



**Universidad
de La Laguna**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD:

TRABAJO DE FIN DE GRADO:

GRADO EN MEDICINA

**TÍTULO: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN GESTANTES
HOSPITALIZADAS.**

AUTORES:

Javier Baudet León

Alba Cristina Fariña Arocha

TUTORAS:

Dra. Margarita Álvarez de la Rosa (Profesora asociada).

Dra. Marta Coloma (Tutora externa de prácticas).

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Medicina Preventiva y Salud
Pública, Toxicología, Medicina Legal y Forense y Parasitología.

➤ **ÍNDICE:**

- Resumen.....3
- Abstract.....4
- Introducción.....5
- Material y método.....7
- Resultados..10-17
 - Caracterización de la muestra.....10
 - Resultados del cuestionario de ansiedad.....11
 - Datos personales y demográficos.....11
 - Datos del ingreso.....14
 - Resultados de la gestación.....15
 - Resultados perinatales.....17
- Discusión.....18
- Agradecimientos y aprendizaje adquirido.....22
- Anexos.....24
- Bibliografía.....28

➤ **RESUMEN:**

Objetivo: conocer la tasa de **ansiedad y depresión** en mujeres embarazadas ingresadas y qué factores se relacionan con mayores tasas.

Material y métodos: **prospectivo y multicéntrico** llevado a cabo en la planta de obstetricia de los dos principales hospitales de Tenerife, incluyéndose un total de **100 pacientes**. Se les pasaron **dos cuestionarios**: uno **demográfico y social** y otro “**The Edinburgh Postnatal Depression Scale**” (**EPDS**), cuando el resultado es superior a 10 puntos se determina que existe ansiedad o depresión. También se recogieron los **resultados perinatales**.

Resultados: El **28%** de las pacientes obtuvieron una puntuación superior a 10 en el **cuestionario EPDS**. Se objetivó **mayor ansiedad y depresión** en mujeres **solteras** ($p=0.011$) y con **menor nivel académico** ($p=0.024$). No se establecieron relaciones estadísticamente significativas con la edad gestacional, el motivo del ingreso o el desenlace de la gestación.

Conclusión: Un **28%** de las pacientes de este estudio presentaban ansiedad y depresión. Presentan mayor riesgo las mujeres solteras o con bajos niveles de estudios.

Palabras clave: embarazo, depresión, ansiedad.

➤ **ABSTRACT:**

Purpose: to know the rate of anxiety and depression in pregnant women in hospital and what factors are related to higher rates.

Material and methods: a **prospective and multi-centre** research was carried out in the obstetric hospitalization area of the two main hospitals of Tenerife, including a total of 100 patients. They were given two questionnaires: one **demographic and social**, and another "**The Edinburgh Postnatal Depression Scale**" (**EPDS**). According to this scale, when the result is over 10 points it is determined that there is anxiety or depression. **Perinatal results** were also collected.

Results: 28% of the patients obtained a score higher than 10 in the EPDS questionnaire. Greater rates of anxiety and depression were observed in single women ($p = 0.011$) and those with a lower academic level ($p = 0.024$). Statically significant relationships were not found related to gestational age, reason for hospital admission or the outcome of pregnancy.

Conclusion: 28% of the patients in this study had anxiety and depression. There is a higher risk for single women and those with lower levels of education.

Keywords: pregnancy, anxiety, depression.

1. INTRODUCCIÓN:

El embarazo es un estado que puede acompañarse de ansiedad y depresión. Sin embargo, existe un gran vacío en el conocimiento científico en lo que a enfermedades mentales durante la gestación se refiere.

La depresión se define como un decaimiento del ánimo, con reducción energía, disminución de la actividad, menor capacidad de disfrute y concentración, alteración del sueño y disminución del apetito (1). Por su parte, la ansiedad es la presencia permanente nerviosidad, temblor, tensiones musculares, sudoración, atolondramiento, palpitaciones, vértigo y malestar epigástrico (1).

La tasas de ansiedad y depresión en embarazadas oscila entre 8-21% en embarazos fisiológicos (2, 3) siendo el 19% las gestaciones que precisan ingreso (4). La importancia de estas alarmantes cifras es que superan en más de un 10% (5) a las de depresión y ansiedad en mujeres no embarazadas.

Es importante saber que no todas las mujeres tienen el mismo riesgo de desarrollar ansiedad y depresión durante la gestación; atendiendo a distintos factores, tanto maternos como fetales.

Dentro de los **factores maternos** se ha encontrado relación en la literatura con el estado civil (mayor riesgo las gestantes solteras), falta de apoyo de la pareja (6-9), existencia de violencia de género (10-14), bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de estudios, embarazos no planificados (13, 15) y en inmigrantes que desconocen el idioma del país y que tienen una cultura diferente (12, 16).

Por otro lado ha de tenerse en cuenta que muchas pacientes con tratamiento médico para su depresión-ansiedad, abandonan dicho tratamiento durante la gestación, presentando tasas de recaída de hasta el 68% (17), y el hecho de tener una depresión antenatal aumenta el riesgo de presentar una depresión postparto (9, 18).

Además algunos trabajos relacionan la depresión y ansiedad durante el embarazo con el desarrollo de EHE debido a la liberación de cortisol causada por el estrés, y dicho incremento de cortisol también puede empeorar el cuadro depresivo (8, 19, 20).

En lo referente al **recién nacido**, hay estudios que han relacionado la depresión y la ansiedad con un aumento de las tasas de parto prematuro (39%) y CIR (45%), esto es entre 3 ó 4 veces más que en la población general (21-23). En concreto, las mujeres con depresión prenatal tienen más riesgo de tener un parto pretérmino espontáneo. no pudiendo establecerse una relación con el parto pretérmino inducido por motivos médicos(24). Estas cifras tan elevadas resultan alarmantes porque el parto pretérmino y el CIR son las principales causas de mortalidad infantil en los primeros 5 años de vida, y de morbilidad neonatal inmediata y de secuelas posteriores (25).

Una **limitación de la bibliografía** existente es que proviene en su mayoría del extranjero, sobre todo de estudios realizados en EEUU. Las evidentes diferencias de sistemas políticos, hábitos sociales y sistemas sanitarios suponen una importante barrera a la hora de extrapolar estos resultados a nuestra población y hacen necesaria la realización de estudios en nuestro medio.

Otro problemas que presenta la literatura científica disponible es que se centran en la vertiente psiquiátrica, habiendo publicaciones en las que ni si quiera han participado ginecólogos u obstetras. Esto puede conllevar a un gran sesgo puesto que los aspectos de patología orgánica no son valorados y analizados correctamente por un especialista en el campo.

