

UNIVERSIDAD PERUANA  
**DEL CENTRO**

Ex Umbra In Solem



**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN  
GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD  
LA LIBERTAD DURANTE EL PERIODO DE  
SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2017**

**TESIS**

PRESENTADA POR LA BACHILLER:

**DEHYSI CARIN ROJAS RODRÍGUEZ**

PAR OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

**OBSTETRA**

HUANCAYO – PERÚ  
2018

**ASESORAS DE TESIS:**

---

MG. GINA LEON UNTIVEROS

---

MG. IRIS ROSALES PARIONA

## JURADOS

---

PRESIDENTE

---

SECRETARIO

---

VOCAL

## **DEDICATORIA**

A Dios siempre presente en cada anhelo de mi vida, gracias por seguir mis pasos.

A mis padres Marisa y Edgardo y hermano que fueron mi fortaleza, siempre alentándome a seguir adelante con amor y paciencia en toda mi carrera.

A los docentes que depositaron en mí su confianza.

A mí querida alma mater UPeCEN por brindarme todos estos años de enseñanzas.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por haberme guiado siempre.

A mis padres Edgardo y Marisa por siempre estar a mi lado apoyándome y ser los más fuertes pilares para mí.

A mis grandes amigas, Beatriz, Gisell, Yudmy, Franceska, Priscila, Nancy, Katherine por siempre estar pendiente y mostrarme su apoyo incondicional.

A mis asesoras por su orientación y tiempo brindado en la realización del presente trabajo.

Al C.S La Libertad donde me brindaron conocimientos y experiencias para mi formación profesional y permitieron el desarrollo de esta investigación.

A todos aquellos que incondicionalmente me han apoyado a lo largo de todo este camino.

## ÍNDICE

<b>ASESORAS DE TESIS:</b> .....	2
<b>JURADOS</b> .....	3
<b>RESUMEN</b> .....	9
<b>1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	11
<b>1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	12
<b>1.3. JUSTIFICACIÓN</b> .....	12
<b>1.5. OBJETIVOS</b> .....	14
<b>1.5.1. OBJETIVO GENERAL</b> .....	14
<b>1.5.2. OBJETIVO ESPECIFICO</b> .....	14
<b>CAPÍTULO II - MARCO TEÓRICO</b> .....	15
<b>2.1. ANTECEDENTES</b> .....	15
<b>2.3. VARIABLES</b> .....	34
• Variable Ansiedad .....	34
• Variable Depresión.....	34
<b>2.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES</b> .....	35
<b>CAPÍTULO III- DISEÑO METODOLOGICO</b> .....	36
<b>3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION</b> .....	36
<b>3.2. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS</b> .....	37
<b>3.3. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b> .....	40
<b>3.4. ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	40
<b>CAPÍTULO – IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	41
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	52
<b>5.1. CONCLUSIONES</b> .....	52
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	54
<b>ANEXOS</b> .....	59

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Tabla de frecuencias de la muestra según edad.....	41
<b>Tabla 2:</b> Tabla de frecuencias de la muestra según Edad Gestacional.....	42
<b>Tabla 3:</b> Tabla de frecuencias de la muestra según Paridad .....	43
<b>Tabla 4:</b> Tabla de frecuencias de la muestra según Estado Civil .....	44
<b>Tabla 5:</b> Tabla de frecuencias de la muestra según Grado de Instrucción...	45
<b>Tabla 6:</b> Tabla de frecuencias de la muestra según Diagnostico de depresión .....	46
<b>Tabla 7:</b> Tabla de frecuencias de la muestra según Diagnostico de Ansiedad.....	47

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1 :</b> Diagrama de sectores de la muestra según edad .....	41
<b>Figura 2:</b> Diagrama de sectores de la muestra según Edad Gestacional ....	42
<b>Figura 3:</b> Diagrama de sectores de la muestra según Paridad .....	43
<b>Figura 4:</b> Diagrama de sectores de la muestra según Paridad .....	44
<b>Figura 5:</b> Diagrama de sectores de la muestra según Grado de .....	45
<b>Figura 6:</b> Diagrama de sectores de la muestra según Diagnostico de Depresión .....	46
<b>Figura 7:</b> Diagrama de sectores de la muestra según Diagnostico de Ansiedad.....	47



## RESUMEN

En el embarazo se puede presentar una elevada carga emocional y causando en mayor ansiedad y depresión. El objetivo es investigar la frecuencia de ansiedad y depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Libertad durante el periodo de Septiembre a Noviembre Del 2017 y el tipo de estudio fue descriptivo, observacional, transversal, prospectivo. La muestra fueron seleccionadas por conveniencia cuando acudan a su control programados durante la fecha de estudio los cuales tienen un aproximado de 214 gestantes, para la recolección de datos se utilizó la escala de Depresión y de Ansiedad de Hamilton. El procesamiento de datos y elaboración de diagramas se realizó en la hoja de cálculo de Excel 2013 y SPSS versión 23 los resultados fueron, en cuanto a la edad 93(43.5%) tienen la edad de 21 a 30 años, 76(35.5%) tienen de 31-42 años y 45(21.0%) de 15-20 años, en edad gestacional 135(63.1%) en el tercer trimestre de edad gestacional, 79(36.9%) en el segundo trimestre y (0.0%) en el primer trimestre, paridad, 65(30.4%) primigestas 44(20.6%) segundigestas,, 58(27.1%) Tercigesta, 25(11.7) multigesta, 14(6.5%) nulíparas y 8(3.7%) gran múltiparas, estado civil 135(63.1%) son convivientes, 55(25.7%) solteras y 24(11.2%) son casadas, grado de instrucción 92(42.9%) con grado de instrucción nivel secundario, 75(35.0%) nivel superior, 36(16.8) con nivel primario y 11(5.1%) son iletradas, diagnóstico de Depresión 85(39.7%) presentaron ansiedad ligera, 57(26.6%) ansiedad moderada, 36(16.8) con no ansiedad y 25(11.6%) ansiedad severa, 11(5.1%) ansiedad muy severa, diagnóstico de Ansiedad 141(65.8%) presentaron ansiedad leve, 71(35.0%) ansiedad moderada, 0(0.9) con no

ansiedad y 0(0%) ansiedad severa de igual manera ansiedad muy severa. Son factores de riesgo para presentar Depresión y Ansiedad en la gestación son la edad 93(43.5%) de 21-30 años, edad gestacional 135(63.1%) del tercer trimestre, paridad 65(30.4%) primigestas, estado civil 135(63.1%), grado de instrucción 92(43%) secundaria.

**Palabra clave:** Embarazo, Depresión, Ansiedad.

## **CAPÍTULO I - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Entre los años (2005 y 2013) el Organismo Internacional de las Naciones Unidas encargados de la salud alego que las estadísticas de ansiedad en grávidas se encuentra en acrecentamiento en un 50% de (416 000 000 a 615 000 000) si esta patología no es diagnosticada y medicada a tiempo durante el control del embarazo, en la grávida puede emerger una depresión . (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) cataloga a la depresión como un dilema de la salubridad pública, así mismo reitera que en el año 2016 de 615 000 000 grávidas que padecen depresión, 350 000 000 manifestaron esta patología (depresión) en el momento de la gravidez ya que durante este periodo la mujer sufre distintas transformaciones en su organismo ya sea de tipo anatómico o fisiológico que no es admitido por la mujer , la OMS ratifica que una grávida que tiene precedentes de depresión en el embarazo previo, existe un considerable riesgo de manifestar esta patología en el siguiente embarazo, otros de los factores para la presencia de esta patología es la desavenencia de conyugues, mujeres que se responsabilizan solas el embarazo (solteras), embarazo imprevisto, gestantes que no tiene seguro o apoyo de alguna institución y la indigencia; estos factores hace que la grávida tengue un control

prenatal deficiente y pone en riesgo su salud y del producto de la concepción. (1) (2)

En nuestro país la depresión no es diagnosticada y medicada a tiempo por la falta de personal de salud con competencia, esta patología tiene mayor incidencia en zonas más alejadas de la población urbana - (rural) regiones que son de difícil acceso, cuentan con establecimientos de salud carentes de infraestructura, el personal de salud sin competencia y con una población de economía muy pobre, según los estudios realizados en el año 2016, del total de las grávidas el (37.3%) fueron diagnosticadas con depresión y el (39.3%) del total de gestantes de las regiones de la sierra y la selva también fueron diagnosticadas con esta patología (depresión). (3)

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuánto es la frecuencia de ansiedad y depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud La libertad durante el periodo de Septiembre a Noviembre del 2017?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN**

El siguiente trabajo de investigación posee una trascendencia teórica, la patología de depresión en la gestación es considerados por la OMS como un dilema de la salubridad pública, la depresión está ligada a las transformaciones fisiológicos y anatómicos que sufre la fémina durante la gestación, también pueden intervenir ciertos factores que van a condicionar a la presencia de esta patología causas como: la edad, estatus económico, violencia entre conyugues, etc., estos

factores van a incrementar el deterioro de la salud de la madre y al producto de la concepción.

El presente estudio también tiene una significación práctica porque se lograra establecer las diferencias de signos y síntomas existentes entre las patologías de la depresión y ansiedad en grávidas, y así sugerir a plantear diferentes tácticas de atención, formular protocolos, guías o normas procedimentales o de atención con el único fin de aportar al decrecimiento de las estadísticas de ansiedad y depresión, con un control prenatal eficiente se podrá realizar la captación precoz e iniciar el tratamiento oportuno y eficaz de estas patologías.

Se puede controlar el problema ejecutando acciones de promoción y prevención de la salud antes, durante y después del embarazo, efectuando un oportuno consejo y orientación sobre los cambios (fisiológicos / biológicos) que sufre la mujer durante la gravidez, parto y postparto. Con los resultados del presente estudio se logró identificar la frecuencia de la ansiedad y depresión en gestantes que asistieron al Centro de Salud La libertad que servirá de ayuda a posteriores investigaciones.

#### **1.4. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION**

En el presente estudio no se halló limitación alguna, no hubo obstáculos o restricción (internas y/o externas), el consentimiento de la grávida para la encuesta favoreció a la realización de la siguiente tesis.

