Disord*. marzo de 2009;113(3):303-8.
21. Huizink AC, Robles de Medina PG, Mulder EJH, Visser GHA, Buitelaar JK. Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *J Child Psychol Psychiatry*. septiembre de 2003;44(6):810-8.
22. Correia LL, Linhares MBM. Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: a literature review. *Rev Lat Am Enfermagem*. agosto de 2007;15(4):677-83.
23. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. marzo de 1995;33(3):335-43.

24. Rallis S, Skouteris H, McCabe M, Milgrom J. The transition to motherhood: towards a broader understanding of perinatal distress. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. marzo de 2014;27(1):68-71.
25. Bottino MN, Nadanovsky P, Moraes CL, Reichenheim ME, Lobato G. Reappraising the relationship between maternal age and postpartum depression according to the evolutionary theory: Empirical evidence from a survey in primary health services. *J Affect Disord*. 15 de diciembre de 2012;142(1-3):219-24.
26. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Community Health*. marzo de 2006;60(3):221-7.
27. Goyal D, Gay C, Lee KA. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health*. abril de 2010;20(2):96-104.
28. Chapman SLC, Wu L-T. Postpartum substance use and depressive symptoms: a review. *Women Health*. 2013;53(5):479-503.
29. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 1 de febrero de 2012;90(2):139-149H.
30. Clout D, Brown R. Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. *J Affect Disord*. 1 de diciembre de 2015;188:60-7.
31. Smith LE, Howard KS, The Centers for the Prevention of Child Neglect. Continuity of Paternal Social Support and Depressive

Symptoms among New Mothers. *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div* 43. octubre de 2008;22(5):763-73.

32. INEC. Estadísticas Nacionales [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2015. Disponible en:
<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
33. Giardinelli L, Innocenti A, Benni L, Stefanini MC, Lino G, Lunardi C, et al. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch Womens Ment Health*. febrero de 2012;15(1):21-30.
34. Brockington IF, Macdonald E, Wainscott G. Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Arch Womens Ment Health*. septiembre de 2006;9(5):253-63.
35. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Quinta. USA: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
36. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, McLaughlin KA, Green JG, Russo LJ, et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Arch Gen Psychiatry*. enero de 2011;68(1):90-100.
37. Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. enero de 2004;78(1):49-55.
38. Roca M, Gili M, Garcia-Garcia M, Salva J, Vives M, Garcia Campayo J, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. diciembre de 2009;119(1-3):52-8.

39. Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2005;7(4):167-76.
40. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet Lond Engl*. 22 de agosto de 2009;374(9690):609-19.
41. Bell RA, Franks P, Duberstein PR, Epstein RM, Feldman MD, Fernandez y Garcia E, et al. Suffering in silence: reasons for not disclosing depression in primary care. *Ann Fam Med*. octubre de 2011;9(5):439-46.
42. Daly EJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Gaynes BN, Warden D, et al. Health-related quality of life in depression: a STAR*D report. *Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr*. febrero de 2010;22(1):43-55.
43. Rihmer Z, Gonda X. Prevention of depression-related suicides in primary care. *Psychiatr Hung Magy Pszichiatricai Tarsasag Tudomanyos Folyoirata*. 2012;27(2):72-81.
44. Cuijpers P, Smit F. Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *J Affect Disord*. diciembre de 2002;72(3):227-36.
45. Fryback DG, Dasbach EJ, Klein R, Klein BE, Dorn N, Peterson K, et al. The Beaver Dam Health Outcomes Study: initial catalog of health-state quality factors. *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak*. junio de 1993;13(2):89-102.
46. Bosmans JE, van Schaik DJF, de Bruijne MC, van Hout HPJ, van Marwijk HWJ, van Tulder MW, et al. Are psychological treatments for depression in primary care cost-effective? *J Ment Health Policy Econ*. marzo de 2008;11(1):3-15.

