

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**“ANTECEDENTE DE EVENTOS OBSTÉTRICOS ADVERSOS COMO
FACTOR ASOCIADO A ANSIEDAD EN LA GESTANTE DEL
HOSPITAL DE APOYO CHEPÉN, OCTUBRE- DICIEMBRE 2016”.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORA: KAROL MAGDALENA MOSCOL CHÁVEZ.

ASESOR: DR. JUAN CARLOS ROJAS RUIZ.

TRUJILLO – PERÚ

2017

MIEMBROS DEL JURADO:

Dr. Mario Olivencia Quiñones PRESIDENTE

Dr. Patricia Urteaga Vargas SECRETARIO

Dr. Leoncio Venegas Saavedra VOCAL

ASESOR:

Dr. Juan Carlos Rojas Ruiz.

DEDICATORIA

Con todo mi amor para mis padres las personas más importantes en mi vida, que hicieron todo para que pudiera lograr mi sueño, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

Enrique Moscol Girón y Laura Chávez de Moscol.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a Dios, por su amor y bendiciones inmerecidas, el que ha hecho posible que llegue hasta esta nueva etapa en mi vida.

Agradezco a mis padres que por la gracia de Dios han podido apoyarme en el avance de mi vida académica como espiritual.

Agradezco a Eduardo P.M una persona muy importante en mi vida, por su amor y su apoyo incondicional.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
RESUMEN	07
ABSTRACT	08
INTRODUCCION	09
MATERIAL Y MÉTODOS	21
RESULTADOS	33
DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	48

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la asociación entre los antecedentes de eventos obstétricos adversos como factor asociado a la ansiedad en la gestante del Hospital de Apoyo Chepén durante el periodo de Octubre a Diciembre del 2016.

MATERIAL Y MÉTODO: Realizamos un estudio observacional, de corte transversal, descriptivo, que evaluó 200 gestantes.

RESULTADOS: La distribución de ansiedad según los niveles encontrados fueron ansiedad baja (22%), media (61%) y alta (17%). El promedio de edad en las gestantes con ansiedad media /alta en comparación con las gestantes con ansiedad baja fue $28,15 \pm 6,04$ vs $30,16 \pm 3,93$; $p < 0,05$; el promedio de paridad fue $2,19 \pm 0,92$ vs $2,51 \pm 0,63$; $p < 0,05$. El estado civil casada estuvo presente en 80% vs 95,56%; $p < 0,05$ y el nivel de estudios superior fue 40% vs 57,78%; $p < 0,05$. La presencia de antecedentes de eventos obstétricos adversos (AEOA) fue 23,23% vs 62,22%; $p < 0,001$; y en relación a los tipos de AEOA, se observó la presencia de aborto en 9,68% vs 24,44%; $p < 0,001$ y parto pre término en 7,10% vs 28,89%; $p < 0,001$ como tipo de AEOA significativos. En el análisis multivariado a través de la regresión logística se identificó al nivel de estudios ($ORa = 2,41$) y el antecedente de eventos obstétricos adversos (AEOA) ($ORa = 5,93$) como factores independientemente asociados a ansiedad media y alta en gestantes.

CONCLUSIONES: El antecedente de eventos obstétricos adversos fue un factor asociado a la presencia de ansiedad en sus diferentes niveles de ansiedad.

PALABRAS CLAVES: Ansiedad, gestantes, eventos obstétricos adversos, factor asociado.

ABSTRACT

OBJECTIVE: decide the association between the antecedents of adverse obstetric events and anxiety in the pregnant woman at the Hospital de Apoyo Chapén during the period from October to December, 2016.

MATERIAL AND METHODS: We performed an observational, cross-sectional, descriptive study that evaluated 200 pregnant women.

RESULTS: The distribution of anxiety according to the levels found were low (22%), medium (61%) and high anxiety (17%). The mean age in pregnant women with medium / high anxiety compared to low anxiety pregnant women was 28.15 ± 6.04 vs 30.16 ± 3.93 ; $P < 0.05$; the mean parity was 2.19 ± 0.92 vs. 2.51 ± 0.63 ; $P < 0.05$. Married civil status was present in 80% vs. 95.56%; $P < 0.05$ and the higher education level was 40% vs 57.78%; $P < 0.05$. The presence of a antecedents of adverse obstetric events (AAOE) was 23.23% vs 62.22%; $P < 0.001$; and in relation to the AAOE types, the presence of abortion was observed in 9.68% vs 24.44%; $P < 0.001$ and preterm labor in 7.10% vs 28.89%; $P < 0.001$ as significant AAOE type. In the multivariate analysis through logistic regression, the level of studies ($ORa = 2.41$) and the antecedent of adverse obstetric events (AAOE) ($ORa = 5.93$) were identified as independent factors associated with mean and high anxiety in pregnant women.

CONCLUSIONS: The antecedents of adverse obstetric events was a factor associated with the presence of anxiety in their different levels of anxiety.