## **1.5. OBJETIVOS**

### **1.5.1. OBJETIVO GENERAL**

Identificar la frecuencia de la ansiedad y depresión en gestantes que acuden al Centro de Salud La libertad durante el periodo de Septiembre a Noviembre del 2017.

### **1.5.2. OBJETIVO ESPECIFICO**

1. Establecer la frecuencia de ansiedad en gestantes del C.S la libertad durante el periodo de Septiembre a Noviembre del 2017.
2. Establecer la frecuencia de depresión en gestantes del C.S la libertad durante el periodo de Septiembre a Noviembre del 2017.

## **CAPÍTULO II - MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES**

**Ventocilla V**, en el 2015. Tuvo como finalidad detallar los grados de depresión en las gestantes que acudieron al Centro de Salud La Revolución que pertenece al micro red de Juliaca durante el año 2014, utilizo un método de estudio descriptivo de corte transversal, trabajo con una muestra de 72 participantes con una edad que comprendía entre (16 a 28 años), resultados: 42(55.6%) presentaron depresión ligera, 16 (22.2%) no mostraron depresión, 11 (15.3%) tuvieron diagnóstico de depresión en un grado moderada, 5(6.9%) mostraron depresión grave, en el estado anímico 31(43.1%) mostraron depresión ligera, en la dimensión ansiedad: 29((40.3%) fueron diagnosticados con depresión grado ligera, en cuanto al sueño 30(41.7%) mostraron depresión en un grado grave.. (4)

**Calloapaza M, en el año 2015.** Tuvo como finalidad determinar la constancia de ansiedad y depresión en grávidas adolescentes y no adolescentes que acudieron al el Hospital de Camaná – Caraveli investigación realizada en el transcurso de los meses de diciembre del 2014 y enero del año 2015, utilizo el método de estudio descriptivo, prospectivo y relacional, trabajo con 90 participantes (30 grávidas >12 y < 17 años de edad) y (60 grávidas > de17 años), resultados: 72 (80%) se encontraban dentro de 32 y 41 semanas de gestación, 56(63.33%) eran convivientes, .de las adolescentes 22 (73.33%) presentaron ansiedad en un grado leve, de las no adolescentes

38(63.33%) presentaron ansiedad un grado leve, con una significancia < al p valor de 0.05. Con relación a la depresión en >12 y < 17 años de edad, 18(60%) tuvieron depresión un grado leve y de las grávidas > de 17 años, 20(33.3%) presentaron depresión con un p valor < 0.05, conclusiones: Se halló frecuencia de ansiedad y depresión, las características: el analfabetismo, el estado civil soltera son factores que se asocian con ansiedad y depresión todos con un grado de significancia < al p valor de 0.005. (5)

**Pacheco V, en el año 2015.** Tuvo como finalidad describir las características sociales que se relacionan con la patología de ansiedad, investigación realizada en grávidas que asistieron a su control prenatal al Hospital Regional III Honorio Delgado – Arequipa en el año 2014, fue un estudio de tipo transversal, descriptivo y relacional, tuvo como muestra 200 grávidas, resultados: el 92(46.0%) mostraron ansiedad un grado moderada, 169(84.5%) sus edades oscilaban entre (18 a 35 años), 89(44.5%) gestaron por primera vez, 67(33.5%) tenían educación media, 114(57%) eran convivientes, 158(79%) eran casadas, 113(56.5%) se dedicaban a trabajos dentro del hogar, conclusiones: las características: la educación media no concluida, la convivencia, violencia física a la grávida por su conviviente, no tener una ocupación rentable se relacionan con ansiedad con un grado de significancia < al p valor de 0.005. (6)

**Huamani M, en el año 2014.** Tuvo como finalidad establecer el grado de ansiedad en gestantes que nunca tuvieron un parto y las que tuvieron un parto, investigación realizada en el Centro de Salud Maritza



Campos Díaz - Cerro Colorado-Arequipa de enero a diciembre del año 2013, utilizo el método de estudio explicativa y correlacional, trabajo con 278 grávidas, resultados: 53.6%; presentaron ansiedad un grado moderada, 33.5%; ansiedad un grado leve; 12.9% no ansiedad, conclusión: evidencio mayor grado de ansiedad en mujeres que tuvieron un parto y las que no tuvieron. (7)

**Saravia M, en el año 2014.** La finalidad de su estudio fue establecer si existe una asociación entre las complicaciones obstétricas y la depresión en grávidas que culminaron su embarazo en el hospital ex Maternidad - Lima, es una investigación que se desarrolló en el año 2014, utilizo el método de estudio de corte transversal, retrospectivo y correlacional, trabajo con 75 grávidas con diagnóstico de depresión y alguna complicación durante el parto, resultados: 38( 50.7%) el parto fue por cesárea, 37(49.3%) el parto fue por vía natural, 11(14.7%) presentaron depresión en grado moderada, 63(85.3%) con diagnóstico de depresión en grado leve, conclusión: hubo asociación entre depresión de un grado moderada con las enfermedades hipertensivas del embarazo con un grado de significancia  $< \alpha=0.000..$  (8)

**Bustamante M, Infante L, en el año 2014.** Tuvieron como finalidad establecer el grado de ansiedad que afecto a grávidas en etapa de la adolescencia del C.S. - Pomalca de Chiclayo, es una investigación que se desarrolló en el año 2014, utilizo el método de estudio descriptivo y cuantitativa, tuvieron como muestra 30 grávidas con edad ( $< 17$  y  $>12$  años), resultados: 11(37%) presentaron nivel alto de ansiedad, 24(80%) provenían de la área rural con un grado de

ansiedad elevado, 15(52%) pertenecían al área urbano con ansiedad de grado medio, 12(40%) tenían educación media con ansiedad de grado medio, 12(40%) gestaron por primera vez con ansiedad de grado alto, conclusión: las mujeres que gestaron por primera vez son las que presentaron ansiedad en un grado muy alto. (9)

**Díaz E, en el año 2013.** Tuvo como finalidad establecer las causas que se relacionan con la depresión después del parto en puérperas atendidas en el ex Hospital N° 1 de Trujillo, investigación realizada de enero a diciembre del año 2012, utilizo un estudio de tipo descriptivo, trabajo con una muestra de 390 puérperas (42 semanas postparto), resultados: (35.4%) eran puérperas < de 20 años de edad, (70%) eran mujeres que gestaron por primera vez, (66.2%) pertenecían al área urbana, (85.4%) no tuvieron educación terciaria (universitaria), (33.1%) no tenían pareja, (22.3%) culminó su embarazo a < 37 semanas de gestación, (71.5%) presentaron estrés en el último trimestre de la gestación, conclusión: los factores que se asocian con la depresión son el grado de instrucción, el área de residencia (urbana), parto prematuro y el estrés durante la gravidez. (10)

**Arias K, en el año 2013.** El objetivo que se planteó fue relacionar e identificar el grado de ansiedad y depresión en grávidas (<17 a >12 años de edad) fue una investigación realizada en el C.S. Maritza Campos Díaz – Arequipa, en el transcurso del año 2013, para el estudio utilizo el método descriptivo, prospectivo y relacional, la muestra estuvo conformada por 40 grávidas, resultados: la edad promedio fue de (17,53 años), El 12(30%) tuvieron como diagnóstico ansiedad;

27(67,50%) tenían ansiedad de grado moderada y 1(2,50%) tuvieron como diagnóstico ansiedad en un grado grave, 13(32,50%) tuvieron depresión de un grado ligera, 10(25%), tuvieron depresión en un grado moderada, 8(20%) presentaron depresión en grado severa y 7(17,50%) fueron diagnosticados con depresión en grado muy severa, la ansiedad disminuye según se incrementa la edad de la grávida (15 a 18 años) esta población presentaron ansiedad de un grado moderada, conclusión: existe una asociación significativa por tener un grado de significancia menor al p valor < de 0.005. (11)

**Saji N, en el año 2012.** Tuvo como finalidad establecer y asociar las fundamentales causas para la aparición de depresión después del parto investigación que fue realizada en el Hospital Adolfo Guevara de Cuzco en el transcurso del 2012, el método de estudio que utilizó fue transversal y descriptivo, trabajó con 90 grávidas, resultado: el 30.9% tuvieron depresión después del parto, 28,1% tenían educación media, 53.1% convivían con la pareja, conclusión: las causas que se asocian a la depresión es la violencia de género, falta de economía y no tener un trabajo remunerado. (12)

**Llerena F, en el año 2012.** Su objetivo fue establecer las peculiaridades sociales y culturales que se relacionan a la existencia de ansiedad y depresión durante la gravidez en gestantes <19 a >10 años de edad, en el Hospital de Camana - (Arequipa), utilizó el método de estudio retrospectivo y descriptivo, trabajó con 979 púerperas, resultado: 188 (19,28%) tuvieron más de 2 hijos, (65.06%) convivían con su pareja, (72.29%) vivían en la ciudad, (53.01%)

estudiaron educación básica y (49.40%) se dedican a trabajos del hogar, (86.75%) culminó su embarazo con parto natural, conclusión: los factores que se relacionan con ansiedad y depresión son la residencia urbana, la educación básica, no tener un trabajo remunerado. (13)

## **BASES TEÓRICA**

### **A. Ansiedad**

Es una patología o trastorno muy frecuente y conocida, este trastorno es producido por los momentos de terror, miedo y angustia junto a ello los cambios fisiológicos y anatómicos que experimenta la mujer en el periodo de la gravidez, el tratamiento es a nivel del ámbito psicoterapéutico con medicación de antidepresivos tricíclicos (ATC). (14)

La ansiedad, el temor y la preocupación son padecimientos que cada día confronta la mujer grávida, estos padecimientos se dan a consecuencia de los múltiples dilemas que enfrentan cada día ya sea dentro de la morada, en el trabajo y en algunas gestantes que buscan la perfección en el quehacer de rutina.