47. Williams J, Nieuwsman J. Screening for depression in adults [Internet]. UptoDate. 2017. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/screening-for-depression-in-adults?source=search_result&search=depresi%C3%B3n&selectedTitle=2~150#H22016456

48. Judd LL, Schettler PJ, Coryell W, Akiskal HS, Fiedorowicz JG. Overt irritability/anger in unipolar major depressive episodes: past and current characteristics and implications for long-term course. *JAMA Psychiatry*. noviembre de 2013;70(11):1171-80.

49. Fava M, Hwang I, Rush AJ, Sampson N, Walters EE, Kessler RC. The importance of irritability as a symptom of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. agosto de 2010;15(8):856-67.

50. Lyness J. Unipolar depression in adults: Clinical features [Internet]. UptoDate. 2017. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-clinical-features?source=see_link#H28610471

51. Papakostas GI. Cognitive symptoms in patients with major depressive disorder and their implications for clinical practice. *J Clin Psychiatry*. enero de 2014;75(1):8-14.

52. Craven MA, Bland R. Depression in primary care: current and future challenges. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. agosto de 2013;58(8):442-8.

53. Lyness J. Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis [Internet]. UptoDate. 2017. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-assessment-and-diagnosis?source=search_result&search=depresi%C3%B3n%20dian%C3%B3stico&selectedTitle=1~150#H1

54. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines [Internet]. World Health Organization. 2013. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
55. Rush J. Unipolar depression in adults: Treatment with antidepressant combinations [Internet]. UptoDate. 2017. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-treatment-with-antidepressant-combinations?source=search_result&search=depression&selectedTitle=1~150#H78562923
56. Baldwin D. Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis [Internet]. UptoDate. 2017. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?source=search_result&search=ansiedad&selectedTitle=2~150
57. Kessler RC, Gruber M, Hettema JM, Hwang I, Sampson N, Yonkers KA. Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychol Med.* marzo de 2008;38(3):365-74.
58. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* junio de 2005;62(6):593-602.
59. Wittchen H-U, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Hofler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry.* 2002;63 Suppl 8:24-34.

60. Kendler KS. Major depression and generalised anxiety disorder. Same genes, (partly)different environments--revisited. *Br J Psychiatry Suppl.* junio de 1996;(30):68-75.
61. Mackintosh M-A, Gatz M, Wetherell JL, Pedersen NL. A twin study of lifetime Generalized Anxiety Disorder (GAD) in older adults: genetic and environmental influences shared by neuroticism and GAD. *Twin Res Hum Genet Off J Int Soc Twin Stud.* febrero de 2006;9(1):30-7.
62. You J-S, Hu S-Y, Chen B, Zhang H-G. Serotonin transporter and tryptophan hydroxylase gene polymorphisms in Chinese patients with generalized anxiety disorder. *Psychiatr Genet.* marzo de 2005;15(1):7-11.
63. Gibb BE, Chelminski I, Zimmerman M. Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depress Anxiety.* 2007;24(4):256-63.
64. Roemer L, Molina S, Borkovec TD. An investigation of worry content among generally anxious individuals. *J Nerv Ment Dis.* mayo de 1997;185(5):314-9.
65. Wittchen HU, Carter RM, Pfister H, Montgomery SA, Kessler RC. Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *Int Clin Psychopharmacol.* noviembre de 2000;15(6):319-28.
66. Craske M, Bystritsky A. Approach to treating generalized anxiety disorder in adults [Internet]. UptoDate. 2016. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-treating-generalized-anxiety-disorder-in-adults?source=search_result&search=ansiedad%20tratamiento&selectedTitle=2~150#H537101933