La **importancia del estudio** radica en intentar establecer relaciones significativas entre la depresión y la ansiedad con otras variables para poder poner en marcha medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento precoz para evitar complicaciones tanto maternas como fetales y elevación de costes sanitarios.

✓ **Objetivo:**

El presente estudio **pretende conocer la tasa depresión y ansiedad en gestantes ingresadas** y si ello esta correlacionado con otras patologías orgánicas como el parto

pretérmino, retraso en el crecimiento intrauterino (CIR), la amenaza de parto pretérmino (APP), enfermedad hipertensiva del embarazo(EHE), muerte fetal o bajo peso al nacimiento. También comparar la duración de los ingresos, el nivel socioeconómico y de estudio, la nacionalidad y el estado civil de las mujeres con ansiedad y depresión respecto a las que no la padecen en busca de factores de riesgo que predispongan dicha situación.

2. MATERIAL Y MÉTODOS:

El estudio realizado es de tipo **prospectivo y multicéntrico** llevado a cabo en la planta de obstetricia de los dos principales hospitales de Tenerife, el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y el Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC) desde el 8/01/19 hasta el 8/07/19, incluyendo un total de 100 pacientes.

Se aplicaron una serie de criterios para la realización del estudio:

- **Criterios de inclusión:**

- ❖ Mujeres mayores de 18 años gestantes que ingresaran en las plantas de hospitalización obstétrica durante cualquier etapa del embarazo por cualquier patología.
- ❖ Compresión verbal del estudio en cuestión y firma del consentimiento informado que administramos tanto los autores de la investigación como las doctoras colaboradoras responsables de cada centro.

- **Criterios de exclusión:**

- ❖ Incumplir criterios de inclusión.
- ❖ Historial psiquiátrico previo (tanto visualizado en el historial informático como verbalizado por las pacientes).
- ❖ No comprensión del español.
- ❖ Ingreso para inducción del parto.

A las pacientes incluidas en el estudio se les pasaban **dos cuestionarios** que constituían las principales variables del estudio. Debían ser rellenados por ellas mismas, nunca sus acompañantes.

El **primer cuestionario era demográfico y social** que recogía las siguientes variables: edad, estado civil (dividiendo a la población en casada/pareja de hecho y soltera), domicilio, nacionalidad, el número de ingresos previos en hospitales por cualquier causa, ingresos en embarazos previos, ingresos en este embarazo, consumo de tóxicos, si tenían hijos (número y si eran sanos o no), gestación espontánea o mediante técnicas de reproducción asistida y nivel de estudios. También recogía una serie de datos paternos como: edad, profesión, nivel de estudios, hábitos tóxicos (tabaco y otros) y nacionalidad.

El **segundo cuestionario era el “The Edinburgh Postnatal Depression Scale” (EPDS)**, un cuestionario validado para determinar el grado de depresión o ansiedad de las pacientes. Consiste en 10 preguntas con 4 opciones cada una (puntuadas de 0-3). Cuando el resultado es una puntuación superior a 10 puntos (de 30 posibles), se determina que existe ansiedad o depresión. Esta cifra se estableció en consenso haciendo una revisión de numerosos trabajos (2, 26-30) donde se utilizó dicho cuestionario, determinando que existe una fuerte evidencia de la existencia de depresión o ansiedad sin especificar el grado del trastorno o el tipo concreto del que se trata a partir de dicha puntuación con una sensibilidad del 86% y una especificidad del 78% (2).

Se seleccionó este cuestionario por su especificidad para situaciones perinatales y debido a su utilización previa en otros estudios similares, sirviendo por tanto para comparar resultados de la manera más exacta posible. El cuestionario hace referencia al **estado anímico de las pacientes los 7 días previos al ingreso** y es por ello que se entregaba en las primeras 48-72h (la mayoría fueron administrados en las primeras 48 horas de ingreso) para evitar sesgos y que las pacientes se sintieran con más angustia o depresión por el propio ingreso y no fueran capaces de responder de manera objetiva a las preguntas.

Por último, se recogieron los **resultados perinatales** (Apgar a los cinco minutos y el percentil de peso de los recién nacidos, el cual se consideró por debajo de 10 como

bajo peso) y los **datos restantes sobre el ingreso** (semana de nacimiento, días de ingreso, complicaciones postparto, ingresos durante ese embarazo) con las historias clínicas informatizadas de cada paciente (SAP, Walldorf, Alemania en CHUC y Drago, SCS, en CHUNSC).

Los **objetivos** del estudio fueron los siguientes:

- Principal:
 - Incidencia de ansiedad y depresión presentado por las gestantes a estudio (escala EPDS).
- Secundarias:
 - Relación entre ansiedad-depresión y características sociodemográficas de las pacientes.
 - Diferencias en tasa de ansiedad y depresión en función de la patología gestacional que causó el ingreso.
 - Resultados perinatales (viabilidad del feto, edad gestacional al parto, tipo de parto, complicaciones, APGAR, peso del feto al nacimiento) en pacientes con y sin depresión.

En cuanto a los métodos estadísticos empleados, se utilizó el **Statistical Package for the Social Sciences** (SPSS versión 25, IBM, Chicago). Las variables categóricas se analizaron con el test de Chi cuadrado en tablas cruzadas, las cuantitativas normales con la t de Student. Se empleó la regresión logística para predecir si el valor de una variable dicotómica (depresión sí o no) depende de otra lineal o categórica. Se consideró significación estadística $p < 0.05$.

Se adjunta la aprobación del comité ético en el Anexo 3.

3. RESULTADOS:

□ CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA:

| Total (N=100) | | |
|--|------------------------|----|
| Edad media | 30.72 | |
| Estado civil | Casada/pareja de hecho | 41 |
| | Soltera | 59 |
| Nivel de estudios | Universitarios | 34 |
| | Bachillerato/FP | 39 |
| | ESO | 22 |
| | Ninguno | 5 |
| Paridad | Nulíparas | 65 |
| | Multíparas | 35 |
| Tabaquismo | Sí | 14 |
| | No | 86 |
| Edad gestacional al ingreso (semanas) | 28.29 | |
| Estancia media (días) | 6.41 | |
| Tipo de parto | Eutócico | 62 |
| | Cesárea | 29 |
| | Tocurgía | 9 |

Tabla 1.

□ **RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD:**

La distribución final de pacientes corresponde a 60 (60%) ingresadas en el HUNSC y a 40 (40%) del HUC. Un total de 28 (28%) del total de pacientes obtuvieron una puntuación superior a 10 en el **cuestionario EPDS**, es decir, presentaban algún grado de ansiedad o depresión. De ellas, 18 pertenecían al HUNSC y 10 al HUC, siendo esta diferencia no significativa ($p=0,6$).