KEYWORDS: Anxiety, pregnant women, antecedent's adverse obstetric events, associated factor.

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo es un evento biológicamente natural, sin embargo, es un periodo de vulnerabilidad emocional importante en el cual se vivencian sentimientos ambivalentes. [1]

Se ha llegado a afirmar que el embarazo es un estresor potencial y un periodo de alto riesgo durante el cual las mujeres vulnerables psicológicamente pueden desarrollar problemas de salud mental. [2]

Biaggi y cols. Documentan que existe una idea equivocada respecto a que las mujeres están hormonalmente protegidas de alteraciones psicológicas durante el embarazo; además, existe la tendencia de enfocarse en la salud física materna y fetal durante el embarazo, por encima de la salud mental. [3]

Por su parte, De Molina y cols., en base a documentación científica consideran que desde un punto de vista psicológico el embarazo es un momento crítico debido a que las adaptaciones que requiere pueden alterar el equilibrio emocional de la gestante y generar estados de tensión, ansiedad, miedo o emoción. [4]

Díaz y cols. Documentan que la ansiedad se define como un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto; de una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, que puede ser externo o interno. En la ansiedad se da una activación del sistema simpático y endocrino al secretarse hormonas de las glándulas suprarrenales y la combinación de la activación del sistema simpático con la segregación de adrenalina genera los signos de ansiedad. También considera que tanto la ansiedad como la depresión son trastornos

psiquiátricos frecuentes y a su vez factores de riesgo para trastornos posparto, de ahí la importancia de identificarlos y manejarlos adecuadamente. [5]

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones y cuestan a la economía mundial US\$1 billón al año. [6]

Se ha considerado que hasta un tercio de mujeres pueden experimentar síntomas de ansiedad durante el embarazo. [7]

Adicionalmente, la investigación de Chan y cols. permite apreciar que la ansiedad es común entre gestantes, sin embargo, como en las décadas anteriores la atención de la investigación en el área de la salud mental reproductiva se enfocó principalmente en la depresión posparto, dicha situación conllevó al riesgo de subestimarla como una eventualidad con potencialidad de producir efectos no deseados en la gestación, al no ser merecedora de atención específica. [2)

De forma similar, Fairbrother y cols, documentan que la ansiedad y sus alteraciones relacionadas son las eventualidades más prevalentes de todas las condiciones psiquiátricas, aun así, en contraste con las investigaciones y servicios de salud actuales que se enfocan en la depresión posparto, la ansiedad perinatal sorprendentemente ha recibido poca atención. [8]

De la misma idea es Chui, quien en su tesis doctoral publicada en China considera que la ansiedad es común entre mujeres embarazadas y en posparto, aunque también señala que en décadas pasadas la atención en investigación sobre salud mental reproductiva se ha enfocado en depresión post parto. [9]

La depresión prenatal es un fuerte predictor de depresión postparto, que a su vez es el predictor más fuerte de estrés parental y de dificultades en la relación de la madre con el niño. Se considera también que la depresión y la ansiedad tienen alta comorbilidad y a su vez una ansiedad alta durante el embarazo es uno de los factores de riesgo más sólidos para depresión. [3]

Complementariamente, se documenta que síntomas depresivos tempranos en el embarazo predicen ansiedad durante el último trimestre, mientras que la ansiedad en este periodo predice la sintomatología depresiva en el postparto temprano. [10]

Un aspecto a tomar en cuenta para una diferenciación posterior lo plantea Madhavanprabhakaran y cols., al referir que la valoración de la ansiedad general durante el embarazo puede subestimar la ansiedad específica del embarazo, donde pocos estudios han valorado sistemáticamente los temores y preocupaciones específicas al embarazo y a la estructura de la ansiedad en el embarazo. [11]

La ansiedad prenatal es reflejo de la respuesta al estrés, que ocurre cuando el bienestar personal es amenazado durante el embarazo. Se piensa que es un proceso psicobiológico, lo cual significa que es influida por sistemas biológicos complejos, particularmente del sistema endocrino. La fluctuación del estrógeno y la progesterona también puede inducir ansiedad entre las gestantes. [12]

De Molina y cols. Reportan investigaciones en relación al efecto que los estados emocionales pueden tener sobre la evolución del embarazo y desarrollo del feto, entre ellos el dolor excesivo durante el parto, el parto prolongado entre otros. [4]

Por otra parte, y complementariamente, se ha considerado que la ansiedad durante el embarazo se asocia a consecuencias adversas como molestias somáticas, complicaciones

gestacionales y obstétricas, alteraciones en la actividad motora fetal y afectación de patrones cardiacos fetales. [2]

Dunkel y cols. Nos indican que no está claro el por qué la ansiedad en el embarazo tiene efectos poderosos en las madres y sus bebés, además, la naturaleza de este concepto no ha recibido suficiente atención aún para explicarse. [13]

Tanto la depresión como la ansiedad materna se relacionan con comportamientos adversos para la salud como pueden ser la nutrición inadecuada y el tabaquismo, aspectos que pueden condicionar evoluciones desfavorables en el embarazo. [14]