Estos padecimientos ya mencionados pueden ser estimados como una reacción común, cuando es dominada por la gestante (es pasajera), cuando se nota que es muy frecuente y no logra sobresalir de este cuadro es un indicador para tomar precauciones es en este momento que el personal de salud competente tome prevenciones inmediatas para manejar esta patología. (15) (16)

**Tabla N 1º: SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD**

Síntomas	Signos
Sistema nervioso	Sistema nervioso
angustia, inquietud, deficiencia en la concentración, vértigos, pesadez, se muestran irritables, son intransigentes, no puede conciliar el sueño, desasosiego, pavor, se sienten agotadas, decaimiento, sufren constantemente dolor persistente e intenso de cabeza, movimiento involuntario en el cuerpo (temblores), adormecimiento u hormigueos, cutis anserina	A nivel facial se encuentra una manifestación tensa, conducta exagerada, consumo exagerado de tabaco, Hiperactividad, irascible en el momento de la exploración física, en algunas ocasiones protrusión de los dedos, la parte interna de la mano con transpiración (sudor).
Sistema circulatorio	Sistema circulatorio
Palpitaciones a nivel del corazón Angina de pecho (opresión) Incremento de la temperatura corporal y presencia de sensación de calor (bochornos).	Incremento de la frecuencia cardíaca Aumento temporal de la <i>presión arterial sistólica</i> (PAS) Soplo sistólico no por deficiencia o deformación.
Sistema respiratorio	Sistema respiratorio
sumersión, sensación de sofoco	Tienen una respiración acentuada y rápida (Hiperventilación) Aumenta la inhalación profunda (suspiros).
Aparato digestivo	
Epigastralgias. Plenitud, pesadez, dolor, ardor, flatulencia, eructos, acidez estomacal,	

Fuente: Diane M. Twickler, MD, George D. Wendel, Jr., MD. Williams Obstetricia (14)

El trastorno de la ansiedad en la mujer gestante es un factor de riesgo con una probabilidad de suscitar un detrimento como la depresión, la gravida cuando presenta algún signo o síntoma de

riesgo se debe de adoptar medidas de urgencia para obtener un tratamiento oportuno y eficaz. (17) (18)

### **1. Categorías de ansiedad**

- Las grávida que se siente observada o criticada por otras personas de su entorno (fobia a nivel social)
- La grávida siente un miedo vehemente a una realidad, elemento, animal, etc., (fobia específica / simple).
- La mujer gestante siente miedo o angustia cuando se ubica en una arboleda, lugar despejado o en la calle (agorafobia)
- El estado afectivo se presenta con actitudes de tristeza y pena (angustia).
- La gestante presenta una preocupación desmesurada sobre la vida que lleva no llegan a tranquilizarse y suponen lo ínfimo.
- Tienen un raciocinio ofuscador y perenne, que conlleva a una inquietud.
- Trastornos después de vivir o contemplar eventos traumáticos (estrés postraumático).
- Presentan deterioro en el estado social (trastorno de ansiedad no especificado) (19) (20)

#### **a) Etiopatogenia**

Las causas de estos trastornos (ansiedad y depresión) son los factores de origen biológico, social, hábitos de

origen involuntario y mundologías traumáticas también puede ser de origen genético según estudios se encontraron anomalías en los marcadores genéticos en la configuración de los cromosomas X en los pares 5, 18, 11, 4, y 21. (21) (22)

**b) Causas biológicas**

Son respuestas de origen defensivo ante el apercibimiento de un riesgo, estas posturas van a originar una estimulación a nivel cerebral y como respuesta un pavor de un posible daño evadiendo o enfrentando al factor causal a este proceso se le conoce como una respuesta de “*pelea o fuga*”. (22)

**c) Causas psicosociales**

Los factores sociales estresantes de ansiedad / depresión es la negativa relación interpersonal, modificaciones en la forma de vivir, dilemas económicos, inconveniencias en el trabajo o en los estudios, precedentes de muerte fetal o del recién nacido en la gestación ulterior, carencia de comunicación con personas de su entorno, todo lo mencionado conlleva a una ansiedad generalizada. (21)

**d) Causas traumáticas**

Cuando la persona sufre un estrés crónico o ha vivido una experiencia traumática y no logra sobresalir de este estadio,

la paciente presenta agitación depresión, momentos de ira, ansiedad, evoca constantemente los hechos traumáticos vividos. (21)

#### **e) Causas psicodinámicas**

Ante la presencia de ansiedad como un riesgo, el organismo crea una defensa y se manifiestan los primeros síntomas, si es diagnosticada y medicada a tiempo esta patología se ausenta y si no se toman las medidas urgentes y correctas este trastorno se mostrara más agresivo.

El desinterés en las relaciones cordiales o afectiva es el primer síntoma que manifiesta una grávida con diagnóstico de ansiedad, también puede estar asociado a la ruptura conyugal, problemas económicos, etc., (21)

#### **f) Fisiopatología**

La fisiopatología de ansiedad hasta hoy en día no es conocida; ante un riesgo de daño el organismo va rechazar produciendo cambios en el organismo con el único fin de prevenir ante una amenaza de suceder un daño. Ante un riesgo esta información es transportada al cerebro al sistema nervioso central para ser procesada, donde se evaluara si es peligrosa o no, una vez procesada, a través de las células nerviosas se da una respuesta. (22) (23)

#### **Neurotransmisores:**



✓ **Norepinefrina (Noradrenalina)**

es una catecolamina que cumple diferentes cometidos a nivel fisiológico y homeostáticas en el organismo humano, el actuar principal de la noradrenalina es de neurotransmisor que es segregada por las neuronas simpáticas ante un evento estresante, llegando al sistema cardiaco, cuando se produce un incremento de este neurotransmisor se va ver alterado las contracciones cardiacas, también es segregada por las neuronas del sistema nervioso simpático, para dar una respuesta ya sea de modo de pugna o fuga, la norepinefrina está sujeta a la depresión, cuando se acrecienta la segregacion de sustancias excitadoras como la serotonina y norepinefrina a nivel cerebral se acrecienta la fabricación de los antidepresivos como la noradrenalina y serotonina que son sustancias inhibidoras.(17)

✓ **Receptor benzodiacépinico (benzodicepinas)**

Las benzodicepinas son sustancias medicamentosas psicotrópicas (somnífero), que dentro del organismo humano cumple una acción de sedación, causan letargo, actúan como relajante muscular, estos fármacos son usados como medicación de personas con diagnóstico de ansiedad, desvelo, epilepsias, en la

privación del *alcohol* (*abstinencia*) y espasticidad a nivel muscular. (23)

También es medicado en los exámenes que se realiza visualmente de ciertas cavidades internas del organismo (endoscopia) para restar la ansiedad, al producir sedación, también produce adormecimiento o inconciencia.(23)

Las personas que consumen sustancias estimulantes (droga) utilizan las benzodicepinas para sosegar el estado de ánimo en que se encuentra (pánico por alucinación).(23)

La drogas benzodicepinas dentro del organismo originan ciertas secuelas secundarias como el adepto y la dependencia al fármaco. (23)

### **Serotoninérgico (serotonina)**

Encargados de la excitación e inhibición, los receptores de serotonina intervienen al activarse el neurotransmisor de serotonina. Son neurotransmisores trascendentales de la socarronería, de la somnolencia, alimentación, del dolor, gozo, y del apetito sexual. (23)

La serotonina exime hormonas como la vasopresina, oxitocina, corticotropina, cortisol, prolactina así mismo también libera neurotransmisores como la acetilcolina, norepinefrina / epinefrina, glutamato y la dopamina. (23)

Los receptores de serotonina intervienen en diferentes comportamientos como en la agresión, el temor, en la gula, la cognición, en el razonamiento, recuerdo, ánimo, sueño y en el sistema que regula la temperatura corporal. (23)

#### **g) Tratamiento Farmacológico**

Los fármacos más utilizados y eficaces para la medicación de esta patología son:

- ✓ Depresores de la estructura nerviosa a nivel central (Benzodiacepinas)
- ✓ Fármacos psicotrópicos como los Inhibidores de serotonina
- ✓ Fármacos psicotrópicos como los antidepresivos cíclicos / tricíclicos

#### **h) Tratamiento Psicoterapéutico**

El tratamiento a través de la psicología que trata ciertas variaciones conductuales ya sean físicas o psíquicas de la grávida y a través del dialogo entre el personal de salud y el paciente, se logra conseguir cambios en estas alteraciones y lograr así el restablecimiento de la personalidad, incorporación al grupo o sociedad y un bienestar físico y anatómico. (23)

### **B. Depresión**

Patología o trastorno clínico grave que se surge con mayor constancia, durante la gestación este trastorno afecta a la persona física y cognitivamente, tanto en el raciocinio como en el sentimiento, manifiestan cambios como: el anhelo de aislarse de las personas que lo rodean, también causa ansiedad, dejan de realizar sus actividades cotidianas, pierden el apetito, no duermen y muestran tristeza.(17)

### **Sintomatología de la depresión**

- ✓ El paciente muestra tristeza.
- ✓ No hay interés por realizar sus actividades cotidianas
- ✓ No sienten deseo de alimentarse
- ✓ No duermen lo necesario o se pasan todo el tiempo durmiendo
- ✓ Son irritables, muestran pavor, ansiedad, y un sentir de víctima.
- ✓ Pensamiento de deceso o de como terminar con su existencia (17)

### **Factores que condicionan a una depresión**

- Factores de ascendencia genética.
- Factores biológicos, (edad adulta, es más común en el sexo femenino, de cuatro féminas afecta a una, y más común en el postparto.)
- Factores de adaptación (ambientales)
- Factores que afectan el estado psíquico (psicológicos).

(24)

La persona con diagnóstico de depresión presenta tristeza, melancolía, sienten desdicha, ira, desgano, frustración. (23). La depresión en la gravidez puede ser descubierta y tratada a tiempo durante el control del embarazo. (17) (22).