67. Csator dai S, Kozinszky Z, Devosa I, Toth E, Krajcsi A, Sefcsik T, et al. Obstetric and sociodemographic risk of vulnerability to postnatal depression. *Patient Educ Couns.* julio de 2007;67(1-2):84-92.
68. Borri C, Mauri M, Oppo A, Banti S, Rambelli C, Ramacciotti D, et al. Axis I psychopathology and functional impairment at the third month of pregnancy: Results from the Perinatal Depression-Research and Screening Unit (PND-ReScU) study. *J Clin Psychiatry.* octubre de 2008;69(10):1617-24.
69. Grant K-A, McMahon C, Austin M-P. Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *J Affect Disord.* mayo de 2008;108(1-2):101-11.
70. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, aStrom M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* julio de 2003;189(1):148-54.
71. Marcus SM. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences--Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol J Can Pharmacol Clin.* Winter de 2009;16(1):e15-22.
72. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* enero de 2010;202(1):5-14.
73. Flynn HA, Walton MA, Chermack ST, Cunningham RM, Marcus SM. Brief detection and co-occurrence of violence, depression and alcohol risk in prenatal care settings. *Arch Womens Ment Health.* 1 de agosto de 2007;10(4):155-61.
74. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord.* mayo de 2008;108(1-2):147-57.

75. Echeverría E. Evaluación y tratamiento de la ansiedad generalizada. *Psicología Conductual*. 1993;1(2):1-3.
76. Guillén-Riquelme A, Buela-Casal G. Estructura factorial del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) para pacientes diagnosticados con depresión. *Salud Ment*. 2015;38:293-8.
77. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1 de enero de 1988;8(1):77-100.
78. Asamblea Nacional. Constitución del Ecuador [Internet]. Asamblea Nacional del Ecuador. 2008. Disponible en: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
79. CES. Ley Organica de Educación Superior [Internet]. Consejo de Educación Superior. 2010. Disponible en: http://www.ces.gob.ec/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=11:ley-organica-de-educacion-superior&Itemid=137
80. Rondo PHC, Ferreira RF, Lemos JO, Pereira-Freire JA. Mental disorders in pregnancy and 5-8 years after delivery. *Glob Ment Health Camb Engl*. 2016;3:e31.
81. Lefkovich E, Rigo J, Szita B, Talaber J, Kecskemeti A, Kovacs I, et al. Relevance of anxiety in the perinatal period: prospective study in a Hungarian sample. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 20 de junio de 2017;1-8.
82. Kuo S-Y, Chen S-R, Tzeng Y-L. Depression and anxiety trajectories among women who undergo an elective cesarean section. *PloS One*. 2014;9(1):e86653.

83. Recto P, Champion JD. Psychosocial Risk Factors for Perinatal Depression among Female Adolescents: A Systematic Review. *Issues Ment Health Nurs*. 26 de junio de 2017;1-10.
84. Satyanarayana VA, Lukose A, Srinivasan K. Maternal mental health in pregnancy and child behavior. *Indian J Psychiatry*. 2011;53(4):351.
85. Hodgkinson S, Beers L, Southammakosane C, Lewin A. Addressing the Mental Health Needs of Pregnant and Parenting Adolescents. *Pediatrics*. enero de 2014;133(1):114-22.
86. Byatt N, Hicks-Courant K, Davidson A, Levesque R, Mick E, Allison J, et al. Depression and anxiety among high-risk obstetric inpatients. *Gen Hosp Psychiatry*. diciembre de 2014;36(6):644-9.
87. J. Carlos Baeza. Síntomas Ansiedad Generalizada (TAG): Criterios Diagnósticos según las Clasificaciones Internacionales Clínica de la Ansiedad. Valencia, Barcelona 2016. Disponible en: <https://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-generalizada/sintomas-ansiedad-generalizada-tag-criterios-diagnosticos-segun-las-clasificaciones-internacionales/>
88. C.D. Spielberger, R.L.Gorsuch y R.E. Lushene. STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. TEA Ediciones 2017. Consultado el 2 de junio del 2016 en <http://web.teaediciones.com/STAI-CUESTIONARIO-DE-ANSIEDAD-ESTADO-RASGO.aspx>
90. Jesús Sanz. Inventario de Depresión de Beck, versión corregida o versión de 1978 (BDIIA ESCRITA POR Aaron T. Beck, A. John Rush, Brian F. Shaw y Gary Emery) Facultad de Psicología, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. 2011

