

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD PERINATAL EN GESTANTES

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

ESPINOZA CHOCANO DANIELA

ASESOR:

DR. JUAN LUIS OLÓRTEGUI RISCO

TRUJILLO- PERÚ

2016

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo

a mis 5 personas.

AGRADECIMIENTO

A las personas que demostraron
humanidad durante el camino.

I. RESUMEN:

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo determinar los principales factores asociados a la ansiedad perinatal en gestantes del tercer trimestre del Hospital Belén de Trujillo durante el período enero-febrero del 2016.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio analítico, transversal y observacional con una muestra representativa de 138 gestantes del tercer trimestre atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el período enero-febrero 2016. El estudio se basó en un cuestionario que abarca características demográficas, sociales y obstétricas. La ansiedad perinatal se midió a través de Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS). Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi Cuadrado y regresión logística; se consideró asociación estadística a un valor $p < 0.05$, utilizando el programa estadístico SPSS 23.0.

Resultados: La prevalencia de la ansiedad perinatal en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Belén de Trujillo es de 52%. La violencia doméstica, el embarazo no planificado, las complicaciones del embarazo, el bajo grado académico, la ocupación ama de casa, el estado civil diferente a casada o conviviente, las edades maternas extremas, la primigravidez, la falta de estabilidad económica y la falta de apoyo familiar son factores asociados a ansiedad perinatal en gestantes del tercer trimestre del Hospital Belén de Trujillo durante el período enero-febrero del 2016 ($p < 0.05$). En el análisis multivariado se halló que la edad menor de 20 años y mayor de 34 años (OR=3.22, 95%IC 1.15-9.02, $p 0.02$), grado de instrucción secundaria o menos (OR=3.08, 95%IC 1.21-7.84, $p 0.01$), complicaciones durante el embarazo (OR=2.91, 95%IC 1.1-7.67, $p 0.03$) y embarazo no planificado (OR=4.43, 95%IC 1.73-11.33, $p 0.00$), se consideran predictores de la ansiedad perinatal.

Conclusiones: El conocimiento de factores asociados a la ansiedad durante el embarazo puede fomentar el desarrollo de estrategias usando eficazmente los recursos del sistema de salud para poder apuntar a las poblaciones vulnerables y con mayor necesidad de intervención.

Palabras Clave: Ansiedad, embarazo, salud mental.

II. ABSTRACT:

Objective: This study aims to determine the main factors associated with perinatal anxiety in women in the third trimester of pregnancy attended at Belén de Trujillo Hospital during the period January-February 2016.

Materials and Methods: An observational, analytical cross-sectional study was conducted with a representative sample of 138 women in their third trimester of pregnancy attended at Belén de Trujillo Hospital during the period from January to February 2016. The study was conducted based on a questionnaire including demographic, social and obstetric characteristics. The perinatal anxiety was measured using the Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS). For statistical analysis, chi-square test and logistic regression were used and statistical association was considered with p value <0.05 ; using SPSS 23.0.

Results: The prevalence of perinatal anxiety in pregnant women during the third trimester attended in the Belén de Trujillo Hospital is 52%. Domestic violence, unwanted pregnancy, pregnancy complications, low academic degree, housewife occupation, other than married or cohabiting marital status, extreme maternal ages, primigravity, lack of economic stability and lack of family support are factors associated with perinatal anxiety in women during the third trimester of pregnancy ($p <0.05$). In the multivariate analysis it was found that age younger than 20 years and over 34 years (OR = 3.22, 95% CI 1.15-9.02, p 0.02), education of high school or less (OR = 3.08, 95% CI 1.21-7.84, p 0.01), complications during pregnancy (OR = 2.91, 95% CI 1.1-7.67, p 0.03) and unplanned pregnancy (OR = 4.43, 95% CI 1.73-11.33, p 0.00) are considered predictors of perinatal anxiety.

Conclusions: Knowledge of the factors associated with anxiety during pregnancy may encourage the development of strategies effectively using the resources of the health system to target the vulnerable populations most in need of intervention.

Keywords: Anxiety, pregnancy, mental health.

ÍNDICE

	<u>Página</u>
I. INTRODUCCIÓN	07
II. MATERIAL Y MÉTODOS	15
III. RESULTADOS	22
IV. DISCUSIÓN	27
V. CONCLUSIONES	31
VI. RECOMENDACIONES	32
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
VIII. ANEXOS	37

I. INTRODUCCIÓN

1.1. MARCO TEORICO

La organización mundial de la salud reconoce a la enfermedad mental perinatal como un problema importante de salud pública, al menos 1 de cada 10 mujeres presenta un problema mental serio durante el embarazo o en el primer año postparto (1). Se estima que entre el 10-20% de las gestantes presenta ansiedad. Sin embargo, la verdadera prevalencia podría ser significativamente mayor ya que muchas mujeres que experimentan estos trastornos no son diagnosticadas (2). Además se reportan tasas mayores de prevalencia en países de bajos y medianos ingresos en comparación con los países desarrollados (3).

La ansiedad perinatal se define como la anticipación aprensiva de un futuro peligro o amenaza acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión durante el embarazo y hasta 1 año después del parto (4,5).

El embarazo es reconocido en si como un periodo de estrés por los múltiples obvios y potenciales cambios y desafíos que este significa (5). Históricamente, se pensaba que las mujeres estaban protegidas “hormonalmente” contra la enfermedad psiquiátrica durante el embarazo; sin embargo, los datos epidemiológicos recogidos en la última década no han apoyado este punto de vista (6).

Durante el embarazo aparecen grandes transformaciones, no solo desde el punto de vista fisiológico, sino también desde el punto de vista psíquico o del rol socio-familiar femenino (4). La ansiedad en respuesta a esta situación es muy común y podría verse como un mecanismo adaptativo de protección y preservación (7). Sin embargo, por varias razones, algunas mujeres tienen preocupaciones excesivas y experimentan un nivel grave e invalidante de la ansiedad en el período perinatal (8).

La ansiedad se convierte en un reto cuando afecta la vida diaria de la gestante. Las mujeres embarazadas que experimentan ansiedad leve son capaces de redirigir su atención a las tareas

que lo requieran. Sin embargo, la ansiedad severa consume una cantidad significativa de tiempo e interfiere con la capacidad de funcionar en sus responsabilidades, relaciones, autocuidado, y relajación (9).

Las preocupaciones sobre el embarazo y el bebé pueden presentarse como característica predominante, Huizink et al sugieren que la ansiedad perinatal está representada por el miedo de dar a luz, a malformación o pérdida fetal y las preocupaciones sobre los cambios en la apariencia de la gestante (10).