#### **a) Depresión en el embarazo**

Durante la gravidez la mujeres son más propensas para presentar esta patología en un inicio es dificultoso de evidenciar porque la grávida se va habituando a las variaciones propios por la gestación, si una fémina antes del embarazo estuvo con medicación a base de antidepresivos y que por alguna razón abandona la medicación, es más previsible que durante la gestación, en el intraparto o en el postparto manifieste esta patología, de la misma forma si una fémina padece de trastorno bipolar es habitual que enferme con depresión dentro de los primeros días después del parto, estudios sugieren que no es aconsejable reprimir la medicación durante la gestación. (25) (26)

#### **b) Depresión mayor en gestantes**

La depresión es muy habitual durante la gestación con mayor frecuencia en los dos últimos trimestres de gravidez, este padecimiento es producto de diferentes causas (anatómicas, fisiológicos, genético, etc.), la causa más frecuente es por trastornos psiquiátricos que la persona sobrelleva antes del embarazo que no fue localizada y

tratada adecuadamente. Esta patología produce un efecto adverso en la madre y al producto de la concepción, las gestantes con diagnóstico de este trastorno presentan un resquebrajamiento en el nivel económico, social y clínicamente, que obstaculiza tomar disposiciones para su restablecimiento y eludir complicaciones. (14) (15).

## **1. Etiología**

La etiología hasta hoy en día es ignorada, estudios realizados afirman que la causa predisponente para la presencia de este trastorno se ubica en los factores genéticos, se observó que en los neurotransmisores (dopamina, serotonina y noradrenalina) sufren alteraciones a nivel cerebral por el incremento de secreción de hormonas propias del embarazo. (27) (26)

## **2. Fisiopatología**

Esta patología está ligada a diferentes características:

A nivel cerebral algunas estructuras cerebrales aminoran su masa como la amígdala y el hipocampo que produce un detrimento cognitivo y una modificación neuroendocrina. La depresión es el efecto de la conexión de complejos factores (biológico, psicológico económico, social, etc.). (23)

### **3. Factores de riesgo (27)**

- Recursos económicos deficientes.
- Causas genéticas (herencia).
- Maneras de forma de vivir.
- Cambios en la fisiología del organismo.
- Embarazo no previsto.
- Gestante que afronta sola el embarazo por un divorcio o separación de conyugues por disparidad de caracteres. (19)

### **4. Tipos de Depresión**

- Depresión mayor también conocida como grave
- Depresión a largo plazo (crónica, persistente o distimia)
- Trastorno mentales (psicótico)
- Depresión que se presenta en el puerperio.
- El trastorno que surge cabalmente a la misma fecha de cada año (trastorno efectivo estacional - TAE)
- Trastornos en el carácter de ánimo (trastorno afectivo bipolar) (19)

#### **a) Depresión mayor (grave)**

Se combinan varias características observables como: dejan de trabajar, no pueden conciliar el sueño, tienen dificultad para el estudio, desinterés por las actividades del quehacer diario. (24) Se presentan ante el fallecimiento de un consanguíneo, desavenencia con la pareja, repudio del entorno familiar. (17)

**b) Depresión a largo plazo (crónica, persistente o distimia)**

La persona no se desenvuelve con naturalidad en sus actividades diarias, presenta desesperación, su autoestima se encuentra deteriorado, patología de duración prolongada (> de 2 años). (17)

**c) Trastorno mentales (psicótico)**

Es una agravamiento de la depresión grave presentan psicosis, pierden el contacto con la realidad, manifiestan alucinaciones asociados con delirios de fracaso, no se sienten útiles, deficiente autoestima (17)

**5. Manifestaciones clínicas de depresión**

- ✓ Aflicción, temor, se sienten inútiles.
- ✓ Pierden el encanto de realizar sus tareas diarias, así mismo pérdida de la gula sexual.
- ✓ No tienen energía para sus labores diarias.
- ✓ No tienen deseos de comer o comen en abundancia.
- ✓ No concilian sueño o duermen todo el día
- ✓ No se impresionan o conmueven.
- ✓ Presentan un sentir de culpabilidad, rechazo social
- ✓ No se concentran, no pueden evocar, no pueden tomar una determinación.
- ✓ Dolor intenso de cabeza, patologías del sistema digestivo, perciben un dolor de tipo crónico sin etiología



que a la medicación no existe mejoría (espalda y estomago)

- ✓ La ansiedad estropea el nexo a nivel familiar y en el trabajo.
- ✓ Síntomas físicos: presentan tensión, detrimento del peso corporal.
- ✓ Disnea, patologías cardiacas.
- ✓ Suicidio.

Muchas veces los síntomas en un inicio son poco detectables (27)

## **6. Tratamiento farmacológico**

Es a base de principios químicos llamados los antidepresivos estos fármacos ordenan el equilibrio de secreción de los neurotransmisores a nivel cerebral de (dopamina, serotonina ,norepinefrina), estas sustancias actúan con gran importancia en la dopamina que es encargada del placer, emociones, sueño, apetito etc., de la persona.

Estos medicamentos no producen sujeción, llega a conseguir un efecto medicamentoso dentro de las 3 a 6 semanas después que se inició el tratamiento farmacológico (21) (27)

## **7. Tratamientos cognitivo conductuales**

Es a base de terapia con un personal competente (psicólogo o psiquiatra), este profesional asiste a la paciente a recuperar la razón de su propio ser, ayuda a modificar las

formas de discurrir o razonar, de la forma de sentir y como conducirse (conducta) dentro de su entorno (familia y trabajo).

(27)

## **2.2. DEFINICION DE TERMINOS BASICOS**

- **Ansiedad en el embarazo**

Es un trastorno de salud mental muy habitual durante la gestación y presenta con distintas características como la preocupación, tensión e ira, esta patología surge por las diferentes variaciones emocionales y fisiológicas que sufre la mujer durante la gestación.

(29)

- **Depresión en el embarazo**

Trastorno mental muy habitual, se manifiesta a consecuencia de una ansiedad que no fue asistida adecuadamente, esta patología deteriora el estado ánimo de la gestante, cuando se instaura en estado mental, la grávida presenta aflicción, se sienten inútiles, sin autoestima etc., si esta no es medicada a tiempo se prolonga por años y se vuelve más agresiva donde la gestante puede llegar al suicidio. (30)

## **2.3. VARIABLES**

- Variable Ansiedad
- Variable Depresión

### 2.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Dimensiones	Definición operacional de dimensiones	Indicador	Unidad de Medida	Valor
Variable Ansiedad	Patología que se presenta muy habitualmente es producida por el temor, miedo y angustia	Cualitativa	Ansiedad durante la gestación	Es un trastorno mental que se presenta durante la gestación con una probabilidad de ocasionar un daño como la depresión se presenta con mayor frecuencia entre el segundo y tercer trimestre de gestación.	Encuesta	Estado de ánimo, Tensión, Temores, Insomnio, Intelectual, Estado de ánimo deprimido, Síntomas somáticos generales, Síntomas cardiovasculares, Síntomas respiratorios, Síntomas gastrointestinales, Síntomas genitourinarios, Síntomas autónomo, Comportamiento en la entrevista	No ansiedad Leve Moderada Grave Muy severa
Variable Depresión	Patología clínica grave que afecta al estado físico y cognitivo (pensamiento y del sentimiento), de la persona, este trastorno mental es una complicación de una ansiedad no detectada y tratada a tiempo		Depresión durante la gestación	Es un trastorno mental del estado de ánimo de la gestante esta patología provoca en la grávida aflicción, la baja autoestima es nulo en estados graves pueden llegar al suicidio, pueden durar muchos años (> a 2 años)		Humor depresivo, Sentimientos de culpa, Suicidio, Insomnio precoz, Insomnio intermedio, Insomnio tardío, Trabajo y actividades, Inhibición psicomotora, Agitación psicomotora, Ansiedad psíquica, Ansiedad somática, Síntomas somáticos gastrointestinales, Síntomas somáticos generales, Síntomas genitales, Hipocondría, Pérdida de peso, Introspección	No deprimido Ligera Moderada Severa Muy severa

## **CAPÍTULO III- DISEÑO METODOLOGICO**

### **3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION**

El presente estudio de investigación es descriptivo, transversal, prospectivo y observacional.

#### **POBLACIÓN Y MUESTRA**

- **Población**

La población estuvo constituida por todas las gestantes que concurrieron al Centro de Salud La Libertad (C.S. la Libertad) a realizarse el control de su embarazo, en el transcurso de los meses de septiembre a noviembre del 2017, fue un aproximado de 480 grávidas que acudieron a su control prenatal (CPN).

- **Muestra:**

Las gestantes fueron elegidas por conveniencia cuando concurrieron a su cita de CPN programado en la anterior atención, fueron 214 grávidas seleccionadas.

**a) Criterios de inclusión**

- Grávidas que acuden a su CPN, en el servicio de obstetricia del C.S. la Libertad en el periodo Septiembre a Noviembre del 2017.
- Grávidas que aceptaron participar en la encuesta firmando el consentimiento informado.

## **b) Criterios de exclusión**

- Grávidas con una edad < 15 años
- grávidas que reciben medicación para trastornos psiquiátricos.
- Documentos médicos legales sin la asiduidad de la grávida.
- Grávidas que asisten al nosocomio para realizar su control del embarazo que fueron citadas con 15 días anticipadas.
- Gestantes que acuden al nosocomio para recoger o entregar los resultados de análisis de laboratorio solicitados por el profesional.

## **3.2. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

### **3.2.1. Técnicas de recolección de datos**

Para la obtención o recolección de datos se procedió a realizar las coordinaciones necesarias a nivel de la Dirección del C.S. La Libertad para adquirir el permiso del nosocomio, para poder realizar en sus instalaciones el estudio de investigación

La grávida fue elegida cuando acudió al establecimiento para realizar su control del embarazo y la evaluación cumplía con los criterios de inclusión, luego esta gestante era informada sobre el estudio para obtener su aceptación voluntaria, una vez aceptada por la paciente firmo un consentimiento informado y una ficha del interrogantes incluidos en ella (la medida de depresión y ansiedad (Hamilton).

Después de obtener los datos estos fueron analizados, deducidos y descifrados.

## **Descripción de instrumentos**

La escala de depresión (Hamilton) es una herramienta empleada para estimar depresión, este instrumento fue sugerida por Max Hamilton y difundido en el año 1960, es una escala heteroaplicada que se aplica en individuos que fueron diagnosticados precedentemente de depresión, así mismo con esta medida se puede evaluar la agravación o desmejoramiento de la gestante, también mide los resultados del paciente que ha recibido medicación para depresión. (26)

En sus inicios esta herramienta comprendía (21 ítems), con el pasar del tiempo estos fueron aminorados a (17 ítems) hoy en día este nuevo instrumento es sugerido y utilizado por los profesionales con especialidad (psicólogos - psiquiatras) y en diferentes establecimientos de salud.