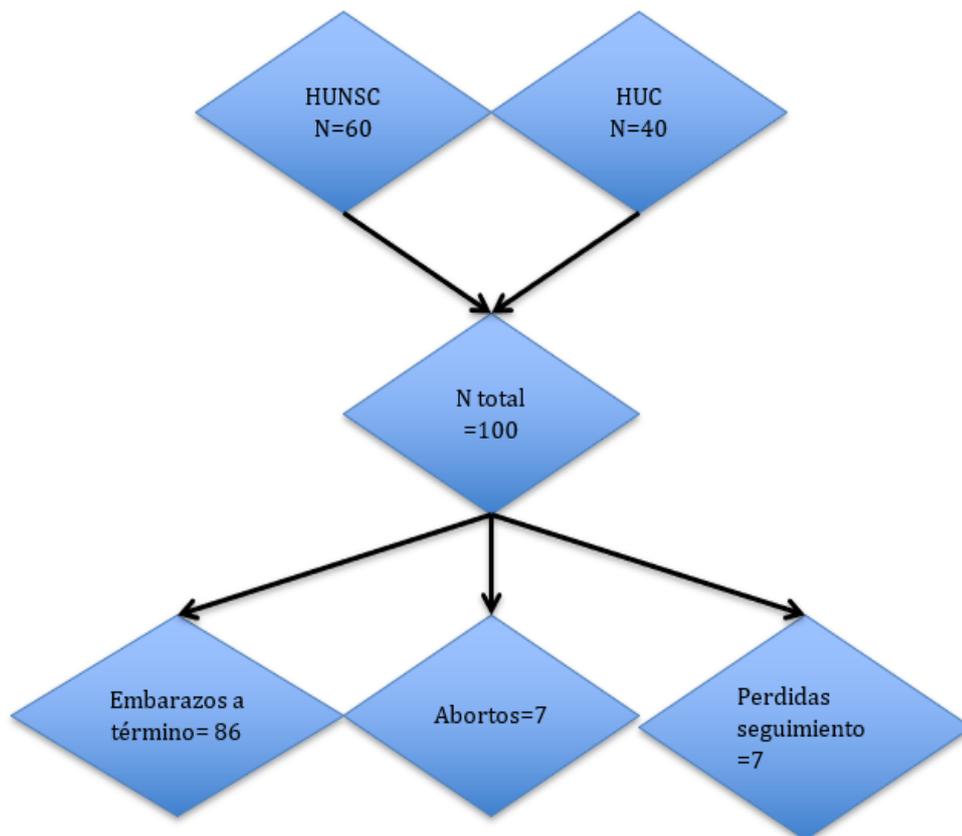


Fig.1

□ **DATOS PERSONALES Y DEMOGRÁFICOS:**

La **edad media** de las pacientes fue de 30 años (media= 30.72, $\sigma=7.108$), destacando que 12 (12%) de las pacientes superaban los 40 años. Además, respecto a sus antecedentes obstétricos, 65 (65%) eran primíparas y 35 (35%) eran multíparas.

Demográficamente, el 80% de las pacientes eran de origen español frente al 20% restante de diversas nacionalidades.

La procedencia por áreas geográficas se adjunta en la tabla a continuación:

| Lugar de residencia | |
|-----------------------------------|-----|
| Santa Cruz de Tenerife | 31% |
| Zona sur Tenerife | 28% |
| Zona norte Tenerife | 21% |
| Otras islas | 11% |
| San Cristóbal de La Laguna | 9% |

Tabla 2.

Sobre el **tipo de gestación**, 90% eran únicas, 9% eran gemelares y 1% era triple. Por último, cabe destacar que el 19% de las gestaciones se consiguieron mediante técnicas de reproducción asistidas (TRA). A continuación se adjunta una tabla en función del tipo de gestación:

| TIPO DE GESTACIÓN | |
|--------------------------|--------------|
| ÚNICA (90) | Esponánea=77 |
| | TRA=13 |
| GEMELAR (9) | Esponánea=4 |
| | TRA=5 |
| TRIPLE (1) | TRA=1 |

***TRA: técnica de reproducción asistida*

Tabla 3.

El 14% de las pacientes afirmaban ser **fumadoras**, destacando 4 de ellas que presentaban un consumo superior a 10cig/día. En cuanto a otros **tóxicos**, el 100% de las pacientes niegan consumo.

En cuanto al **estado civil** de las pacientes, un 59% eran solteras frente al 41% de pacientes casadas o con pareja de hecho.

Por último, a continuación se muestra una distribución en función del **nivel de estudios** de las pacientes; el 25% de las pacientes que no superan la educación secundaria obligatoria (ESO) y el 5% ningún tipo de estudio.

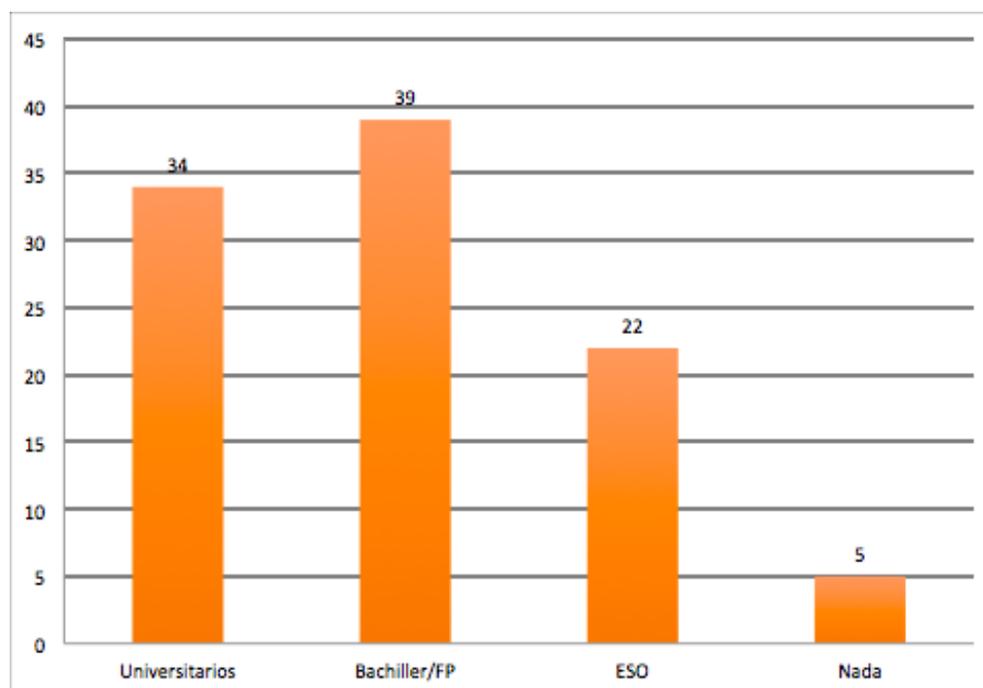


Fig. 2

Un total de 6 pacientes de las que tenían pareja presentaban depresión (14%), y 22 pacientes de las que no la tenían presentaban depresión (37,3%). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p=0,011$).