ANEXOS

Historia clínica para pacientes

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE:			DOCTOR			PSCICOLOGO		HC
Hospital Gineco-Obstetrico Enrique Sotomayor		MA. CRISTINA LUDEÑA SUÁREZ			Dr. Marco Echeverría			Psc. Cesar Valcaroel S		
DATOS DE FILIACION:										
NOMBRE:	----	EDAD:			OCUPACION		ESTADO CIVIL:	S/C/D/V		
nivel de instrucción académica:		PREESCOLAR	PRIMARIA	SECUNDARIA	BACHILLER	UNIVERSITARIA	LICENCIATURA	4TO NIVEL	no recibio instrucción	
paciente:	hospitalizada	consulta externa		ESTATURA		PESO		IMC		
2. ANTECEDENTES PERSONALES										
1. VACUNAS	5. ENF. ALÉRGICA	9. ENF. NEUROLÓGICA	13. ENF. TRAUMATOL.	17. TENDENCIA SEXUAL	21. ACTIVIDAD FÍSICA					
2. ENF. PERINATAL	6. ENF. CARDIACA	10. ENF. METABÓLICA	14. ENF. QUIRÚRGICA	18. RIESGO SOCIAL	22. DIETA Y HÁBITOS					
3. ENF. INFANCIA	7. ENF. RESPIRATORIA	11. ENF. HEMO LINF.	15. ENF. MENTAL	19. RIESGO LABORAL	23. RELIGIÓN Y CULTURA					
4. ASMA BRONQUIAL	8. ENF. DIGESTIVA	12. ENF. URINARIA	16. ENF. T. SEXUAL	20. RIESGO FAMILIAR	24. OTRO					
DESCRIPCION :										
2.1 ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS										
FUM= FECHA ULTIMA MENSTRUACIÓN FUP= FECHA ULTIMO PARTO FUC= FECHA ULTIMA CITOLOGÍA										
MENARQUIA	-EDAD-			MENOPAUSIA	-EDAD-					
CICLOS		FLUJO		DURACION		TOALLAS				
VIDA SEXUAL ACTIVA		MÉTODO DE P. FAMILIAR		TERAPIA HORMONAL						
# DE GESTACIONES		PARTOS		ABORTOS		CESÁREAS				
FUM		FUP		FUC						
HIJOS VIVOS		MAMOGRAFÍA		BIOPSIAS		COLPOSCOPIA				
2.2 EMBARAZO ACTUAL										
# DE EMBARAZO ACTUAL		# DE CONTROLES REALIZADOS HASTA EL MOMENTO:					LUGAR DE CONTROL			
Uno en las primeras 20	Uno entre las 22 y 27	Uno entre las 28 y 33	Uno entre las 34 y 37 semanas.		Uno entre las 38 y 40 semanas					
VALORACION DE RIESGO DEL EMBARAZO										
BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO							
RESULTADOS DE EVALUACION										
	ANSIEDAD			DEPRESION			notas:			
PUNTAJE										
RESULTADOS										

Test de depresión

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Nombre.....Fecha.....

..

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

1.
 - a. No me siento triste.
 - b. Me siento triste.
 - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
 - d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
2.
 - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - c. Siento que no tengo nada que esperar.
 - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.
 - a. No creo que sea un fracaso.
 - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.
 - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
 - c. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.
 - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.
 - a. No me siento especialmente culpable.
 - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 - c. Me siento culpable casi siempre.
 - d. Me siento culpable siempre.
6.
 - a. No creo que este siendo castigado.
 - b. Creo que puedo ser castigado.
 - c. Espero ser castigado.
 - d. Creo que estoy siendo castigado.
7.
 - a. No me siento decepcionado de mí mismo.