Jesus Ramos Brieva (Psiquiatra), realizo la validación de esta medida (Hamilton), a la versión castellana para la valoración y medicación de depresión y fue difundida en la revista que lleva como título "Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría" en el año 1986.

Esta herramienta brinda confiabilidad al personal de salud con competencia (psicólogo, psiquiatra) en el instante de la atención del paciente. (26)

Cada ítems está constituido de (3 a 5) posibles resoluciones estos tienen una valoración de (0-2) o de (0-4) puntos, la calificación general oscilan entre (0 a 52) puntos.

El Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención - (NICE) elaboro y difundió un manual de atención clínica y es sugerido para dar una atención de calidad.

La evaluación de lineamientos de investigación (AGREE), sugiere aplicar los subsecuentes puntajes:

#### **1. Escala (Hamilton) para diagnóstico de depresión (26)**

- Diagnostico no coexiste depresión: cuando el puntaje es de (0 a 7) puntos.
- Existe depresión en grado (ligera, leve y/o menor): cuando el puntaje es de (8 a13) puntos.
- Existe depresión en grado (moderada): cuando el puntaje es de (14 a 18) puntos.
- El diagnostico será depresión en grado (severa): cuando el puntaje es de (19 a 22) puntos.
- Existe depresión en grado (muy severa): >23 puntos.

#### **2. Escala (Hamilton) para diagnóstico de ansiedad**

- Diagnostico no coexiste ansiedad cuando el puntaje es cero (0 puntos).
- Diagnostico con ansiedad en grado leve cuando la puntuación es: (1 a 14 puntos).
- Diagnostico con ansiedad en un grado moderada cuando la puntuación se encuentra: (15- 28 puntos).

- El paciente será diagnosticado con ansiedad en grado grave cuando la puntuación se encuentra entre: (29 – 42 puntos).
- El diagnóstico será ansiedad en un grado muy severa cuando el puntaje es: (> 43 puntos). (26)

### **3.3. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Los datos seleccionados fueron anexados al programa Excel (2013) y SPSS - V 23, luego fueron procesados a través de un análisis de descripción y frecuencias.

### **3.4. ASPECTOS ÉTICOS**

El presente trabajo de indagación fue revisado por la comisión de ética de la Universidad Peruana del Centro (UPeCEN).

Asimismo este trabajo de investigación contó con la aprobación y permiso de la dirección del nosocomio C.S. La Libertad, para poder realizar la investigación (entrevistas) en las instalaciones del establecimiento ya mencionado.

- a) También se redactó un escrito de prudencia, de confianza y garantía en la que me comprometí a no evidenciar algún testimonio privado o íntimo de la gestante a terceras personas, responsabilizándome que todo testimonio brindado por la grávida serán amparados y no pregonados.



## CAPÍTULO – IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

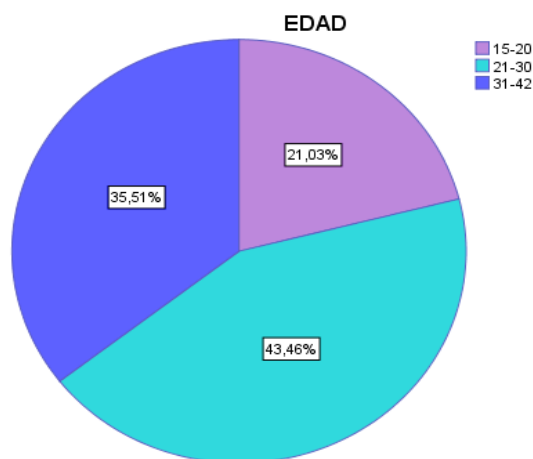
### 4.1. RESULTADOS

**Tabla 1:** Tabla de distribución de frecuencias de edad en gestantes que acudieron al C.S La Libertad durante el periodo de septiembre a noviembre del 2017.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
15-20	45	21.0%
21-30	93	43.5%
31-42	76	35.5%
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>100.0%</b>

FUENTE: C.S. La Libertad

**Figura 1 :** Diagrama de sectores de la muestra según la edad en gestantes que acudieron al C.S La Libertad durante el periodo de septiembre a noviembre del 2017



FUENTE: C.S. La Libertad

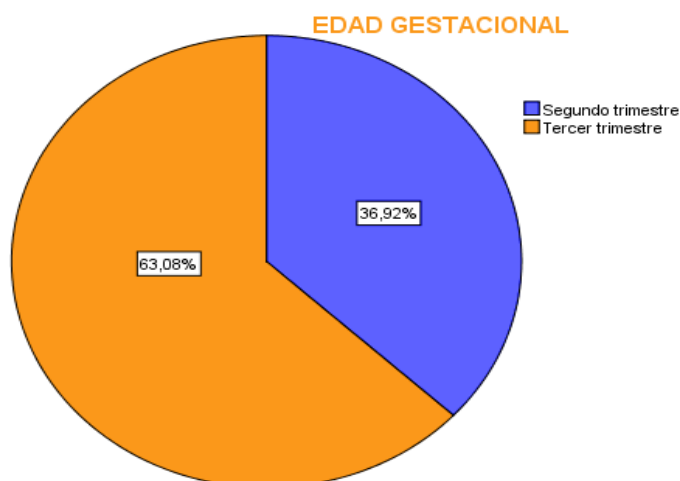
**INTERPRETACIÓN:** En la tabla N°1 se observa la edad de un total de 214 gestantes, 93(43.5%) sus edades se encontraban entre 21 a 30 años, 76(35.5%) de 31-42 años de edad y 45(21.0%) 15-20 años de edad.

**Tabla 2:** Tabla de distribución de frecuencias de edad gestacional en gestantes que acudieron al C.S La Libertad durante el periodo de Septiembre a Noviembre del 2017.

EDAD GESTACIONAL	Frecuencia	Porcentaje
Primer trimestre	0	0.0%
Segundo trimestre	79	36.9%
Tercer trimestre	135	63.1%
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>100.0%</b>

FUENTE: C.S. La Libertad

**Figura 2:** Diagrama de sectores de la muestra según edad gestacional en gestantes que acudieron al C.S La Libertad durante el periodo de Septiembre a Noviembre



FUENTE: C.S. La Libertad

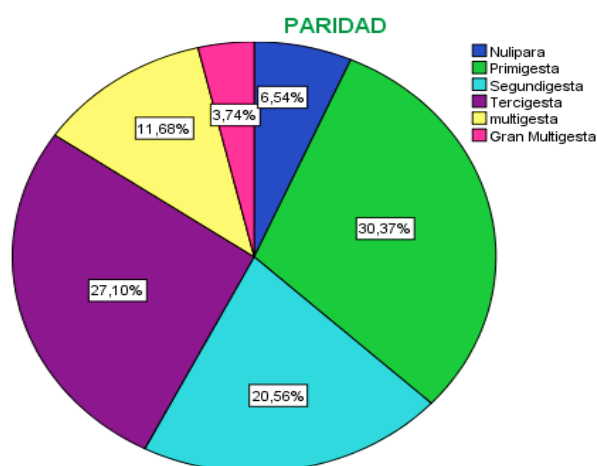
**INTERPRETACIÓN:** En la tabla N°2 se observa la edad gestacional de un total de 214 gestantes, 135(63.1%) se encontraban en el último trimestre de gestación (tercer trimestre), 79(36.9%) en el segundo trimestre y (0.0%) < de 14 semanas de gestación (primer trimestre).

**Tabla 3:** Tabla de distribución de frecuencias de paridad en gestantes que acudieron al C.S La libertad durante el periodo de Septiembre a Noviembre del 2017.

PARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	14	6.5%
Primigestas	65	30.4%
Segundigestas	44	20.6%
Tercigesta	58	27.1%
Multigesta	25	11.7%
Gran Multigesta	8	3.7%
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>100.0%</b>

FUENTE: C.S. La Libertad

**Figura 3:** Diagrama de sectores de la muestra según paridad en gestantes que acudieron al C.S La libertad durante el periodo de Septiembre a Noviembre del 2017.



FUENTE: C.S. La Libertad

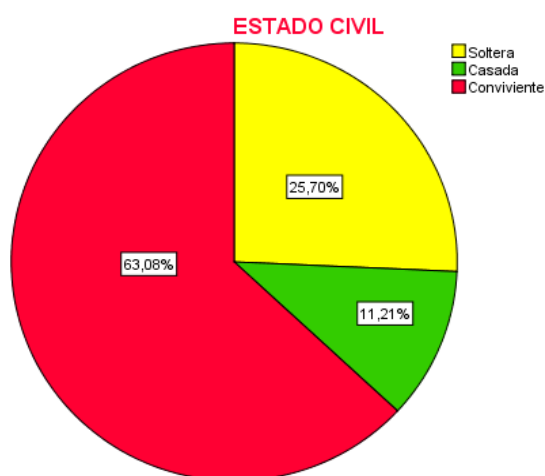
**INTERPRETACIÓN:** En la tabla N°3 se observa la paridad de un total de 214 gestantes, 65(30.4%) eran primigestas, 44(20.6%) gestaron por segunda vez (segundigestas), 58(27.1%) fueron tercigestas, 25(11.7) fueron multigestas, 14(6.5%) nulíparas y 8(3.7%) gran múltiparas.

**Tabla 4:** Tabla de distribución de frecuencias de estado civil en gestantes que acudieron al C.S La Libertad durante el periodo de Septiembre a Noviembre del 2017.

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	55	25.7%
Casada	24	11.2%
Conviviente	135	63.1%
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>100.0%</b>

FUENTE: C.S. La Libertad

**Figura 4:** Diagrama de sectores de la muestra según estado civil en gestantes que acudieron al C.S La Libertad durante el periodo de Septiembre a Noviembre del 2017.