Al comparar las pacientes con estudios universitarios (34%) frente a las demás (66%), se vio una tasa de depresión del 8,8% frente al 37,9%. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p=0,001$).

Por tanto, las gestantes embarazadas solteras y las de menor nivel académico tienen mayores tasas de depresión y/o ansiedad en nuestra muestra.

Con respecto al **tabaco**, un 25% de las pacientes con resultado positivo en el EPDS eran fumadoras, mientras que solo un 9.72% eran fumadoras en el grupo que dio negativo en el test. Se comparó la depresión y ansiedad con esta variable siendo no significativa con una **p=0.053**, pero **clínicamente importante**.

□ **DATOS DEL INGRESO:**

El 86% de las pacientes estaban en su primer ingreso en este embarazo, el 9% era su segundo ingreso y el 5% era el entre el 3º y 5º ingreso.

En cuanto a la **estancia hospitalaria**, el mínimo fue un día y el máximo de 31 días, con una media de estancia hospitalaria de 6.41 días con intervalo de confianza del 95% entre 5,23 y 7,59 días.

En cuanto a la distribución de las **patologías motivo de ingreso**, se muestran a continuación:

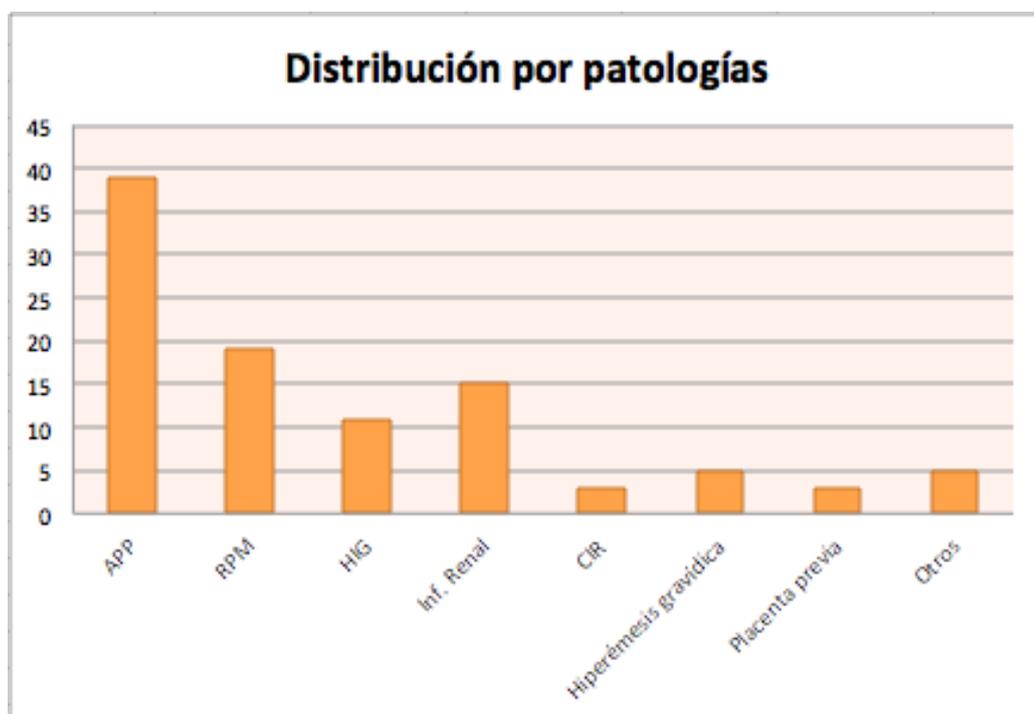


Fig. 3

***APP: amenaza de parto prematuro, RPM: rotura prematura de membranas, HIG: hipertensión inducida por la gestación, CIR: crecimiento intrauterino restringido.*

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la existencia de ansiedad-depresión y el tipo de patología que causó el ingreso (tabla). Tampoco hubo relación con la duración del ingreso.

Ello se muestra en la tabla a continuación:

| | N | EPDS≤10 | EPDS>10 | p |
|---------------------|----------|----------------|-------------------|----------|
| APP | 39 | 76'9% | 23'01% | 0.260 |
| CIR | 3 | 100% | 0% | 0.369 |
| RPM | 19 | 68'42% | 31'58% | 0.449 |
| EHE | 11 | 72.73% | 27.27% | 0.631 |
| Inf. renal | 15 | 66,7% | 33,3% | 0,414 |
| H. gravídica | 5 | 60% | 40% | 0,654 |
| P. previa | 3 | 66,7% | 33,3% | 0,587 |

Tabla 4.

*** APP: amenaza de parto prematuro, CIR: crecimiento intrauterino restringido, RPM: rotura prematura de membranas, EHE: enfermedad hipertensiva del embarazo, Infecciones renales, Hiperémesis gravídica, Placenta previa.*

□ **RESULTADOS DE LA GESTACIÓN:**

El **86%** de las **gestantes completaron la gestación**, el **7%** las que sufrieron un **aborto** y del **7%** **no se pudo disponer de datos** perinatales, porque dieron a luz en otros hospitales no incluidos en el estudio. Es importante aclarar que aunque las gestantes que completaron su embarazo fueron un total de 86, se obtuvieron **96 recién nacidos** por los embarazos gemelares y de trillizos.

En cuanto al **tipo de parto** la distribución se muestra en el siguiente gráfico:

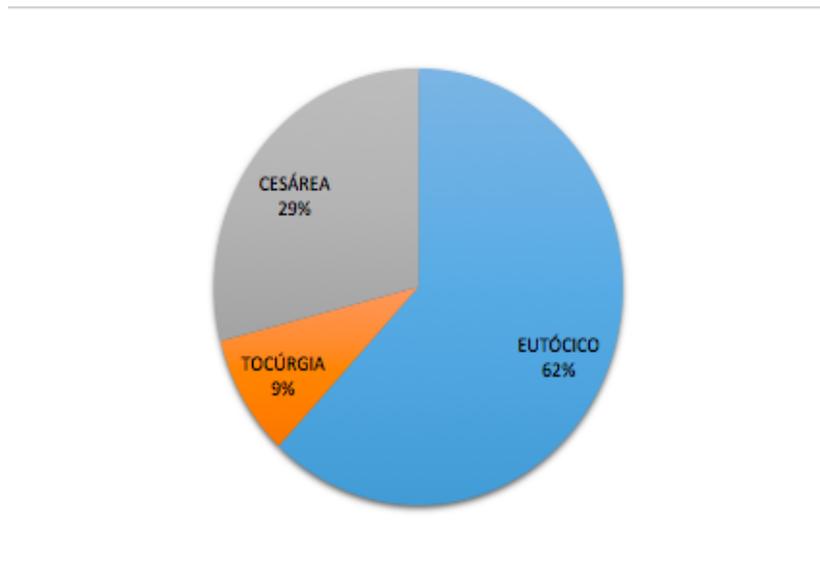


Fig. 4

En cuanto a las **complicaciones**, la más frecuente fueron las hemorrágicas con un 3% de incidencia.