Las características clínicas de los trastornos de ansiedad perinatal son similares a los de las mujeres no embarazadas como por ejemplo preocupación constante, nerviosismo, mayor frecuencia de náuseas y vómitos, fatiga, piernas inquietas, labilidad extrema, insomnio, falta de concentración, trastornos del sueño y apetito y sensación de pérdida de la memoria. Se puede manifestar además como comportamientos de reaseguro excesivos como conteo obsesivo de movimientos fetales, llamadas y visitas frecuentes al médico, quejas sin una causa física discernible, solicitud de ecografías adicionales, solicitud de cesárea. Se suele asociar además con complicaciones obstétricas y neonatales como preeclampsia, parto prematuro, bajo peso al nacer, apgar bajo y dificultades en la lactancia (8, 11,12)

La literatura sugiere que los síntomas de ansiedad no son estáticos durante el periodo perinatal y en algunas mujeres pueden ser transitorios y resolverse eventualmente mientras que en otras pueden ser persistentes. Hubo una considerable proporción de trastornos de ansiedad persistentes, entre el 21,2 a 66,7%. El momento de aparición y la duración de estos síntomas pueden estar relacionados con la severidad de los resultados adversos en la salud materna e infantil (13,14).

La aparición de un trastorno de ansiedad durante este tiempo tiene consecuencias importantes, no solo los impactos sobre la salud mental de la mujer, sino también aumenta el riesgo de otros trastornos postnatales, así como también puede tener posibles efectos sobre el feto (8). Aquí interviene la programación fetal, la cual se refiere a la capacidad del ambiente intrauterino de modificar la expresión de genes e interactuar con los sustratos genéticos para determinar la susceptibilidad de enfermedades a corto y largo plazo (15). En el bebé se ha asociado a un bajo

nivel de factor neurotrófico derivado del cerebro en sangre, aumento de la reactividad del cortisol al estrés, disfunción precoz de la atención, problemas de conducta en la infancia y alteraciones en la relación madre-hijo (16,17,18).

Adicionalmente tiene un impacto económico en relación a sus efectos a corto y largo plazo sobre la descendencia de las gestantes con ansiedad perinatal. Los costos de las consecuencias sobre la salud física y mental de la descendencia involucran la atención sanitaria, pérdidas de productividad y asociados a la calidad de vida; y los costos de los problemas de conducta resultantes que engloba la justicia penal y los de las víctimas. Aun cuando la mayoría de estos son costeados por los individuos y la sociedad, todavía hay costos sustanciales que recaen sobre el sector público, en especial la asistencia sanitaria y social (1).

A pesar del grave impacto e importancia de los trastornos de ansiedad éstos suelen pasar desapercibidos, aun por el personal de salud de atención primaria que está en contacto frecuente con las gestantes durante sus controles prenatales (19,20). La probabilidad de que las gestantes busquen la ayuda necesaria o sean identificadas es menor del 50% aun en sistemas de salud bien financiados. De las que son clínicamente detectadas, solo el 10-15% recibe el tratamiento adecuado (1).

Los síntomas tempranos de la ansiedad pueden ser detectados mediante cribado durante el embarazo, con lo cual podría establecerse la detección precoz y tratamiento oportuno, críticos para el bienestar de la gestante y su descendencia. Por lo cual muchos países se han enfocado en implementar sistemas de manejo clínico, que garantizan la entrega de un servicio multidisciplinario de calidad para estas mujeres vulnerables con lo cual se ha logrado reducir la mortalidad asociada a los problemas de salud mental perinatal (8,15).

Dentro de las opciones de tratamiento, se encuentra el no farmacológico que es de primera línea, ofreciendo una estrategia segura y eficaz para el apoyo de la ansiedad durante el periodo perinatal y el farmacológico (2,16).

Las terapias psicosociales, en particular la terapia cognitivo conductual han demostrado reducir efectivamente la ansiedad en la población general. Sin embargo la investigación con respecto al

tratamiento de la ansiedad perinatal esta aun en una etapa inicial (21). El tratamiento farmacológico se recomienda en mujeres con trastorno de ansiedad refractario a la psicoterapia. Se sugiere el uso de sertralina y citalopram particularmente, dado que son los más estudiados y seguros para su uso durante el embarazo (14,16).

Se ha dirigido una mayor atención a la depresión perinatal y sus factores asociados, en contraste con la ansiedad perinatal (20,22). Lo cual es sorprendente ya que hay evidencia de que la tasa de los trastornos de ansiedad es mayor que la tasa de trastornos depresivos según Matthey et al y Wenzel et al (23).

Dentro de los factores más relevantes asociados a ansiedad perinatal se encuentran los demográficos, los sociales y los obstétricos.

Con respecto a la influencia sobre la ansiedad perinatal de los factores demográficos; como son la edad, el estado civil, el grado de instrucción y la ocupación; ha habido resultados poco concluyentes (13,24).

En cuanto a los factores de tipo social; la violencia doméstica se refiere a los patrones de comportamiento en el cual la pareja utiliza la fuerza física y/o sexual, la coacción, las amenazas, la intimidación, el aislamiento, el abuso emocional o económico para controlar a su pareja. Esta tiene un gran impacto sobre la salud física y mental de la gestante, sobre todo si es continua y acumulativa. El bajo ingreso económico familiar podría actuar a su vez en la aparición de ansiedad en la gestante (3).

Además se encuentra el apoyo familiar, el cual es multidimensional; pues abarca apoyo informativo en forma de consejos y asesoramiento, apoyo instrumental que consiste en la ayuda práctica y el apoyo emocional que comprende las expresiones de cariño, estima y cuidado. Las mujeres que experimentan eventos estresantes en sus vidas pero cuentan con un buen sistema de apoyo familiar son menos propensas a sufrir de estrés emocional. Por lo cual el impacto de los estresores durante el embarazo, pueden ser neutralizados mediante el apoyo familiar. Este funciona aumentando los recursos que mejoran la resiliencia al estrés como son la integración y conexión social (3,13).

En el grupo de los factores de tipo obstétrico, encontramos a la primigravidez que comprende el primer embarazo en la mujer; y las complicaciones del embarazo, las cuales son situaciones y problemas que interfieren significativamente con las actividades de la vida diaria o representan una amenaza significativa para la salud de la madre o del bebé. Estas pueden causar tanto la muerte materna y la muerte fetal si no se trata de manera adecuada y a tiempo (20).

Además se encuentra el embarazo no planificado, el cual se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos adecuados o la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia que prevengan un posible embarazo. Las gestantes con un embarazo no planificado presentan un riesgo incrementado de presentar ansiedad, discontinuar el tratamiento psiquiátrico, mostrar estrés excesivo sobre la influencia de los medicamentos sobre el embarazo y miedo de una posterior recaída, todo esto solo contribuye más a la aflicción emocional en este grupo de mujeres (13).