FUENTE: C.S. La Libertad

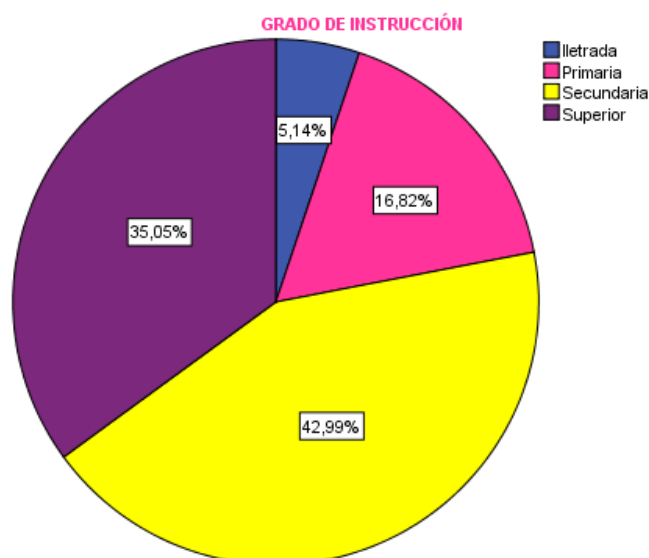
**INTERPRETACIÓN:** En la tabla N°4 se observa el estado civil de un total de 214 gestantes, 135(63.1%) con estado civil convivientes, 55(25.7%) eran solteras y 24(11.2%) estuvieron casadas.

**Tabla 5:** Tabla de distribución de frecuencias del grado de instrucción en gestantes que acudieron al C.S La Libertad durante el periodo de Septiembre a Noviembre del 2017.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Iletrada	11	5.1%
Primaria	36	16.8%
Secundaria	92	43.0%
Superior	75	35.0%
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>100.0%</b>

FUENTE: C.S. La Libertad

**Figura 5:** Diagrama de sectores de la muestra según grado de instrucción en gestantes que acudieron al C.S La Libertad durante el periodo de Septiembre a Noviembre del 2017.



FUENTE: C.S. La Libertad

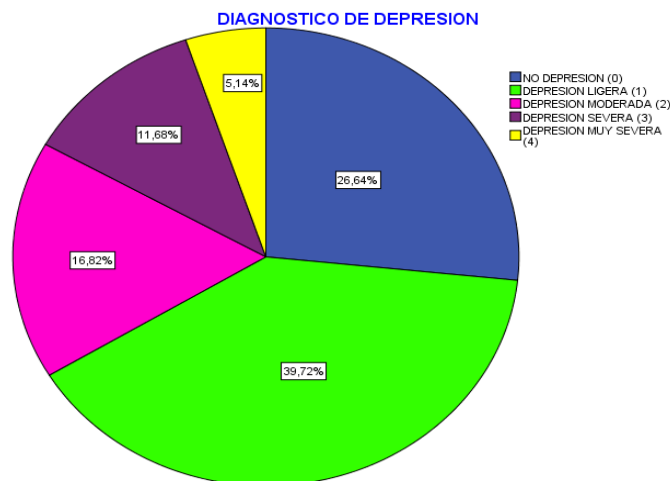
**INTERPRETACIÓN:** En la tabla N°5 se observa la edad de un total de 214 gestantes, 92(42.9%) habían concluido sus estudios secundarios, 75(35.0%) tuvieron educación superior, 36(16.8) estudiaron el nivel primario y 11(5.1%) son iletradas (analfabetas).

**Tabla 6:** Tabla de distribución de frecuencias del diagnóstico de depresión en gestantes que acudieron al C.S La Libertad durante el periodo de Septiembre a Noviembre del 2017.

DIAGNOSTICO DE DEPRESION	Frecuencia	Porcentaje
No Depresión (0)	57	26.6%
Depresión Ligera (1)	85	39.7%
Depresión Moderada (2)	36	16.8%
Depresión Severa (3)	25	11.7%
Depresión Muy Severa (4)	11	5.1%
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>100.0%</b>

FUENTE: C.S. La Libertad

**Figura 6:** Diagrama de sectores de la muestra según diagnóstico de depresión en gestantes que acudieron al C.S La Libertad durante el periodo de Septiembre a Noviembre del 2017.



FUENTE: C.S. La Libertad

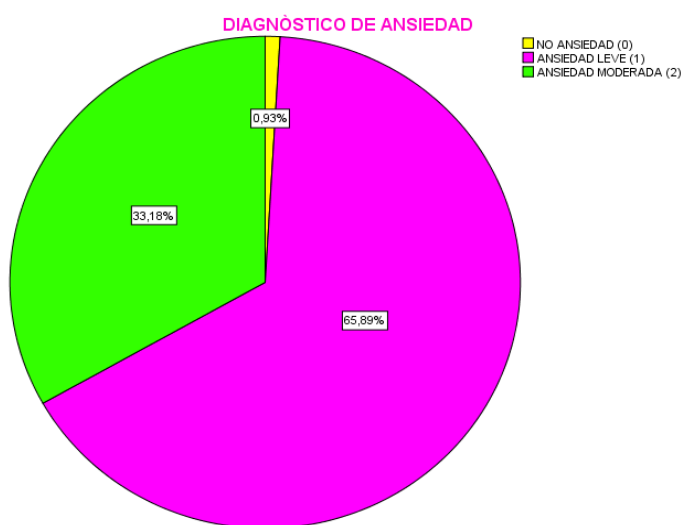
**INTERPRETACIÓN:** En la tabla N°6 se observa el diagnóstico de depresión de un total de 214 gestantes, 85(39.7%) con diagnóstico de ansiedad ligera, 57(26.6%) tuvieron ansiedad moderada, 36(16.8) con diagnóstico de no ansiedad y 25(11.6%) con ansiedad severa, 11(5.1%) presentaron ansiedad muy severa.

**Tabla 7:** Tabla de distribución de frecuencias del diagnóstico de ansiedad en gestantes que acudieron al C.S La Libertad durante el periodo de Septiembre a Noviembre del 2017.

DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD	Frecuencia	Porcentaje
No Ansiedad (0)	2	.9%
Ansiedad Leve (1)	141	65.9%
Ansiedad Moderada (2)	71	33.2%
Ansiedad Severa (3)	0	0%
Ansiedad Muy Severa (4)	0	0%
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>100.0%</b>

FUENTE: C.S. La Libertad

**Figura 7:** Diagrama de sectores de la muestra según diagnóstico de ansiedad en gestantes que acudieron al C.S La Libertad durante el periodo de Septiembre a Noviembre del 2017



FUENTE: C.S. La Libertad

**INTERPRETACIÓN:** En la tabla N°7 se observa el diagnóstico de ansiedad de un total de 214 gestantes, 141(65.8%) tuvieron como diagnóstico ansiedad leve, 71(33.0%) presentaron ansiedad moderada, 2(0.9%) con diagnóstico de no ansiedad y 0(0%) no hubo casos de ansiedad severa ni muy severa.

## 1.1. DISCUSIÓN:

La siguiente tesis de investigación se ejecutó para determinar la constancia de la ansiedad y depresión en grávidas que acudieron al C.S. La Libertad, en el transcurso de los meses de setiembre a noviembre del año 2017.

Con relación a la edad de la grávida obtuve que el 93 (43.5%) tenían de 21-30 años de edad, similar al estudio de Pacheco V, en el año 2015 en su estudio que tuvo como objetivo describir las características sociales que se relacionan con la patología de ansiedad, investigación realizada en grávidas que asistieron al dispensario de obstetricia para su control prenatal del Hospital Regional III Honorio Delgado – Arequipa en el transcurso del mes de diciembre del 2014 de una muestra de 200 grávidas obtuvo 169(84.5%) sus edades oscilaban entre (18 a 35 años) (6)

Sobre la edad gestacional en mi estudio 135(63.1%) se encontraban en el tercer trimestre de gestación, se encontró similitud con el estudio de Calloapaza M, en el año 2015, que tuvo como objetivo determinar la constancia de ansiedad y depresión en grávidas adolescentes y no adolescentes que acudieron al Hospital de Camaná – Caraveli investigación realizada en el transcurso de los meses de diciembre del 2014 y enero del año 2015, de una muestra de 90 participantes 72 (80%) se encontraban dentro de 32 y 41 semanas de gestación. (5)



En paridad encontré 65(30.4%) eran primigestas, 58(27.1%) tercigestas, similar al estudio de Bustamante M, Infante L, en el año 2014, que tuvo como objetivo establecer el grado de ansiedad que afectó a grávidas en etapa de la adolescencia del C.S. - Pomalca de Chiclayo es una investigación que se desarrolló en el año 2014 de una muestra 30 grávidas 12(40%) gestaron por primera vez. (9). También se halló similitud con estudio de Llerena F, en el año 2012 que tuvo como objetivo establecer las peculiaridades sociales y culturales que se relacionan a la existencia de ansiedad y depresión durante la gravidez en gestantes <19 a >10 años de edad, en el Hospital de Camana - (Arequipa), de una muestra de 979 puérperas, 188 (19,28%) fueron multíparas. (13) También se halló concordancia con el estudio de Díaz E, en el año 2013 que tuvo como objetivo establecer las causas que se relacionan con la depresión después del parto en puérperas atendidas en el ex Hospital N° 1 de Trujillo investigación realizada de enero a diciembre del año 2012, de una muestra de 390 puérperas (70%) eran primigestas. (10)

Con relacional estado civil encontré 135(63.1%) eran convivientes, se encontró similitud con el estudio de Llerena F, en el año 2012 que tuvo como objetivo establecer las peculiaridades sociales y culturales que se relacionan a la existencia de ansiedad y depresión durante la gravidez en gestantes <19 a >10 años de edad, en el Hospital de Camana - (Arequipa), de una muestra de 979 puérperas, (65.06%) convivían con su pareja (13), también halle similitud con el estudio de Calloapaza M, en el año 2015. Que tuvo como objetivo

determinar la constancia de ansiedad y depresión en grávidas adolescentes y no adolescentes que acudieron al el Hospital de Camaná – Caraveli investigación realizada en el transcurso de los meses de diciembre del 2014 y enero del año 2015, de una muestra de 90 participantes 56(63.33%) eran convivientes. (5)