- b. Me he decepcionado a mí mismo.
 - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
 - d. Me odio.
- 8.
- a. No creo ser peor que los demás.
 - b. Me critico por mis debilidades o errores.
 - c. Me culpo siempre por mis errores.
 - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
- 9.
- a. No pienso en matarme.
 - b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - c. Me gustaría matarme.
 - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10.
- a. No lloro más de lo de costumbre.
 - b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
 - c. Ahora lloro todo el tiempo.
 - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
- 11.
- a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
 - b. Las cosas me irritan más que de costumbre
 - c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
 - d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
- 12.
- a. No he perdido el interés por otras cosas.
 - b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
 - c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
 - d. He perdido todo mi interés por otras personas.
- 13.
- a. Tomo decisiones casi siempre.
 - b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
 - c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 - d. Ya no puedo tomar decisiones.
- 14.
- a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 - b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
 - c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
 - d. Creo que me veo feo.
- 15.
- a. Puedo trabajar tan bien como antes.
 - b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
 - c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.

- d. No puedo trabajar en absoluto.
- 16.
- a. Puedo dormir tan bien como antes.
- b. No puedo dormir tan bien como solía.
- c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta Mucho volver a dormir.
- d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
- 17.
- a. No me canso más que de costumbre.
- b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
- c. Me canso sin hacer nada.
- d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
- 18.
- a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
- b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
- c. Mi apetito esta mucho peor ahora.
- d. Ya no tengo apetito.
- 19.
- a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
- b. He rebajado más de dos kilos y medio.
- c. He rebajado más de cinco kilos.
- d. He rebajado más de siete kilos y medio.
- 20.
- a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
- b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias Estomacales o estreñimiento.
- c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
- d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna Otra cosa.
- 21.
- a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
- b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
- c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- d. He perdido por completo el interés en el sexo.

Test de ansiedad

ANSIEDAD-ESTADO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted ahora mismo*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

1. Me siento calmado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho

ANSIEDAD-RASGO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted en general*, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

21. Me siento bien	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
22. Me canso rápidamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
23. Siento ganas de llorar	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
26. Me siento descansado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
30. Soy feliz	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
32. Me falta confianza en mí mismo	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
33. Me siento seguro	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
35. Me siento triste (melancólico)	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
36. Estoy satisfecho	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
38. Me afectan tanto los engaños que no puedo olvidarlos	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
39. Soy una persona estable	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre

Consentimiento informado adulto

Buenos días/Buenas tardes. Mi nombre es María Cristina Ludeña Suárez y soy alumna de la Universidad de especialidades Espíritu Santo.

El propósito de este estudio es Determinar el número de casos de depresión y ansiedad existentes en mujeres embarazadas como usted y analizar su relación con distintos factores. Me gustaría conseguir el permiso de usted para realizarle ciertas preguntas y que complete dos test sobre depresión y ansiedad. Dejo a Ud. la decisión de contestar las preguntas. No se le cobrará por su participación ni se le dará dinero, sin importar si aceptan o no participar en la entrevista. Puede poner fin a estos procesos en cualquier momento. Todo lo que diga será privado y confidencial.

Si tiene cualquier pregunta, puede preguntarme o contactar a mi supervisor en el hospital el Psc. Cl. Cesar Valcarcel S. o al doctor Marco Echeverría Robalino que laboran en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

Si decide participar en esta investigación, por favor firme esta página. Su nombre no será usado en ningún informe, pero sus resultados, ideas y sugerencias nos ayudarán a satisfacer de mejor manera las necesidades de información acerca del estado de salud de las mujeres embarazadas como Ud. Si no desea participar, gracias por su tiempo.

Si, Acepto. _____

No, Acepto. _____

Consentimiento informado menor de edad y representante legal.

Buenos días/Buenas tardes. Mi nombre es María Cristina Ludeña Suárez y soy alumna de la Universidad de especialidades Espíritu Santo.

El propósito de este estudio es Determinar el número de casos de depresión y ansiedad existentes en mujeres embarazadas como usted y analizar su relación con distintos factores. Me gustaría conseguir el permiso de usted para realizarle ciertas preguntas y que complete dos test sobre depresión y ansiedad. Dejo a Ud. la decisión de contestar las preguntas. No se le cobrará por su participación ni se le dará dinero, sin importar si aceptan o no participar en la entrevista. Puede poner fin a estos procesos en cualquier momento. Todo lo que diga será privado y confidencial.