1.2.ANTECEDENTES

En un estudio transversal realizado por **Fadzil et al** en 2013 en Malasia, se encontró que el estado civil ($X^2=12.16$, p 0.02) y el embarazo no planificado ($X^2=5.44$, p 0.03) eran factores asociados a ansiedad perinatal (16,25,26,27).

Milgrom et al en 2008 en Australia, encontraron que la edad extrema (OR=2.71, 95%IC 1.89-3.88), el estado civil (OR=1.84, 95%IC 1.56-2.17) y la violencia doméstica (OR=3.12, 95%IC 2.67-3.64) eran predictores de ansiedad perinatal (14,28,29,30).

Muchos han demostrado la asociación entre menor edad y la ansiedad durante el embarazo, tales como **Bodecs et al** en 2013, **Glazier et al** en 2004 y **Martini et al** en 2015 (14,31,32,33). Sin embargo, **Fisher et al** en 2013 demuestran que las gestantes añosas son las más afectadas por la ansiedad (29).

Faisal-Cury y Menezes, encontraron que el grado de instrucción inferior (OR=2.29, IC95% 1.08-4.76) y la inestabilidad económica (OR=2.22, 95%IC 0.98-5.26) constituían predictores de ansiedad perinatal (34). Asimismo **Martini et al** han encontrado que la ansiedad perinatal es mucho más común en mujeres con bajos logros académicos (OR= 2.18, 95%IC 1.20-3.94) (14,31,32). No obstante, **Stewart et al** en 2014 encontraron que las gestantes con mayor número de años de educación tenían mayor probabilidad de desarrollar síntomas de ansiedad (35).

No es concluyente el papel que juega la gravidez en el desarrollo de la ansiedad perinatal, ya que algunos como **Lanzi et al** en 2009, defienden que las multíparas son las más propensas mientras que otros como **Fisher et al** en 2010 y **Karmaliani et al** (OR=1.94, 95%IC 1.40-2.69) demuestran a la primigravidez como un predictor de esta (29,33,36).

Bayrampour et al en 2015, informaron que la ansiedad perinatal se encontraba asociada a falta de apoyo familiar y social. Sin embargo, un estudio realizado por **Groves et al** en 2012, no concuerda con dicha asociación (13,30,37).

En múltiples estudios se encontró mayor prevalencia de ansiedad perinatal en amas de casa (38,39,40).

Ali et al, hallaron que las mujeres con complicaciones del embarazo (OR=1.09, 95%IC 0.35-3.40) son más propensas a presentar ansiedad perinatal (13,25,29,40,41,42).

1.3.JUSTIFICACIÓN

La ansiedad perinatal es una condición frecuente en la población obstétrica, pero lamentablemente subdiagnosticada. Se ha relacionado con la aparición de consecuencias adversas tanto para la madre como para el neonato.

En tal sentido creemos necesario identificar el perfil del riesgo a partir de factores asociados a una mayor probabilidad de presentar este trastorno del estado de ánimo; convencidos de que la caracterización de estos factores contribuirán en primer término a la identificación de esta

patología y por ende a ofrecer el enfoque terapéutico oportuno y adecuado por medio de estrategias de afrontamiento para así reducir la morbilidad neonatal y obstétrica.

Considerando que en nuestro medio no existen investigaciones similares recientes es que nos planteamos la realización del presente estudio.

1.4.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA CIENTÍFICO

¿Los factores demográficos, sociales y obstétricos están asociados a ansiedad perinatal en gestantes del tercer trimestre del Hospital Belén de Trujillo durante el período enero-febrero del 2016?

1.5.HIPÓTESIS:

H1: Los factores demográficos, sociales y obstétricos están asociados a ansiedad perinatal en gestantes del tercer trimestre del Hospital Belén de Trujillo durante el período enero-febrero del 2016

H0: Los factores demográficos, sociales y obstétricos no están asociados a ansiedad perinatal en gestantes del tercer trimestre del Hospital Belén de Trujillo durante el período enero-febrero del 2016

1.6.OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar si los factores demográficos, sociales y obstétricos están asociados a ansiedad perinatal en gestantes del tercer trimestre del Hospital Belén de Trujillo durante el período enero-febrero del 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la prevalencia de la ansiedad perinatal en gestantes del tercer trimestre.
- Determinar si la edad extrema, el estado civil diferente de casada o conviviente, el grado de instrucción secundaria o menos y la ocupación ama de casa son factores sociodemográficos asociados a ansiedad perinatal en gestantes.
- Determinar si la violencia doméstica, la inestabilidad económica y la falta de apoyo familiar son factores sociales asociados a ansiedad perinatal en gestantes.
- Determinar si la primigravidez, las complicaciones del embarazo y el embarazo no planificado son factores obstétricos asociados a ansiedad perinatal en gestantes.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Belén de Trujillo durante el período enero-febrero del 2016.

2.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Gestantes del tercer trimestre con control prenatal atendidas en el Hospital Belén de Trujillo durante el período enero-febrero del 2016.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Gestantes con enfermedades crónicas.
- Gestantes con embarazo múltiple.
- Concepción asistida.
- Consumo actual de alcohol, tabaco u otras drogas.
- Historia previa de enfermedad mental.
- Historia familiar de enfermedad mental.
- Acontecimiento traumático en los últimos 12 meses.
- Complicaciones obstétricas en gestaciones previas.
- Analfabetas.
- Rechazo a participar.
- Pacientes cuyo control se realiza en otros hospitales o sin control prenatal.

2.3.MUESTRA

UNIDAD DE ANÁLISIS: Gestante del tercer trimestre.

UNIDAD DE MUESTREO: Gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Belén de Trujillo.

TAMAÑO DE MUESTRA:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula estadística para estudios analíticos transversales (43,44):

$$n = \frac{Z^2 \alpha^2 pq}{e^2}$$

Donde:

$Z_{\alpha} = 1.96$ (valor de Z correspondiente al riesgo alfa fijado)

$p = 0.1$ (prevalencia probable)

$q = 0.9$ (complemento decimal de p)

$e = 0.05$ (precisión)

$n =$ tamaño de muestra

Hall et al en un estudio realizado en el 2015, observo que la prevalencia de la ansiedad perinatal en gestantes fue de 10% (2).