En el grado de instrucción encontré 92(43%) tenían educación secundaria coincide con el estudio de Saji N, en el año 2012, que Tuvo como objetivo establecer y asociar las fundamentales causas para la aparición de depresión después del parto investigación que fue realizada en el Hospital Adolfo Guevara de Cuzco en el transcurso del 2012, de una muestra de 90 grávidas, el 28.1% tenían educación secundaria. (12)

En el diagnóstico de depresión, 57(26.6%) se halló no depresión 85(39.7%) depresión ligera, 36(16.8%) depresión moderada, 25(11.7%) depresión severa y 11(5.1%) depresión muy severa, similar al estudio de Ventocilla V, en el 2015, que tuvo como objetivo detallar los grados de depresión en las gestantes que acudieron al Centro de Salud La Revolución que pertenece al micro red de Juliaca durante el año 2014, de una muestra de 72 participantes, 42(55.6%) presentaron depresión ligera, 16 (22.2%) no mostraron depresión, 11 (15.3%) tuvieron diagnóstico de depresión en un grado moderada, 5(6.9%) mostraron depresión grave (4). Así mismo se encontró relación con el estudio de Saravia M, en el año 2014, que tuvo como objetivo de su estudio fue establecer si existe una asociación entre las complicaciones obstétricas y la depresión en gestantes que

culminaron su embarazo en el hospital ex Maternidad - Lima, es una investigación que se desarrolló en el año 2014, de una muestra de 75 grávidas, 11(14.7%) presentaron depresión en grado moderada, 63(85.3%) con diagnóstico de depresión en grado leve. (8)

En cuanto a la ansiedad y aplicando el test de Ansiedad de Hamilton; en mi estudio todas las gestantes mostraron ansiedad, donde se muestra 2(0.9%) con diagnóstico de no ansiedad, 141(65.8%) tuvieron ansiedad leve 71(35.0%) presentaron ansiedad moderada no hubo casos de ansiedad severa ni muy severa, similar con el estudio de Huamani M, en el año 2014, que tuvo como objetivo establecer el grado de ansiedad en gestantes que nunca tuvieron un parto y las que tuvieron un parto durante el último trimestre de gestación investigación realizada en el en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Cerro Colorado-Arequipa de enero a diciembre del año 2013, de una muestra de 278 grávidas, 53.6%; presentaron ansiedad moderada, 33.5% ansiedad leve; 12.9% no ansiedad. (7)

Así mismo se encontró similitud con el estudio de Arias K, en el año 2013 que tuvo como objetivo relacionar e identificar el grado de ansiedad y depresión en grávidas (<17 a >12 años de edad) fue una investigación realizada en el C.S. Maritza Campos Díaz – Arequipa, en el transcurso del año 2013, de una muestra de 40 grávidas obtuvo: 12(30%) tuvieron como diagnostico ansiedad, 27(67,50%) tenían ansiedad de grado moderada, y 1(2,50%) tuvieron como diagnostico ansiedad en un grado grave. (11)

## CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. CONCLUSIONES

1. En cuanto a la frecuencia de depresión en gestantes del C.S. La Libertad el 85(39.7%) presentaron ansiedad ligera.
2. En frecuencia de ansiedad en gestantes del C.S. La Libertad el 141(65.8%) presentaron ansiedad leve.
3. Los factores que predominan para la presencia de ansiedad en gestantes del C.S. La Libertad fueron la edad 93(43.5%) las edades eran de 21-30 años, en cuanto a la edad gestacional 135(63.1%) esta patología predominó en el último trimestre de gestación, 135(63.1%) eran con estado civil conviviente y 92(43.0%) cursaron estudios secundarios.

## 5.2. RECOMENDACIONES

1. Recomiendo al personal de salud del servicio de Obstetricia del C.S. La Libertad, realizar acciones de prevención y detección, de gestantes con sospecha de presentar ansiedad o depresión para luego ser referidas con profesionales competentes (psiquiatría) para un tratamiento precoz y adecuado y evitar de esta manera alguna complicación en la madre y/o el producto de la concepción.
2. En todos los niveles de atención la mujer antes y durante la gestación debe de ser informada por el personal de salud (obstetra) sobre los cambios que va experimentar durante la gravidez, así mismo se debe de realizar un adecuado control pre natal a la gestante ya que esto permitirá detectar a tiempo estas patologías y realizar las referencias oportunas para que de esta forma la grávida pueda mejorar su calidad de vida y obtener una madre e hijo sano.
3. Se recomienda a la Dirección Regional de Salud – DIRESA- Junín implementar un área adecuado con un personal capacitado (psicólogo) en todos los niveles de atención para reducir el incremento de las estadísticas de ansiedad y depresión en nuestra región.

## BIBLIOGRAFÍA

1. La inversion en el tratamiento de la depresion y ansiedad. nota descriptiva. Organizacion Mundial de la salud , centro de prensa; 2016.
2. Bayrampour H, McDonald S, Tough S. Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. 31582589th ed.: Midwifery; 2015.
3. peru.com gestantes presentan depresion y ponen en riesgo la salud de sus bebés. [Online].; 2013 [cited 2017 abril 15. Available from: <http://www.peru.com/noticias/docs/detalledocumento50>.
4. Ventocilla B. Depresion en madres gestantes de la Micro Red Juliaca Centro de Salud Revolucion 2014. [ tesis doctoral]. Juliaca: Universidad Peruana Union; 2015.
5. Calloapaza M. Frecuencia de la ansiedad y depresion entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná. [ tesis doctoral]. Arequipa: Universidad Católica de Santa Maria ; 2015.
6. Pacheco V. Factores socio-demográficos que se asocian al nivel de ansiedad en gestates que acuden al consultorio prenatal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2014. [ tesis doctoral]. Arequipa: Universidad Católica de Santa Maria; 2015.
7. Huamani M. Relación entre el nivel de ansiedad y el tipo de afrontamiento frente al embarazo durante el tercer trimestre de gestación en nulíparas y primíparas atendidas en el Centro de Salud Martza Campos Díaz de enero

- a Diciembre 2013. [ tesis doctoral]. Arequipa: Universidad Catolica de Santa Maria; 2014.
8. Saravia M. Relaciòn entre las complucaciones obstetrìcas en los niveles de depresiòn en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2104. [ tesis doctoral]. Lima: Uniervisad Nacional de San Marcos; 2016.
  9. Bustamante M, Infante L. Nivel de ansiedad en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pomalca. [ tesis doctoral]. Chiclayo: Universidad Privada Juan Mejìa Baca; 2014.
  10. Díaz E. Factores de riesgo asociados a depresion postparto en puerpèras del Hospital Regional Docente de Tujillo. [ tesis doctoral]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2013.
  11. Arias K. Ansiedad y Depresion en gestantes adolescentes controladas en el C.S Maritza Campos Diaz - Zamacola - Arequipa. Tesis. Zamacola: Universidad Catolica Santa Maria , Arequipa; 2012.
  12. Saji N. Factores de riesgo de la Depresion Post parto en puerperas del Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velazco - Cusco. Tesis. Cusco: Universidad Catolica de Santa Maria , Cusco; 2012.
  13. Llerena F. Características Sociodemográficas y Culturales relacionadas a Ansiedad y Depresión del embarazo en adolescentes consultantes del Hospital de Apoyo Camana –Arequipa. Tesis. Camana: Universidad Catolica de Santa Maria, Arequipa; 2012.

14. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams obstetricia. 23rd ed. Mexico DF: McGRAW-HILL Interamericana; 2013.
15. Guía de Práctica clínica para el manejo de pacientes con trastorno de ansiedad en atención primaria. Guías de Manejo de Pacientes con trastorno de ansiedad. Madrid: Organismo autónomo del Ministerio de Sanidad y Consumo, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo (Comunidad de Madrid); 2012.
16. Ansiedad. Guía de diagnóstico y manejo. Lima: Ministerio de Salud-Perú; 2017.
17. Kaplan H, Sandock B, Cancro R. Tratado de Psiquiatría. 6th ed. España: Salvat Editores; 2011.
18. Black D, Andresen N. Texto introductorio de psiquiatría. 6th ed. México: El Manual Moderno; 2015.
19. Guía de Consulta de los Criterios de diagnóstico del DSM 5. Guía de Consulta. Washington DC: Asociación Americana de Psiquiatría, ; 2013.
20. Trastorno de ansiedad. Protocolos de derivación en Psiquiatría adulto. Araucanía: Servicio de Salud Araucanía Sur, Hospitales Atención Primaria; 2011.
21. Montañez H, Rodríguez E, Abat P. Guías de Práctica Clínica en Salud Mental y Psiquiatría. Guía de Práctica Clínica. Lima: Ministerio de Salud Perú, Dirección de Salud Mental; 2013.



22. Vallejo J. Introduccion a la Psiquiatria. 8th ed. Barcelona: MASSON; 2015.
23. Cubedo R. punto ciego España: DEBOLSILLO; 2011.
24. Almeida N, Arrais A. Psicologia. Rev. Ciencia eprofissao. 2017 junio; 36(4).
25. Gorrita R, Barcenas Y, Brito B. Estres y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. Rev. Cubana Ped. 2014; 86(2).
26. Palomo T, Jimenes M. Manual de Psiquiatria Madrid: Gráficas Marte, S.A; 2014.
27. Pear V, Petite L, Abrams B. Depression en el embarazo. Nicotine Tob. 2017; 19 (5).
28. De Molina I, Rico L, Biosca A, Herrera L, Lopez M, Sirgo A. Ansiedad y miedos de la gestante ante el parto. Rev. Cubana. 2015 mayo; 13(3).
29. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Aactualizacion de manual Metodològico. España: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, Grupo de trabajo sobre GPC; 2016.
30. Guia de Diagnostico y Manejo de Depresiòn. Guias de Manejo. Organizaciòn Panamerica de la Salud, Oficina Regional de la Oranizasion Mundial de la Salud; 2012.
31. Gonzales M. Prevalencia de depresion pos parto en puerperas adolescentes y adultas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales Mayo 2016. [tesis doctoral ]. Lima: Universidad Nacional de San Marcos; 2017.