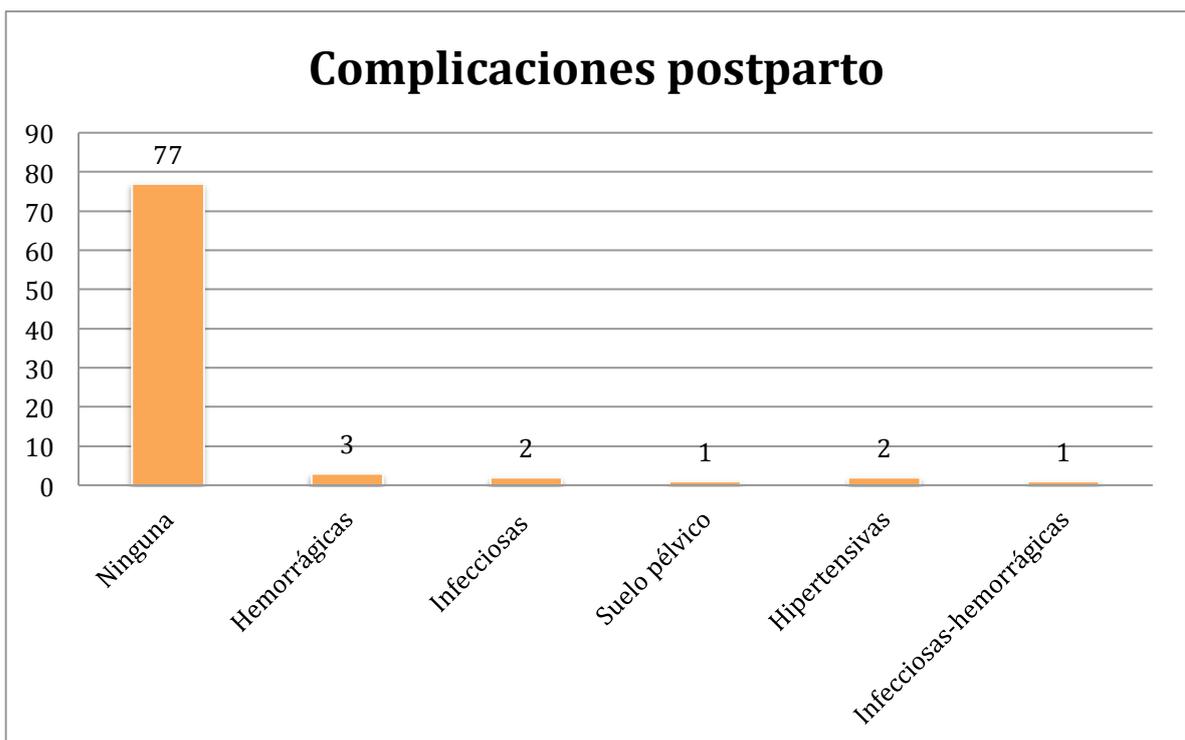


Fig. 5

El análisis entre la relación de las **gestantes que sufrieron un aborto posteriormente al ingreso** (7 en total) y los resultados del **EPDS** fue **no significativo**. El 42.85% de las pacientes que sufrieron un aborto dieron un resultado al test positivo vs el 58,15%.

Mediante regresión logística se determinó que no hay relación entre EPDS y edad gestacional al ingreso ($p=0,751$).

□ **RESULTADOS PERINATALES:**

Las variables empleadas para valorar los resultados perinatales fueron el resultado del test de Apgar a los cinco minutos y el percentil de los recién nacidos, considerando por debajo de 10 como “bajo peso”. Se dispone del resultado del Apgar de 86 recién nacidos.

El 90.6% de los recién nacidos tuvieron un **Apgar a los 5 minutos** mayor de 7, mientras que en el 9.4% fue menor de esta cifra. Las pacientes cuyos recién nacidos tuvieron un Apgar bajo no había dado resultado positivo en el test EPDS más que el grupo de Apgar normal (EPDS positivo y Apgar bajo 3 pacientes vs EPDS negativo y Apgar bajo en 4 pacientes)($p=0,3$).

El 34.37% de los recién nacidos estaban por debajo **del percentil 10**, frente al 65.62% restante, sin que hubiera relación entre EPDS positivo y bajo peso al nacer ($p=1$).

4. DISCUSIÓN:

En este estudio se ha encontrado que la **ansiedad y depresión** en las pacientes de la muestra representa un **28%, muy superior a la tasa de ansiedad-depresión global de la mujer en edad fértil y de la mujer con embarazo fisiológico (8-21%)**. Además, es mayor en mujeres solteras y con bajo nivel de estudios. Por otra parte, es muy elevada la tasa de **resultado perinatal adverso** que correspondía al **9.4% de las pacientes** (Apgar menor de 7 a los cinco minutos), que en la población general del HUNSC es del 1,56% (comunicación personal del Responsable de Paritorio). También, es importante destacar que entre las mujeres que sufrieron **un aborto el porcentaje de depresión fue de 42.85%** frente al 28% de depresión en el total de la muestra; diferencia estadísticamente significativa($p=0.03$).

En cuanto a la **relación** que se ha podido establecer entre la **ansiedad y depresión con las mujeres solteras y un bajo nivel de estudios**, esta es consistente con la literatura científica preexistente(10-13). Es lógico pensar que la falta de apoyo durante la gestación y enfrentar dificultades sola pueda suponer un aumento del estrés y provoque alteraciones en el estado de ánimo. Además, un menor nivel de estudios condiciona, generalmente, un bajo nivel cultural y dificultades en la comprensión de los procesos que acontecen durante el embarazo y el ingreso.