Reemplazando los valores, se tiene:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.1)(0.9)}{(0.05)^2}$$

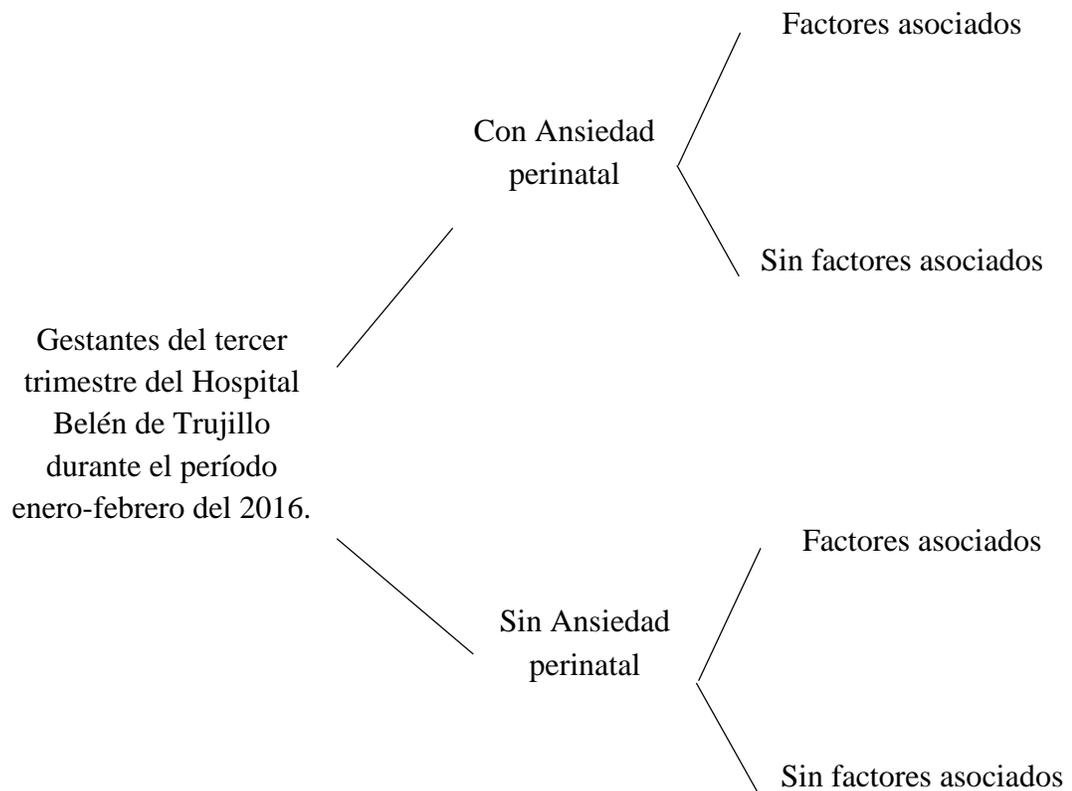
$$n = 138$$

2.4.DISEÑO DEL ESTUDIO

TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio observacional, analítico y transversal.

DISEÑO ESPECÍFICO



2.5.VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	ÍNDICES
FACTORES				
Demográficos				
Edad	Cualitativa	Nominal	Encuesta	<20 años y >34 años 20-34 años
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Casada/ conviviente Otros
Grado de instrucción	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Secundaria o menos Superior
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Ama de casa Fuera de casa
Sociales				
Violencia doméstica	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Si-No
Estabilidad económica	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Si-No
Apoyo familiar	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Si-No
Obstétricos				
Gravidez	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Primigesta Multigesta
Embarazo no planificado	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Si-No
Complicaciones del embarazo	Cualitativa	Nominal	Encuesta	Si-No
ANSIEDAD PERINATAL	Cualitativa	Nominal	Test (PASS)	Si (≥ 26 puntos) No (<26 puntos)

DEFINICIONES OPERACIONALES

ANSIEDAD PERINATAL: resultado obtenido a través de la aplicación del test Perinatal Anxiety Screening Score (PASS) mayor o igual a 26 puntos.

EDAD: años de vida que tiene la gestante al momento de la aplicación de la encuesta.

ESTADO CIVIL: situación civil de la gestante al momento de realizar la encuesta.

GRADO DE INSTRUCCIÓN: mayor nivel educativo alcanzado.

OCUPACIÓN: tipo de trabajo donde se desempeña la gestante.

GRAVIDEZ: número total de embarazos.

EMBARAZO NO PLANIFICADO: presencia de embarazo no previsto o deseado previamente.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: presencia de problemas de salud asociados al embarazo.

VIOLENCIA DOMÉSTICA: presencia de abuso de índole verbal, físico o psicológico en el seno del hogar, perpetrado por uno de los miembros de la familia contra otros familiares.

ESTABILIDAD ECONÓMICA: presencia de un ingreso económico mayor o igual a 750 soles mensuales, que permita cubrir las necesidades básicas familiares.

APOYO FAMILIAR: presencia de un sistema de soporte de tipo psicológico, económico o social brindado por los miembros de la familia.

2.6.PROCEDIMIENTO

Se solicitó las aprobaciones y permisos requeridos al Hospital Belén de Trujillo para la toma de datos.

La recolección de los datos se realizó en los ambientes de consultorio externo del servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Belén de Trujillo, donde se captó a las gestantes que ingresaron a formar parte del estudio. A las mujeres seleccionadas se les aplicó el instrumento de recolección de datos (**Anexo 1**) y Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS) (**Anexo 2**) en presencia del investigador, la presentación de la información se realizó utilizando un lenguaje accesible para las participantes.

Finalmente, los datos obtenidos se vaciaron en un archivo Excel 2010 y se trasladaron a una base de SPSS-23 para su posterior análisis.

2.7.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento de recolección consistió en un cuestionario concerniente a los 10 factores en estudio: demográficos como la edad, el estado civil, el grado de instrucción y la ocupación; los de tipo social que incluyeron la violencia doméstica, estabilidad económica y el apoyo familiar y los obstétricos como la gravidez, el embarazo no planificado y las complicaciones del embarazo

Este cuestionario fue diseñado con un lenguaje accesible y para marcar una única respuesta. Además se aplicó Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS) a cada participante. Esta escala fue validada por Sommerville S, et al en Australia en el año 2014; observando un grado de consistencia interna por medio del cálculo del alfa de Cronbach mayor de 0.96.

Este es un instrumento de 31 elementos, diseñado para detectar la ansiedad en mujeres antes y después del parto. Establece la medición de cuatro dominios que se refieren a síntomas específicos de la ansiedad perinatal que incluyen: 1) Ansiedad excesiva y miedos específicos, 2) Perfeccionismo, Control y Trauma, 3) Ansiedad social, y 4) Ansiedad aguda y Adaptación.

Las encuestadas autocalifican cada uno de los cuatro grupos de síntomas de ansiedad, indicando la frecuencia de los síntomas durante el mes anterior. La puntuación está en una escala que va de 0 ("nunca ") a 3 ("siempre"). Una puntuación total PASS se obtiene sumando todos los elementos. La línea de corte es una puntuación de 26 para diferenciar entre presencia y ausencia de ansiedad perinatal (45). El llenado fue supervisado y se desarrolló en aproximadamente 7-8 minutos.

2.8.PROCESAMIENTO Y ANALISIS ESTADÍSTICO

El procesamiento de la información fue automático, se vaciaron los datos en Excel 2010 y posteriormente se realizó el análisis utilizando el programa estadístico SPSS-23.