32. Atencia S. Factores de riesgo para la depresión pos parto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion durante Abril-Junio 2015. [tesis doctoral ]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
33. Mercado D, Paccori L. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. [ tesis doctoral]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
34. Ladines P. Frecuencia de los niveles de Ansiedad – Depresión según Trimestres del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Santa Rosa – Piura. Tesis. Piura: Universidad de Tumbes, Piura; 2014.

## **ANEXOS**

## ANEXO: 1

### "Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Señora:

Obst. Vargas Orihuela Maritza Karina  
Directora General del Centro de Salud La Libertad – Huancayo.

Presente.-

ASUNTO: Autorización para realizar trabajo de investigación

De mi mayor consideración:

Yo **Dehysi Carin Rojas Rodríguez** con DNI N° 73127090, domiciliado en I. Jr. Ica Nueva N°1484 – Huancayo, tengo a bien de dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente y presentarme a su digno despacho y expongo:

Que habiendo culminado la carrera de Obstetricia en la Universidad Peruana Del Centro UPeCEN, solicito a usted la autorización para ingresar al servicio de Consultorio Obstétrico con fines de investigación de la Institución que usted dirige el trabajo de investigación tiene como objetivo **Frecuencia de Ansiedad Y Depresión en Gestantes Atendidas en el Centro de Salud La Libertad durante el Periodo de Agosto - Octubre del 2017**, la investigación lo realizare para obtener el grado de Obstetra.

Por lo expuesto:

Ruego a Usted acceder a mi solicitud

Huancayo 13 de Septiembre del 2017

Dehysi Carin Rojas Rodríguez  
DNI: 73127090



## ANEXO: 2

### ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON.

<p><b>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente</li> <li>• Estas sensaciones las relata espontáneamente</li> <li>• Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)</li> <li>• Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea</li> </ul>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p><b>Sentimientos de culpa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente</li> <li>• Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones</li> <li>• Siente que la enfermedad actual es un castigo</li> <li>• Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza</li> </ul>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p><b>Suicidio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Le parece que la vida no vale la pena ser vivida</li> <li>• Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse</li> <li>• Ideas de suicidio o amenazas</li> <li>• Intentos de suicidio (cualquier intento serio)</li> </ul>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p><b>Insomnio precoz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No tiene dificultad</li> <li>• Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño</li> <li>• Dificultad para dormir cada noche</li> </ul>	<p>0 1 2</p>
<p><b>Insomnio intermedio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay dificultad</li> <li>• Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche</li> <li>• Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)</li> </ul>	<p>0 1 2</p>
<p><b>Insomnio tardío</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay dificultad</li> <li>• Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir</li> <li>• No puede volver a dormirse si se levanta de la cama</li> </ul>	<p>0 1 2</p>
<p><b>Trabajo y actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay dificultad</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)</li> <li>• Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)</li> <li>• Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.</li> </ul>	0 1 2 3 4
<p><b>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palabra y pensamiento normales</li> <li>• Ligero retraso en el habla</li> <li>• Evidente retraso en el habla</li> <li>• Dificultad para expresarse</li> <li>• Incapacidad para expresarse</li> </ul>	0 1 2 3 4
<p><b>Agitación psicomotora</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna</li> <li>• Juega con sus dedos</li> <li>• Juega con sus manos, cabello, etc.</li> <li>• No puede quedarse quieto ni permanecer sentado</li> <li>• Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios</li> </ul>	0 1 2 3 4
<p><b>Ansiedad psíquica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay dificultad</li> <li>• Tensión subjetiva e irritabilidad</li> <li>• Preocupación por pequeñas cosas</li> <li>• Actitud aprensiva en la expresión o en el habla</li> <li>• Expresa sus temores sin que le pregunten</li> </ul>	0 1 2 3 4
<p><b>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Ligera</li> <li>• Moderada</li> <li>• Severa</li> <li>• Incapacitante</li> </ul>	0 1 2 3 4
<p><b>Síntomas somáticos gastrointestinales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</li> <li>• Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</li> </ul>	0 1 2 3 4
<p><b>Síntomas somáticos generales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> <li>• Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2</li> </ul>	0 1 2
<p><b>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Débil</li> <li>• Grave</li> </ul>	0 1 2

<b>Hipocondría</b>	0
• Ausente	1
• Preocupado de sí mismo (corporalmente)	2
• Preocupado por su salud	3
• Se lamenta constantemente, solicita ayuda	
<b>Pérdida de peso</b>	0
• Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	1
• Pérdida de más de 500 gr. en una semana	2
• Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	
<b>Introspección (insight)</b>	0
• Se da cuenta que está deprimido y enfermo	1
• Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	2
• No se da cuenta que está enfermo	

### ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON.

SINTOMAS DE LOS ESTADO DE ANSIEDAD	AUSENTE	LEVE	MODERADO	GRAVE	MUY GRAVE/INCAPACITANTE
<b>1.</b> Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2.</b> Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3.</b> Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4.</b> Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5.</b> Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6.</b> Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
<b>7.</b> Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4

<b>8.</b> Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9.</b> Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10.</b> Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11.</b> Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12.</b> Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13.</b> Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14.</b> Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4



## Ficha de recolección de datos

Ficha N° \_\_\_\_\_

Grupo de estudio: Adolescente  No adolescente

Edad: \_\_\_\_\_ años Edad gestacional: \_\_\_\_\_ sem.

Paridad: \_\_\_\_\_ partos previos

Estado civil Soltera  Casada  Conviviente  otro  \_\_\_\_\_

G. instrucción: Ilustrada  primaria  secundaria  superior

Observaciones:

.....

.....

.....

## ANEXO: 3

### PROVEIDO N° 413-2017 DRSJ-MRSL

AL : Bach. Dehysi Carin Rojas Rodríguez  
DE : Jefe Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación  
ASUNTO : Autorización Desarrollo de Tesis  
FECHA : Huancayo 19 de Septiembre del 2017

Visto el informe N° 413-2017-DRSJ-MRSL-OBST, presentado por la jefatura del servicio de Obstetricia quien opina favorablemente el desarrollo del proyecto de tesis titulado FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD DURANTE EL PERIODO DE AGOSTO A OCTUBRE DEL 2017, PRESENTADO POR LA Bach. Dehysi Carin Rojas Rodríguez, de la Universidad Peruana del Centro UPeCEN, especialidad Obstetricia se autoriza desarrollar dicho proyecto, para lo cual el Servicio de Consultorio Obstétrico deberá facilitarle realizar las encuestas.

Atentamente,

 MINISTERIO DE SALUD  
MICROREGION LA LIBERTAD  
*César A. Maldonado Gómez*  
Mg. César A. Maldonado Gómez  
JEFE DE OBSTETRÍAS  
COP 7497

## CARTA DE CONFIDECIALIDAD. ANEXO 4

**Dehysi Carin Rojas Rodríguez**

Huancayo 2017

**15 de Agosto 2017**

Por medio de la siguiente carta, yo Srta. **Dehysi Carin Rojas Rodríguez**, mayor de edad y en plenas facultades mentales, me obligo a mí mismo a no divulgar ni utilizar en mi conveniencia personal la distinta información obtenida mediante la encuesta en el **Centro de Salud la Libertad**, ni proporcionaré a otras personas, ni de manera verbal, ni de manera escrita, ya sea directa o indirectamente, información alguna que pueda perjudicar los intereses del paciente. No revelaré ninguna información sobre la encuesta de ansiedad

No revelaré ninguna información sobre la encuesta de depresión.

Mi trabajo como investigadora, únicamente se basará en determinar si las pacientes sufren de ansiedad y depresión del Centro de salud se utilizará de una manera estadística, que no dañen a su persona, de acuerdo con la legislación de los distintos acuerdos nacionales. Quedando sujeto a la responsabilidad civil que por daños y perjuicios pudiera causar, así como de las distintas sanciones en las que pudiera incurrir de acuerdo a la ley. Este acuerdo de confidencialidad será mantenido de manera indefinida, ahora y en el futuro, hasta que la investigación interesada lo de por finalizado.

Y para que conste, lo firmo:

---

**(Firma)**  
**Dehysi Carin Rojas Rodríguez**



## CONSENTIMIENTO INFORMADO. ANEXO 5

Fecha.....

Yo..... identificado con

DNI N° ..... he sido informado por la Srta. Dehysi Carin Rojas Rodríguez acerca de la participación en el estudio “Frecuencia de la ansiedad y depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud la Libertad 2017”

El estudio consiste en la aplicación de encuestas, para conocer mi estado de ánimo y saber si presento ansiedad o depresión.

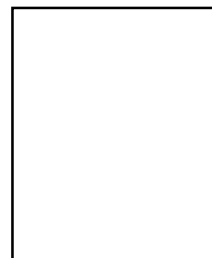
Me ha informado que los resultados del estudio y los datos que proporcione serán completamente anónimos y usados exclusivamente para el presente estudio, luego de lo cual serán eliminados.

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma consiente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me aplique los cuestionarios, teniendo pleno conocimiento de la utilidad del estudio.

.....

Firma del paciente o responsable legal



**“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”**

INFORME N° 007 UPeCeN /2017

A : Dra. Gina León Untiveros  
Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud

De : Mg. Iris Rosales Pariona  
Asesor de Tesis

Asunto : Informe sobre el proyecto de tesis

.....

Es grato dirigirme a Usted para expresarle mi fraternal saludo de paz y bien, así mismo para informarle lo siguiente, en mi condición de asesor, expreso mi conformidad con el Proyecto de tesis para optar el título de profesional de Obstetricia titulado:” **FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD DURANTE EL PERIODO DE JULIO A SETIEMBRE DEL 2017**”, presentado por el bachiller Dehysi Carin Rojas Rodriguez, habiendo realizado las revisiones actualizadas en la fecha que se indica y que el presente proyecto corresponde a las condiciones en el respectivo proyecto.

Es cuanto tengo que informarle a Ud., en honor a la verdad para los fines que estime conveniente.

Atentamente,

---

Mg. IRIS ROSALES PARIONA  
Asesor

## FIRMANDO EL CONCENTIMIENTO INFORMADO



## ENCUESTA REALIZADA