Si tiene cualquier pregunta, puede preguntarme o contactar a mi supervisor en el hospital el Psc. Cl. Cesar Valcarcel S. o al doctor Marco Echeverría Robalino que laboran en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

Si decide participar en esta investigación, por favor firme esta página. Su nombre no será usado en ningún informe, pero sus resultados, ideas y sugerencias nos ayudarán a satisfacer de mejor manera las necesidades de información acerca del estado de salud de las mujeres embarazadas como Ud. Si no desea participar, gracias por su tiempo.

Si, Acepto. _____

No, Acepto. _____

En caso de menor de edad.

Mi representante legal acepta:

PAGINA APROBACION HOSPITAL



Guayaquil, 2 de Junio del 2016

Doctor Luis Hidalgo Guerrero

Director técnico del hospital Gineco-Obstétrico Enrique Satomayor

Presente.-

De mis consideraciones

Yo Cristina Ludeña Suarez de número de cédula de Identidad 0927094714, estudiante de la Facultad de ciencias médicas en la Universidad de Especialidades Espíritu Santo (UEES). Por medio de la presente solicito amablemente, se me permita realizar mi proyecto de tesis en su prestigiosa institución "Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Satomayor" bajo la tutela del Doctor Marco Echeverría, con la colaboración del jefe del área de psicología Cesar Valcarcel. Adjunto a esta petición la Información del proyecto junto a los cuestionarios que serán realizados a las pacientes en caso de ser concedido dicho permiso.

Agradezco de antemano la atención prestada a este documento.

DR. MARCO ECHEVERRÍA ROBALINO
DIRECTOR TÉCNICO

Atentamente,

María Cristina Ludeña Suárez
ESTUDIANTE DE MEDICINA (UEES)

HOSPITAL ENRIQUE SATOMAYOR
Dr. Marco Echeverría Robalino
GINECO - OBST. SANTA CECILIA
Libro 1° A° Folio 8 No. 14

Dr. Marco Echeverría Robalino
JEFE DE SALA SANTA CECILIA

PSC. César Valcarcel
Folio 29 No. 37
HOSPITAL GINECO OBSTETRICO
ENRIQUE SATOMAYOR

PSC. César Valcarcel
JEFE DEL AREA DE PSICOLOGÍA

CRONOGRAMA

		2016-2017																
Actividad	Responsable	J u n	J u l	A g o	S e p	O c t	N o v	D i c	E n e	F e b	M a r	A b r	M a y	J u n	J u l	A g o	S e p	
1. Elaboración de ficha técnica.	Cristina Ludeña	X	X	X	X													
2. curso para la elaboración de Tesis de grado	Dra arlines piña y Cristina Ludeña			X														
3. Solicitud de permiso por escrito para realización de tesis.	Cristina Ludeña		x															
4. Solicitud de permiso por escrito del hospital.	Cristina Ludeña	x																
5. Elaboración de anteproyecto.	Cristina Ludeña					x	X	X										
6. Entrega del primer borrador	Cristina Ludeña								X									
7. Aprobación del anteproyecto.	Cristina Ludeña									x	X							
8. Recolección de datos.	Cristina Ludeña		x	x	X	X	X	X	X									
9. Procesamiento de datos.	Cristina Ludeña								X	X	X							
10. Elaboración final del trabajo de titulación.	Cristina Ludeña													X	X			
11. Entrega del borrador final del trabajo de titulación.	Cristina Ludeña											X	X		X			
12. Revisión de tesis por docentes	Tutores y revisor: Dr Marco Echeverría, Dr. Carlos Orellana, Psi. Cesar Valcárcel.														x	X		
13. Ajuste final por estudiantes de tesis.	Cristina Ludeña																X	
14. Entrega final de tesis. Y Artículo científico	Cristina Ludeña																X	
15. calificación de trabajo escrito por parte del tribunal.	Tribunal calificador																X	
16. Entrega de documentos habilitantes para sustentación.	Cristina Ludeña																	X
17. Sustentación de tesis.	Cristina Ludeña																	X