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA.

En la presente investigación se utilizaron proporciones, frecuencias y porcentajes. Además se elaboraron tablas.

ESTADÍSTICA ANALÍTICA.

Se utilizó el análisis univariado a través de la prueba chi cuadrado (χ^2) y el análisis multivariado a través de la regresión logística. Se considerará un nivel de significancia del 95% y un valor p menor de 0.05 como estadísticamente significativo.

2.9.CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se rigió por los principios fundamentales de la bioética y las normas morales, además se garantizó la protección de la intimidad y los datos personales que resultaron de la investigación siendo tratados con absoluta confidencialidad (46).

III. RESULTADOS

En la tabla 1 se observa la prevalencia de la ansiedad perinatal encontrada en las gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el periodo enero-febrero 2016, siendo esta de 52%.

En la tabla 2, se muestra la distribución de los factores demográficos y se observa que la proporción de edad menor de 20 años y mayor de 34 años, estado civil diferente de casada o conviviente, instrucción secundaria o menor y amas de casa es de 0.5, 0.47, 0.74 y 0.72 respectivamente, en las gestantes con ansiedad perinatal a diferencia las que no presentan ansiedad perinatal donde se encontraron proporciones de 0.15, 0.14, 0.42 y 0.39 respectivamente. Por lo cual se encontró que la proporción de dichos factores es mayor en las gestantes con diagnóstico de ansiedad perinatal en comparación con las que no presentaron dicha patología.

En el análisis univariado, se encontró asociación entre ansiedad perinatal y la edad menor de 20 años y mayor de 34 años ($p < 0.000$), el estado civil diferente de casada o conviviente ($p < 0.000$), el grado de instrucción secundaria o menos ($p < 0.000$) y la ocupación ama de casa ($p < 0.000$).

En la tabla 3, en la distribución de los factores sociales se observa que la proporción de inestabilidad económica es de 0.32 y 0.09 en gestantes con y sin ansiedad perinatal respectivamente. La proporción de violencia doméstica es de 0.13 en las gestantes con ansiedad perinatal a diferencia de las que no presentan dicha enfermedad, donde no hubo ninguna gestante que reportara historia de violencia doméstica. La proporción de apoyo familiar fue 0.39 y 0.5 en los grupos con y sin ansiedad perinatal respectivamente.

En el análisis univariado, se halló asociación entre ansiedad perinatal e inestabilidad económica ($p < 0.001$), violencia doméstica ($p < 0.002$) y falta de apoyo familiar ($p < 0.000$).

En la tabla 4, se muestra la distribución de los factores obstétricos donde se halla que la proporción de primigravidez en el grupo de las gestantes con ansiedad perinatal es 0.53 en comparación a 0.2 con las que no presentaron la patología. Asimismo la proporción de

complicaciones del embarazo fue 0.5 y 0.2 en las gestantes con y sin ansiedad perinatal respectivamente. Además la proporción de embarazo no planificado fue 0.72 y 0.29 en los grupos con y sin ansiedad perinatal, respectivamente. Se puede observar que estos factores estudiados se encuentran presentes en mayor proporción en las gestantes diagnosticadas de ansiedad perinatal.

En el análisis univariado, se encontró asociación entre ansiedad perinatal y primigravidez ($p < 0.000$), las complicaciones del embarazo ($p < 0.000$) y el embarazo no planificado ($p < 0.000$).

En la tabla 5, se muestra la asociación de los factores estudiados con la ansiedad perinatal utilizando un análisis multivariado, donde se encontró que la ansiedad perinatal se asocia a edad menor de 20 años y mayor de 34 años (OR=3.22, 95%IC 1.15-9.02, $p < 0.02$) controlando los otros factores; el grado de instrucción secundaria o menos (OR=3.08, 95%IC 1.21-7.84, $p < 0.01$) controlando los otros factores; complicaciones durante el embarazo (OR=2.91, 95%IC 1.1-7.67, $p < 0.03$), controlando los otros factores y embarazo no planificado (OR=4.43, 95%IC 1.73-11.33, $p < 0.00$), controlando los otros factores.

Este modelo permite establecer a estos 4 factores como predictores de la ansiedad perinatal en gestantes del tercer trimestre.

Tabla 1: Prevalencia de ansiedad perinatal en gestantes del tercer trimestre del Hospital Belén de Trujillo, enero-febrero 2016.

Ansiedad perinatal	N°	%
Si	72	52
No	66	48
Total	138	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos, Hospital Belén de Trujillo enero-febrero 2016.

Tabla 2: Distribución de factores demográficos en gestantes del tercer trimestre con y sin ansiedad perinatal.

Factores demográficos	Ansiedad perinatal				Xi²	p
	Si (n=72)		No (n=66)			
	N°	%	N°	%		
Edad < 20 y > 34 años	36	50	10	15	18.81	0.000
Estado civil otros	34	47	9	14	18.11	0.000
Instrucción secundaria o menor	53	74	28	42	13.82	0.000
Ocupación ama de casa	52	72	26	39	15.10	0.000

Fuente: Instrumento de recolección de datos, Hospital Belén de Trujillo enero-febrero 2016. p<0.05.

Tabla 3: Distribución de factores sociales en gestantes del tercer trimestre con y sin ansiedad perinatal.

Factores sociales	Ansiedad perinatal				Xi ²	p
	Si (n=72)		No (n=66)			
	N°	%	N°	%		
Inestabilidad económica	23	32	6	9	10.84	0.001
Violencia doméstica	9	13	0	0	8.83	0.002
Apoyo familiar	28	39	3	5	23.32	0.000

Fuente: Instrumento de recolección de datos, Hospital Belén de Trujillo enero-febrero 2016. p<0.05.

Tabla 4: Distribución de factores obstétricos en gestantes del tercer trimestre con y sin ansiedad perinatal.

Factores obstétricos	Ansiedad perinatal				Xi ²	p
	Si (n=72)		No (n=66)			
	N°	%	N°	%		
Primigravidez	38	53	13	20	16.17	0.000
Complicaciones del embarazo	36	50	13	20	13.81	0.000
Embarazo no planificado	52	72	19	29	26.01	0.000

Fuente: Instrumento de recolección de datos, Hospital Belén de Trujillo enero-febrero 2016. p<0.05.

Tabla 5: Análisis de regresión logística utilizando a la ansiedad perinatal como la variable dependiente

Factores	OR ajustado	95% CI	p
Edad <20 y >34 años	3.22	1.15-9.02	0.02
Grado de instrucción secundaria o menor	3.08	1.21-7.84	0.01
Complicaciones del embarazo	2.91	1.1-7.67	0.03
Embarazo no planificado	4.43	1.73-11.33	0.00

Los factores ingresados en el modelo incluyeron edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, gravidez, complicaciones del embarazo, embarazo no planificado, estabilidad económica, violencia doméstica y apoyo familiar.