Nuestro porcentaje de depresión en las pacientes hospitalizadas es una cifra elevada respecto a los datos disponibles en la bibliografía, y especialmente al desglosarlo por patología. En la literatura se describe que APP o CIR se relacionan con depresión, y aunque en nuestro estudio no se alcanzó significación estadística sí se vio que hasta una de cada tres pacientes ingresadas por APP, RPPM, EHE, patología renal y placenta previa dan positivo en el test. Puede existir un sesgo en el hecho de que solo un 44% de los CIR ingresan, de ahí que no se haya podido tener acceso a la mayor parte de mujeres que presenten esta patología durante la gestación puesto que la muestra era únicamente de pacientes ingresadas (31).

Destaca en nuestro estudio una elevada tasa embarazos múltiples, del 10% en nuestra muestra respecto a la media de la población que se estima entorno a un 1-2% (32). No

obstante, este tipo de gestaciones también se asocian a mayores complicaciones durante el embarazo con incremento del riesgo relativo de 2-5 veces más de necesidad de ingreso (33).

Por otro lado, hay una tasa de cesáreas del 29%, mientras que en los hospitales en los que se realizó el estudio ronda el 18%. Esto se puede explicar debido a que hay un elevado número de embarazos múltiples, que un 12% de las mujeres eran mayores de 40 años, que las gestaciones en estudio se tratan de embarazos de alto riesgo y que 42 de los partos fueron pretérmino (entre los cuales 28 fueron prematuros). Otro factor que aumenta la incidencia de cesáreas son las cesáreas previas. Sin embargo, en nuestra muestra solo 2 mujeres cumplían esta condición por lo que se descarta este factor como posible causa del incremento en la tasa de cesáreas.

El mal resultado perinatal de este grupo de pacientes se refleja en la elevada tasa de recién nacidos con Apgar menor de 7 al quinto minuto, que probablemente se deba a las mismas razones a las que atribuimos la elevada tasa de cesáreas: paciente de alto riesgo y prematuridad.

Respecto a la bibliografía previa, Byatt, 2014 (2) elaboró un estudio con 62 pacientes de alto riesgo hospitalizadas, de las cuales un 27% presentan un EPDS ≥ 10 . También, Brandon, 2008 (4) con una muestra de 129 pacientes de alto riesgo ingresadas obtuvo un 44.2% de resultados ≥ 11 en el EPDS. Por otro lado, De las Cuevas, 2007 (34) realizó un estudio con 1332 pacientes de la isla de Tenerife y describe una menor tasa de problemas psiquiátricos y de tratamiento farmacológico que lo descrito en la literatura para otras poblaciones.

En cuanto a la relación con patología obstétrica, Staneva, 2015 (36) realizó una revisión sistemática de 39 artículos donde objetiva relación entre estrés prenatal y parto prematuro. En la misma línea, Oberlander, 2006 (22) concluyó que madres con síntomas depresivos aumentan x3 el RR de parto prematuro, bajo peso o CIR. Por su parte, Grote, 2010 (21) realizó un metaanálisis en el que incluyó 29 estudios encontrando un incremento del RR de parto prematuro y de PEG, si bien, influye la forma de medir la depresión y el estatus socioeconómico. También, (4) encontró una relación entre la depresión y la ansiedad con la incompetencia cervical.

Respecto a factores socio económicos, Hobfoll 1995 (35) con 252 pacientes obtenidas de población de bajo estatus socioeconómico encuentran una incidencia de depresión del 27.6% y 24.5%, siendo el **doblo en pacientes solteras** que no conviven con sus parejas. Dagklis, 2016 (6) realizó un estudio con 157 pacientes hospitalizadas y obtiene un 25% de depresión al momento del ingreso siendo mayor en fumadoras y embarazos no deseados.

En cuanto a los puntos fuertes de este estudio, es **prospectivo y multicéntrico**. Esto ha permitido abarcar población de diferentes zonas demográficas de la isla e incluso de otras partes de la provincia de Santa Cruz de Tenerife al tratarse de hospitales de referencia de islas menores. Además, al ser prospectivo, los datos no se han obtenido de una base previamente establecida sino que han sido recabados directamente por los investigadores. Otro aspecto positivo es que es el **primer estudio de este tipo realizado en nuestro medio**, con un diseño similar a otras publicaciones extranjeras, lo que además nos permite comparar los resultados de una manera objetiva.

Este trabajo cuenta con algunos sesgos como que la población a estudio no es representativa de la población general pues se trata de gestantes con embarazos que se han complicado en algún momento y han requerido ingreso lo que añade más estrés que pueda sesgar sus respuestas en nuestro cuestionario (que recordamos valora el estado anímico previo al ingreso). Otro posible sesgo es el tamaño muestral pues aumentar la muestra podría ayudar a establecer otras relaciones estadísticamente significativas. Además, hay otros estudios que emplean varias escalas para valorar la ansiedad y depresión, mientras que en este estudio solo se ha usado el EPDS (2). Finalmente, en este estudio no se registró la necesidad de evaluación de la paciente por psiquiatra cuando también abarcamos patologías psiquiátricas.

Todo lo concluido en el presente estudio y en la evidencia científica actual indica que **se infravalora la verdadera incidencia de la depresión y ansiedad en gestantes y las implicaciones que esto conlleva**. Detectar de manera temprana estas patologías puede conllevar una disminución del sufrimiento y un abordaje más integral de las pacientes. Además, conociendo los factores que se asocian a mayor ansiedad y depresión se puede prestar especial atención a las pacientes que presenten esas

características concretas. Aunque lo ya expuesto impulsa a querer profundizar en el tema para mejorar la calidad en la asistencia sanitaria a las mujeres embarazadas, en términos económicos y teóricos, habría que realizar más trabajos para poder conocer si sería eficiente y eficaz conocer el estado anímico de toda mujer en el embarazo para, en base a esto, poder tomar medidas de manera temprana.

En estudios futuros se puede valorar la influencia del ingreso como factor de riesgo de ansiedad y depresión, y si es este el responsable de los malos resultados perinatales.

5. AGRADECIMIENTOS Y APRENDIZAJE ADQUIRIDO:

Llegados al último capítulo de este proyecto, queremos recalcar que para nosotros no es solo el final de más de un año y medio de investigación, este trabajo también representa el cierre de una etapa muy importante en la que concluimos nuestro Grado en Medicina, y que además **nos ha servido para encontrar nuestra vocación en esta apasionante carrera: la ginecología y obstetricia.**

Nos gustaría empezar destacando la increíble colaboración de los **servicios de enfermería de las plantas de obstetricia** de ambos hospitales. Siempre que aparecíamos por la planta nos comunicaban directamente los ingresos nuevos, con un interés constante en saber cómo nos iba el trabajo y ofreciéndose a cualquier cosa en la que pudieran colaborar con nosotros.