Fuente: Instrumento de recolección de datos, Hospital Belén de Trujillo enero-febrero 2016. $p < 0.05$.

IV. DISCUSIÓN

La ansiedad perinatal es una patología frecuente que suele pasar desapercibida por el personal de salud, y en su aparición intervienen múltiples factores de tipo demográfico, social y obstétrico. En la presente investigación, se tuvo como objetivo el confirmar la asociación entre dichos factores y la existencia de la ansiedad perinatal en una muestra de 138 gestantes del tercer trimestre.

Dentro de este estudio se encontró que la prevalencia de la ansiedad perinatal fue de 52% en las gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Belén de Trujillo. Esta alta prevalencia coincide con las encontradas por **Faisal Cury et al** (47) y por **Lee et al** (48), de 59.5% y 54%, respectivamente. Estos estudios fueron realizados en países en vías de desarrollo al igual que Perú, que comparten características demográficas, familiares y culturales con respecto a la respuesta emocional de las mujeres al embarazo. Estos hallazgos son respaldados por **Biaggi et al** (3) que reportó que la prevalencia de la ansiedad perinatal era mayor en los países de bajos y medianos ingresos en comparación con los países desarrollados donde se ha encontrado una prevalencia de 10% de dicha patología.

En un nivel univariado, se estableció asociación entre la ansiedad perinatal y el estado civil diferente de casada o conviviente, coincidiendo con **Fadzil et al** (27) (p 0.02) que encontró que la presencia de una pareja estable durante el embarazo le conferirá mayor apoyo y sensación de seguridad a la mujer.

Además, encontró asociación entre ansiedad perinatal y la ocupación ama de casa, la falta de apoyo familiar y de estabilidad económica, al igual que **Bener et al** (38) (p0.001), (p 0.001) y (p 0.003) respectivamente. Las amas de casa pueden estar muchas veces insatisfechas con su rol, con la rutina, la monotonía, la falta de remuneración económica, la limitación de contacto social y las tareas del hogar que se tornan más demandantes con el avance del embarazo y los cambios físicos que este conlleva, por los cual estos podrían actuar como estresores potenciales.

Faisal Cury y Menezes (34), hallaron que el soporte familiar puede disminuir el efecto de los eventos adversos que se presenten durante el embarazo, proporcionando un mayor sentimiento de protección, acompañamiento y apoyo en el enfrentamiento de las situaciones estresantes. Se debe hacer énfasis en la necesidad de una red de apoyo adecuada para la gestante para proteger su bienestar físico y emocional. La inestabilidad económica, al estar próximas al parto, supone una preocupación por los gastos que implica un bebé y como estos pueden repercutir en la distribución previa de los recursos económicos familiares.

Asimismo se estableció la asociación a la primigravidez y a la violencia doméstica de igual forma que **Karmaliani et al** (36) ($p < 0.02$) y ($p < 0.001$) respectivamente. Lógicamente, al haber tenido otros embarazos aumenta el conocimiento, las expectativas son más realistas y se acumula mayor experiencia sobre los eventos que ocurren durante la gestación, a diferencia de las primigestas que se enfrentan a la incertidumbre de algo desconocido. Asimismo **García et al** (49), encontraron que la presencia de ansiedad perinatal disminuye con el mayor número de hijos. **Oliveira et al** (50), hallaron que las gestantes expuestas violencia doméstica en sus expresiones verbal, física y psicológica, experimentan una autoestima disminuida, dificultad en las relaciones afectivas y el desarrollo emocional, aumentando su vulnerabilidad a trastornos de ansiedad.

No obstante; solo la edad menor de 20 años y mayor de 34 años, el grado de instrucción secundaria o menor, las complicaciones del embarazo y el embarazo no planificado permanecieron como factores asociados significativos después del análisis multivariado, constituyéndose como predictores de la patología.

Dentro de los resultados acerca de los factores demográficos, se obtuvo que las gestantes con una edad menor de 20 años y mayor de 34 años tienen una probabilidad 3.22 veces mayor de presentar ansiedad perinatal que las gestantes de edades comprendidas entre los 20 y 34 años. Esto puede ser explicado que en las gestantes adolescentes aún no está completo el desarrollo biopsicosocial y al tener que asumir esta gran responsabilidad y un nuevo rol sociofamiliar, las demandas exceden su capacidad de afrontamiento. Las gestantes adolescentes así como las añosas son más propensas a complicaciones obstétricas y por lo tanto de llevar un embarazo de

riesgo, además estos grupos etarios suelen asociarse a otros factores como el embarazo no planificado. Los resultados de otros estudios como **Bayrampour et al** (13) y **Adewuya et al** (25), corroboraron como predictor de ansiedad perinatal a las edades extremas (OR=1.84, p 0.02) y (OR 4.62, 95% CI 2.39–8.92) respectivamente.

Asimismo las gestantes con grado de instrucción secundaria o menor tienen una probabilidad 3.08 veces mayor de desarrollar ansiedad perinatal que las gestantes con grado de instrucción superior. Los resultados obtenidos por **Yelland et al** (51) y **Faisal Cury et al** (47), concuerdan con lo encontrado con respecto al bajo nivel académico como predictor de ansiedad perinatal (OR=1.74, p 0.00) y (OR: 2.43, p = 0.002), respectivamente. **Nasreen et al** (30), expuso que la educación podría proteger a las gestantes de la ansiedad perinatal ya que esta mejora la autoestima y el sentido de valor propio las cuales se relacionan positivamente con el estado emocional de la gestante y a su vez permitiría una mayor internalización de la información brindada sobre el embarazo.

Dentro de los factores obstétricos en el análisis multivariado, se encontró que las gestantes con complicaciones del embarazo tienen una probabilidad 2.9 veces mayor de desarrollar ansiedad perinatal en contraste con las que no presentaron dichas complicaciones. Se explica que las complicaciones del embarazo estén significativamente asociadas a la ansiedad perinatal ya que conforman situaciones que pueden llegar a poner en peligro el curso del embarazo, la salud del feto y de la madre; actuando como un estresor y contribuyendo que la gestante permanezca en un estado de alerta continuo. Coincide con la investigación realizada por **Adewuya et al** (25) donde se estableció que las complicaciones del embarazo constituían un predictor de ansiedad perinatal (OR 3.60, 95% CI 1.28–10.12) y con **García et al** (49), que halló que en las mujeres con embarazos de alto riesgo son más propensas a desarrollar ansiedad.

Además, las gestantes cuyo embarazo no fue planificado tienen una probabilidad 4.43 veces mayor de presentar ansiedad perinatal al contrario que las que planearon su embarazo. **Karmaliani et al** (36) y **Bener et al** (38), encontraron que el embarazo no planificado era un predictor de ansiedad perinatal (OR = 1.94, 95% IC 1.40 – 2.69, p 0.001) y (OR=1.9, 95% IC 1.5-2.6, p 0.00) respectivamente. Los resultados obtenidos en la presente investigación,

muestran un OR mayor al de los citados anteriormente, pudiéndose explicar porque en dichos estudios la proporción de participantes con embarazos no planificados es menor de 0.4 a diferencia del presente donde la proporción es de 0.72, concordante con los datos recogidos por el INEI en 2014 donde se muestra que más de la mitad de los nacimientos ocurridos desde el 2009 en Perú no fueron planeados en el momento de su concepción (52). **Rojas et al** (53), sostuvo que cuando ocurre un embarazo no planificado, las gestantes tienden a magnificar y percibir negativamente los cambios que se producen durante la gestación, además de estar más sensibles ante los eventos que ocurran durante su vida cotidiana.

En este estudio la fortaleza fue que el diagnóstico de la ansiedad perinatal se derivó de un cuestionario estructurado y validado con una alta tasa de respuesta. En referencia a las limitaciones, el diseño de la investigación fue transversal por lo cual no permite la atribución de causalidad. La muestra provino de un hospital ubicado en la ciudad de Trujillo, donde la gran mayoría de las gestantes atendidas ahí pertenecen a la zona periurbana. Por lo tanto, los resultados no pueden ser generalizados en todas las gestantes de Trujillo.

V. CONCLUSIONES

- 1.** La prevalencia de la ansiedad perinatal en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Belén de Trujillo es de 52%.
- 2.** La edad menor de 20 años y mayor de 34 años, el estado civil diferente de casada o conviviente, el grado de instrucción secundaria o menos y la ocupación ama de casa son factores sociodemográficos asociados a ansiedad perinatal en gestantes.
- 3.** La violencia doméstica, la inestabilidad económica y la falta de apoyo familiar son factores sociales asociados a ansiedad perinatal en gestantes.
- 4.** La primigravidez, las complicaciones del embarazo y el embarazo no planificado son factores obstétricos asociados a ansiedad perinatal en gestantes.
- 5.** El modelo construido establece a la edad menor de 20 años y mayor de 34 años, el bajo grado de instrucción, las complicaciones del embarazo y el embarazo no planificado, como predictores de la ansiedad perinatal en gestantes.

VI. RECOMENDACIONES

- 1.** Empezar estrategias rutinarias de cribado, detección temprana y referencia al especialista apropiado durante la atención prenatal para minimizar la aparición y progreso de la ansiedad perinatal.
- 2.** Implementar un programa de vigilancia epidemiológica acerca de la salud mental de las mujeres embarazadas.
- 3.** La intervención oportuna sobre aquellas condiciones modificables o factibles de controlar en las gestantes; debería ser considerada por el personal sanitario a cargo de estas pacientes con la finalidad de disminuir la frecuencia de esta patología.
- 4.** Realizar estudios multicéntricos con una muestra mayor, con la finalidad de conocer el comportamiento de estos factores en poblaciones más numerosas.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Bauer, A, Knapp, M, Parsonage, M. Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*. 2016;192: 83-90.
2. Hall, H, Beattie, J, Lau, R. Mindfulness and perinatal mental health: A systematic review. *Women and Birth*. 2015. Article in Press.
3. Biaggi, A, Conroy, S, Pawlby, S. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2016;191: 62-77.
4. Leonetti L, Martins M. Ansiedad maternal en el período prenatal y postnatal: revisión de la literatura. *Rev latino-am enfermagem* 2007; 15(4).
5. American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
6. Barber C. *Prelude to parenthood: the impact of anxiety and depression during pregnancy*. Perinatal depression ed. 2012.
7. Sierra, J, Ortega, V. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev mal-estar e subjetividade*. 2003;3(1): 10-59.
8. Anniverno R, Bramante A, Mencacci C, Durbano F. Anxiety disorders in pregnancy and the postpartum period. *New insights into anxiety disorder* ed 2013. Capítulo 11.
9. Bayrampour, H, Ali, E, Mcneil, D. Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*. Article in press.
10. Arch, J. Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks? *Comprehensive Psychiatry*. 2013;54: 217-228.
11. Vythilingum B. Anxiety disorders in pregnancy and the postnatal period. *CME*. 2009;27(10): 450-452.
12. Fishell A. Depression and anxiety in pregnancy. *Journal popul ther clin pharmacol* 2010; 17(3):363-369.
13. Bayrampour, H, McDonald, S, Tough, S. Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*. 2015;31: 582-589.
14. Martini, J, Petzoldt, J, Einsle, F. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*. 2015;175: 385-395.

15. O'hara, M, Wisner, K, Asher, N. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2014;28: 3-12.
16. Marchesi, C, Ossola, P, Amerio, A. Clinical management of perinatal anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2016;190: 543-550.
17. South Australian perinatal practice guidelines. Screening for perinatal anxiety and depression. 2010.
18. George A, Luz R, Tychev C, Thilly N, Spitz E. Anxiety symptoms and coping strategies in the perinatal period. *Bmc pregnancy and childbirth* 2013; 13:233.
19. Maldonado-Durán M, Lartigue T. Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Perinatol reprod hum* 2008; 22: 100-110.
20. Fairbrother, N, Young, A, Janssen, P. Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry*. 2015;15: 206-214.
21. Association of women's health, obstetric and neonatal nurses. Mood and anxiety disorders in pregnant and postpartum women. *JOGNN*. 2015;44: 687-689.
22. Swalm D. King Edward memorial hospital centre for women's health: perinatal depressive and anxiety disorders. *Statewide Obstetrics Support Unit Guidelines*.
23. Matthey, S, Ross-hamid, C. The validity of DSM symptoms for depression and anxiety disorders during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*. 2011;133: 546-552.
24. Gurung R, Dunkel-Schetter C, Collins N. Psychosocial predictors of prenatal anxiety. *Journal of social and clinical psychology* 2005; 22(4): 497-519.
25. Adewuya A, Ola B, Aloba O. Anxiety disorders among Nigerian women in late pregnancy: a controlled study. *Arch Womens Ment Health* 2006;9: 325–328.
26. Dunkel-Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research and practice. *Curr opin psychiatry*. 2012; 25(2):141-148.
27. Fadzil A, Balakrishnan K, Razali R. Risk factors for depression and anxiety among pregnant women in Hospital Tuanku Bainun, Ipoh, Malaysia. *Asia Pac Psychiatry*. 2013;1:7-13.
28. Milgrom, J, Gemmill, A, Bilszta, J. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*. 2008;108(1): 147–157.
29. Fisher J, Tran T, La B. Common perinatal mental disorders in northern Vietnam: community prevalence and health care use *Bull World Health Organ*. 2010;88:737–745.