También tenemos que manifestar que en este trabajo hemos tenido dos colaboradoras cruciales. Por un lado, agradecer a la **Dra. Alicia Zurita** del CHUNSC haber sido nuestro contacto en ese hospital, facilitándonos la recogida de datos, respondiendo a cualquier duda que pudiera surgirnos durante todo el proyecto. y yendo más allá de lo estrictamente académico con un trato siempre afectuoso hacia nosotros.

Por otro lado, nos gustaría nombrar a la **Dra. María Montenegro**, R4 del CHUC. Este proyecto fue ideado por ella y nuestras tutoras en 2017, aunque nunca fue iniciado y cuando acudimos al servicio de obstetricia con alguna propuesta de TFG, fue ella quien se ofreció a ayudarnos con esta idea y que pudiéramos iniciarlo nosotros.

A continuación nos gustaría, como no puede ser de otra manera, expresar nuestra inmensa gratitud a nuestras maravillosas tutoras. En primer lugar, nuestra cotutora la **Dra. Marta Coloma** del CHUC, a la cual valoramos enormemente el habernos dedicado su tiempo. En último lugar, le queremos expresar nuestro mayor agradecimiento a nuestra tutora la **Dra. Margarita Álvarez** del CHUC. Desde que contactamos con ella se ha volcado con nosotros en la realización de este proyecto, facilitándonos cualquier reunión el día y a la hora que pudiéramos. Nos ha enseñado el manejo de útiles herramientas informáticas que ,en el futuro, nos servirán en el desarrollo de nuestra profesión. Pero también con su excelente labor didáctica nos ha

transmitido enseñanzas con las que hemos profundizado en el conocimiento de esta especialidad.

Sin duda este trabajo lo hemos realizado con el mejor equipo y la mejor capitana que podíamos haber deseado y esperamos que en el resultado se vea reflejada la ilusión puesta por aportar nuestro granito de arena a la literatura científica.

En cuanto a **los conocimientos adquiridos en el TFG**, hemos aprendido cuestiones científicas como la incidencia de las enfermedades descritas, su influencia en relación al parto, ciertos criterios de ingreso de algunas patologías y lo más importante, la realidad en nuestro medio en relación a la literatura científica ya existente. También hemos aprendido el manejo de programas como el “EndNote” para citas bibliográficas, unas nociones básicas del SPSS y la utilización de otras herramientas a nuestro alcance muy importantes para nuestro futuro profesional. Por supuesto, de igual modo, las etapas para la realización de un trabajo de investigación son una fuente de aprendizaje, desde la solicitud de los permisos pertinentes hasta su estructura y elaboración

Por último, queremos destacar los beneficios de trabajar en equipo, lo cual ha sido clave en la realización de un trabajo tan largo y demandante. La posibilidad de poder repartir las tareas entre autores de labores como la recogida de datos en los dos hospitales cada 2-3 días o de que las tutoras pudieran organizarse para atender nuestras consultas ha supuesto un plus en la buena marcha del trabajo.

Por todo lo dicho, de nuevo muchas gracias a todos los implicados y esperamos que este sea el primero de muchos trabajos de investigación en obstetricia que llevemos a cabo juntos los autores.

6. ANEXO:

1. Cuestionario demográfico:

GESTANTE:

- EDAD: _____
- ESTADO CIVIL: _____
- DOMICILIO ACTUAL: _____
- PROFESIÓN ACTUAL: _____
- NIVEL DE ESTUDIOS: _____
- NACIONALIDAD: _____
- N° INGRESOS DURANTE ESTE EMBARAZO: _____
- INGRESOS EN EMBARAZOS ANTERIORES: _____
- N° DE VECES QUE HA ESTADO INGRESADA EN UN HOSPITAL POR OTRO MOTIVO: _____
- HIJOS:
 - SI: N° _____ SANOS _____ ENFERMOS _____
 - NO
- HÁBITOS TÓXICOS:
 - FUMADORA:
 - SI / NO N° CIGARRILLOS DIARIOS: _____
 - OTROS: _____
- GESTACIÓN ESPONTÁNEA () / REPRODUCCIÓN ASISTIDA ()

- AP PSIQUIÁTRICOS:
 - o SI (DEPRESIÓN/ANSIEDAD/TOC/TRASTORNOS ALIMENTICIOS/ OTROS: _____)
 - o NO

DATOS PATERNOS:

- EDAD: _____
- PROFESIÓN ACTUAL: _____
- NIVEL DE ESTUDIOS: _____
- NACIONALIDAD: _____
- HÁBITOS TÓXICOS:
 - FUMADOR: SI / NO
 - OTROS: _____

2. EPDS:

Con este cuestionario queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor, marque la respuesta que mas se acerque a cómo se ha sentido en LOS ULTIMOS 7 DÍAS, no solamente como se sienta hoy.

Esto significa: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la semana pasada.. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el

lado bueno de las cosas:

- a. No tanto como siempre
- b. No tanto ahora
- c. Mucho menos
- d. No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer:

- a. Tanto como siempre
- b. Algo menos de lo que solía hacer
- c. Definitivamente menos

- d. No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
- Sí, la mayoría de las veces
 - Sí, algunas veces
 - No muy a menudo
 - No, nunca
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
- No, para nada
 - Casi nada
 - Sí, a veces
 - Sí, a menudo
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:
- Sí, bastante
 - Sí, a veces
 - No, no mucho
 - No, nada
6. Las cosas me oprimen o agobian:
- Sí, la mayor parte de las veces.
 - Sí, a veces
- c. No, casi nunca
- d. No, nada
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir:
- Si, la mayoría de las veces.
 - Sí, bastante a menudo
 - No muy a menudo
 - No, nada
8. Me he sentido triste y desgraciada:
- Si, casi siempre
 - Si, bastante a menudo
 - No muy a menudo
 - No, nada
9. He sido tan infeliz que he estado llorando:
- Si, casi siempre
 - Sí, bastante a menudo
 - Solo en ocasiones
 - No, nunca
10. He pensado en hacerme daño a mi mismo:
- Sí, bastante a menudo
 - A veces
 - Casi nunca
 - No, nunca

3. Aprobación del comité ético:



El estudio de investigación titulado: **"Incidencia de depresión en gestantes hospitalizadas."**, versión **1.0**, de **13 de marzo de 2017**, con código **2017_30 (MM1234)**, del que son Investigadores Principales la Dra. **MARIA MONTENEGRO DEL MORAL**, la Dra. **MARGARITA ALVAREZ DE LA ROSA RODRIGUEZ** y la Dra. **MARTA COLOMA ESCRIBANO**, ha sido evaluado por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario de Canarias en su sesión del **25 de mayo de 2017**, y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Protocolo con los objetivos del estudio.