30. Nasreen H, Kabir Z, Forsell Y. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC Womens Health*. 2011;11: 22.
31. Bodecs T, Szilagyi E, Cholnoky P. Prevalence and psychosocial background of anxiety and depression emerging during the first trimester of pregnancy: data from a Hungarian population-based sample. *Psychiatr.Danub*. 2013;25:352–358.
32. Glazier R, Elgar F, Goel V.H. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol*. 2004; 25:247–255.
33. Lanzi R, Bert S, Jacobs B. Depression among a sample of first-time adolescent and adult mothers. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2009;22: 194–202.
34. Faisal-cury, A, Menezes, R. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(1): 25-32.
35. Stewart R, Umar E, Tomenson B. A cross-sectional study of antenatal depression and associated factors in Malawi. *Arch Womens Ment Health*. 2014; 17:145–154.
36. Karmaliani R, Asad N, Bann C. Prevalence of anxiety, depression and associated factors among pregnant women of Hyderabad, Pakistan. *Int.J.Soc.Psychiatry*. 2007;55: 414–424.
37. Groves A, Kagee A, Maman S. Associations between intimate partner violence and emotional distress among pregnant women in Durban, South Africa. *J. Interpers. Violence*. 2012; 27:1341–1356.
38. Bener A, Gerber L, Sheikh J. Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. *Rev international journal of women’s health* 2012; 4: 191–200.
39. Balestrieri M., Isola M, Bisoffi G. Determinants of ante-partum depression: a multicenter study. *Soc.PsychiatryPsychiatr.Epidemiol*. 2012; 47:1959–1965.
40. Yanikkerem E, Ay S, Mutlu S. Antenatal depression: prevalence and risk factors in a hospital based Turkish sample. *J.Pak.Med.Assoc*. 2013;63:472–477.
41. Ali, N, Azam, I, Ali, B. Frequency and Associated Factors for Anxiety and Depression in Pregnant Women: A Hospital-Based Cross-Sectional Study. *The Scientific World Journal*. 2012;1(1): 1-9.
42. Gong X, Hao J, Tao F..Pregnancy loss and anxiety and depression during subsequent pregnancies: data from the C-ABC study. *Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol*. 2013;166:30-36.

43. Peralta M. Estudios para determinar prevalencia. *Dermatología Rev Mex* 2005;49: 91-93.
44. Hernández B, Velasco-Mondragón H. Encuestas transversales. *Salud pública Méx.* 2000; 42(5):447-455.
45. Sommerville S, Dedman K, Hagan R, Oxnam E. The perinatal anxiety screening scale: administration, scoring and interpretation guidelines. *Arch womens ment health* 2014.
46. Comité de Ética del instituto de investigación de enfermedades raras (CEIIR). *Guías éticas de investigación en biomedicina*. 1era ed. Madrid, 2009.
47. Faisal-Cury A, Menezes P, Araya R. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in Sao Paulo, Brazil: depression and anxiety during pregnancy. *Arch. Womens Ment Health* 2009;12:335–343.
48. Lee A, Lam S, Sze Mun Lau S. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet. Gynecol.* 2007;110:1102–1112.
49. García, A, Martínez, A, Ulla , S. Análisis de la relación entre riesgo gestacional y ansiedad materna. *Prog Obstet Ginecol* . 2010;53(7): 273—279.
50. Oliveira, M, Dos santos, J, Haas, V. Violencia de pareja íntima y trastornos de ansiedad durante el embarazo: la importancia de la formación del profesional de la equipo de enfermería para su afrontamiento. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(5): 855-864.
51. Yelland J, Sutherland G, Brown S. Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women. *BMC Public Health*. 2010;10(1): 771-782.
52. Instituto nacional de estadística e informática. Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES). Perú: ; 2015.
53. Rojas J, Albano C, Llanos M, Decanio M, Trías L. Inventario de apoyo social para embarazadas. Sociedad científica de estudiantes de medicina de la Universidad Central de Venezuela. *Acta Científica Estudiantil* 2009; 7(3):173-179.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Le agradezco mucho que conteste a este cuestionario. La información que proporcione será tratada de modo absolutamente confidencial.

1. Edad:

2. Estado civil:

Casada/conviviente Otros

3. Grado de instrucción:

Secundaria o menos Superior

4. Ocupación:

Ama de casa Fuera de casa

5. Gravidéz:

Primigesta Multigesta

6. Complicaciones durante el embarazo:

Sí No

7. Embarazo planificado:

Sí No

8. Estabilidad económica

Sí No

9. Violencia domestica:

Sí No

10. Apoyo familiar

Sí No

11. Puntaje PASS

ANEXO 2: PERINATAL ANXIETY SCREENING SCALE (PASS)

En el último mes, ¿qué tan seguido ha experimentado las siguientes situaciones? Por favor marque la alternativa más cercana a su experiencia para cada pregunta.

	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	
1. Preocupación por el bebé/el embarazo					
2. Temor de que algo malo le pasará al bebé					
3. Sensación de temor de que algo malo va a suceder					
4. Preocupación por muchas cosas					
5. Preocupación por el futuro					
6. Se siente abrumada					
7. Fuertes temores acerca de cosas como agujas, sangre, nacimiento, dolor, etc.					
8. Aumento repentinos de miedo extremo o malestar					
9. Pensamientos repetitivos que son difíciles de detener o controlar					TOTAL
10. Dificultad para dormir, incluso cuando tiene la oportunidad de dormir					

	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
11. Tener que hacer las cosas de una manera u orden determinado				
12. Querer que las cosas sean perfectas				
13. Necesidad de estar en control de las cosas				
14. Dificultad para dejar de revisar constantemente o hacer las cosas una y otra vez				
15. Sentirse nerviosa o sobresaltada fácilmente				

16. Preocupaciones acerca de pensamientos repetidos					
17. Estar 'en guardia' o la necesidad estar alerta					TOTAL
18. Molestia por recuerdos repetidos, sueños o pesadillas					

	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	
19. Preocupación de avergonzarme frente a los demás					
20. Temor a ser juzgada negativamente					
21. Sentirse muy incómoda en las multitudes					
22. Evitar actividades sociales porque podría ponerse nerviosa					TOTAL
23. Evitar las cosas que le preocupan					

	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	
24. Sentirse desconectada como si estuviera viéndose a sí misma en una película					
25. Perder la noción del tiempo y no poder recordar lo que sucedió					
26. Dificultad para adaptarse a cambios recientes					
27. Ansiedad se interpone en su capacidad de realizar sus cosas					
28. Pensamientos acelerados por lo que se le hace difícil concentrarse					
29. Miedo a perder el control					
30. Sentir pánico					TOTAL
31. Sentirse agitada					

PUNTAJE GLOBAL:

≥26 = ANSIEDAD PERINATAL