El procedimiento para obtener el consentimiento informado, incluyendo la hoja de información para los sujetos y el consentimiento informado, es adecuado.

La capacidad del Investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio y no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Por todo ello, el Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario de Canarias **Autoriza** la realización de este estudio.

La Laguna, a 25 de mayo de 2017.

Firmado:

Dra. CONSUELO MARIA RODRIGUEZ JIMENEZ
Secretaría del Comité de Ética de la Investigación
Hospital Universitario de Canarias

7. BIBLIOGRAFÍA:

1. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento.
2. 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*. 2014;36(6):644-9.
3. Scrandis DA, Langenberg P, Tonelli LH, Sheikh TM, Manogura AC, Alberico LA, et al. Prepartum Depressive Symptoms Correlate Positively with C-Reactive Protein Levels and Negatively with Tryptophan Levels: A Preliminary Report. *Int J Child Health Hum Dev*. 2008;1(2):167-74.
4. Brandon AR, Trivedi MH, Hynan LS, Miltenberger PD, Labat DB, Rifkin JB, et al. Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(4):635-43.
5. Vázquez Machado A. Diferencias de género. 2013 [17].
6. Dagklis T, Papazisis G, Tsakiridis I, Chouliara F, Mamopoulos A, Rousso D. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women hospitalized in a high-risk pregnancy unit in Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(7):1025-31.
7. Dibaba Y, Fantahun M, Hindin MJ. The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:135.
8. Tsakiridis I, Bousi V, Dagklis T, Sardeli C, Nikolopoulou V, Papazisis G. Epidemiology of antenatal depression among women with high-risk pregnancies due to obstetric complications: a scoping review. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;300(4):849-59.
9. Mohammad KI, Gamble J, Creedy DK. Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women. *Midwifery*. 2011;27(6):e238-45.
10. Halpern-Meehin S, Costanzo M, Ehrental D, Rhoades G. Intimate Partner Violence Screening in the Prenatal Period: Variation by State, Insurance, and Patient Characteristics. *Matern Child Health J*. 2019;23(6):756-67.

11. Verbeek T, Bockting CLH, Beijers C, Meijer JL, van Pampus MG, Burger H. Low socioeconomic status increases effects of negative life events on antenatal anxiety and depression. *Women Birth*. 2019;32(1):e138-e43.
12. Ogbo FA, Eastwood J, Hendry A, Jalaludin B, Agho KE, Barnett B, et al. Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):49.
13. Hu HQ, Zhang J, Zhao W, Tian T, Huang AQ, Wang LL. [The occurrence and determinants of anxiety and depression symptoms in women of six counties/ districts in China during pregnancy]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2017;51(1):47-52.
14. George C, Lalitha AR, Antony A, Kumar AV, Jacob KS. Antenatal depression in coastal South India: Prevalence and risk factors in the community. *Int J Soc Psychiatry*. 2016;62(2):141-7.
15. Yanikkerem E, Ay S, Piro N. Planned and unplanned pregnancy: effects on health practice and depression during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*. 2013;39(1):180-7.
16. González-Mesa E, Kabukcuoglu K, Körükcü O, Blasco M, Ibrahim N, Kavas T. Cultural factors influencing antenatal depression: A cross-sectional study in a cohort of Turkish and Spanish women at the beginning of the pregnancy. *J Affect Disord*. 2018;238:256-60.
17. Zardoya Mateo M, Medrano Albéniz J, Pacheco Yáñez L. *Uso de psicofármacos durante el embarazo y la lactancia*. 2º, editor. País Vasco 2014.
18. 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*. 2008;108(1-2):147-57.
19. Kim DR, Sockol LE, Sammel MD, Kelly C, Moseley M, Epperson CN. Elevated risk of adverse obstetric outcomes in pregnant women with depression. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16(6):475-82.
20. Youash S, Sharma V. Depression, Antidepressants and Hypertensive Disorders of Pregnancy: A Systematic Review. *Curr Drug Saf*. 2019;14(2):102-8.
21. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(10):1012-24.

22. Oberlander TF, Warburton W, Misri S, Aghajanian J, Hertzman C. Neonatal outcomes after prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and maternal depression using population-based linked health data. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(8):898-906.
23. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösl I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2007;20(3):189-209.
24. Venkatesh KK, Ferguson KK, Smith NA, Cantonwine DE, McElrath TF. Association of Antenatal Depression with Clinical Subtypes of Preterm Birth. *Am J Perinatol*. 2019;36(6):567-73.
25. Gelaye B, Sanchez SE, Andrade A, Gómez O, Coker AL, Dole N, et al. Association of antepartum depression, generalized anxiety, and posttraumatic stress disorder with infant birth weight and gestational age at delivery. *J Affect Disord*. 2020;262:310-6.
26. Flynn HA, O'Mahen HA, Massey L, Marcus S. The impact of a brief obstetrics clinic-based intervention on treatment use for perinatal depression. *J Womens Health (Larchmt)*. 2006;15(10):1195-204.
27. Burton A, Patel S, Kaminsky L, Rosario GD, Young R, Fitzsimmons A, et al. Depression in pregnancy: time of screening and access to psychiatric care. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011;24(11):1321-4.
28. Chen H, Wang J, Ch'ng YC, Mingoo R, Lee T, Ong J. Identifying mothers with postpartum depression early: integrating perinatal mental health care into the obstetric setting. *ISRN Obstet Gynecol*. 2011;2011:309189.
29. Goodman JH, Tyer-Viola L. Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010;19(3):477-90.
30. Glavin K, Smith L, Sørnum R, Ellefsen B. Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women--a one-year follow-up study. *J Clin Nurs*. 2010;19(21-22):3051-62.
31. Sanz Cortés M. Clasificación del crecimiento intrauterino restringido. *Hospital Clinic-ICGON*. 2012.

32. Santana DS, Surita FG, Cecatti JG. Multiple Pregnancy: Epidemiology and Association with Maternal and Perinatal Morbidity. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2018;40(9):554-62.
33. Wei J, Wu QJ, Zhang TN, Shen ZQ, Liu H, Zheng DM, et al. Complications in multiple gestation pregnancy: A cross-sectional study of ten maternal-fetal medicine centers in China. *Oncotarget.* 2016;7(21):30797-803.
34. De las Cuevas C, Álvarez de la Rosa M, Troyano JM, Sanz EJ. Are psychotropics used in pregnancy?. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety.* 2007; 16: 1018-1023.
35. Hobfoll ES, Ritter C, Lavin J, Hulsizer M, Cameron RP. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum woman. *Journal of Consulting and Clinical Psychology .* 1995; vol.63: 3. 445-453.
36. Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and birth.* 2015; 28: 179-193.