Por otra parte, existen cuestionarios específicos para la detección de la ansiedad o miedos ante el parto como The Cambridge Worry Scale (CWS) que mide preocupaciones ante el parto desde una perspectiva global, entre otros. También se utilizan escalas que valoran la ansiedad, aunque no específicas para el ámbito obstétrico como la Escala Visual Analógica (EVA) y la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberg (STAI), que evalúa el nivel actual de la ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. [4]

Para la ansiedad también existe la escala de Hamilton, que consta de 14 ítems que permiten determinar el grado de ansiedad generalizada. [5] Este instrumento permite obtener dos puntuaciones, una que corresponde a ansiedad psíquica y otra a ansiedad somática. [15]

La investigación de Romero-Gutiérrez indica que la Escala de Ansiedad de Hamilton modificada por Carrobbles es ampliamente utilizada en la actualidad para valorar el grado de ansiedad en forma global, ya que discrimina adecuadamente entre pacientes con ansiedad y sanos. [16]

En cuanto a factores para ansiedad, Chan y cols., encontraron en su investigación sobre ansiedad que el embarazo no deseado, la baja autoestima, la baja satisfacción matrimonial, así como la baja percepción de apoyo social fueron factores de riesgo para síntomas de ansiedad en el primer trimestre. [2]

Por su parte, Ricardo-Ramírez y cols., documentan trabajos previos que permiten apreciar que las madres con factores de riesgo sanitario, social y familiar tienen mayor probabilidad de presentar ansiedad y las menores de 19 años más riesgo aún comparadas con las mayores de 25.[10]

Biaggi y cols. Indican que se ha llegado a identificar una correlación significativa entre la ansiedad prenatal y el antecedente de uso de alcohol, así como tabaquismo antes o durante el embarazo. También se han considerado al abuso infantil en la madre así como el descuido o sobrecuidado parental en ella, ausencia de compañero o de apoyo social, relación deteriorada con el padre, estado civil, incluso tiempo de la relación, edad muy joven, bajo nivel educativo, desempleo y eventos adversos de la vida como violencia doméstica. De manera particular se ha identificado un grupo de factores de riesgo obstétricos y del embarazo como el embarazo indeseado o no planificado, la multiparidad, aunque con cierta discusión ya que también existe el debate respecto a las primíparas y nulíparas; también la presencia de complicaciones pasadas o presentes en el embarazo y el parto con historia de aborto, pérdida fetal, óbito fetal, historia de una o más episiotomías, cesárea o experiencia negativa en el parto anterior, incluso se ha considerado el periodo intergenésico corto que produjo la pérdida fetal. [3]

Respecto al aborto, el fracaso de la primera gestación es la complicación más común de embarazo a nivel mundial. El aborto representa una situación compleja biológica y

psicológicamente. Y se considera una situación angustiante en la vida de una mujer, pudiendo sembrar dudas sobre la capacidad de procrear. [17]

En cuanto a estudios previos podemos considerar varios, como el caso de la investigación publicada por Huang y cols. en 2012 en China, que evaluó la ansiedad y depresión en 3264 mujeres con historia de aborto espontáneo o inducido durante el subsecuente embarazo, el cual estuvo presente en 8.3% y 41.6% respectivamente. La ansiedad se evaluó a través de una escala de Zung autocalificada (Zung's Self-Rating Anxiety Scale), sumando los totales de los 20 ítems y multiplicados por 1.25; se determinó la presencia de síntomas de ansiedad cuando la puntuación era mayor o igual a 50. Se halló que las mujeres en el primer trimestre de la gestación reportaron puntuaciones más altas en ansiedad, además de depresión, que en el segundo trimestre. Se concluyó que las mujeres que experimentaron un aborto previo tuvieron síntomas omnipresentes de ansiedad y depresión, especialmente durante el primer trimestre. [17]

Bicking y cols. Publicaron en 2013 en Estados Unidos una investigación sobre historia de aborto espontáneo relacionada a la experiencia materna al nacer y al temor materno de un resultado adverso al nacimiento ya sea para la propia madre o su producto durante un parto subsecuente en 453 mujeres entre 18 a 35 años de edad que reportaron pérdida perinatal previa a las 20 semanas de gestación en un embarazo previo y en 2401 embarazadas sin historia de aborto espontáneo. En cuanto al temor materno, el resultado indicó que la frecuencia de mujeres que tuvieron temor de un evento adverso al nacer fue más alta que en aquellas sin historia de aborto espontáneo, con 52.1% y 46.6% respectivamente. [18]

Ricardo-Ramírez y cols. Publicaron en Colombia en 2015 un trabajo que determinó la prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad y sus factores de riesgo

asociados utilizando, en el caso de ansiedad, el inventario de Ansiedad de Beck. En 189 gestantes el tamizaje positivo para ansiedad fue de 40.7%, con un punto de corte del inventario de Ansiedad de Beck mayor a 16, encontrando asociación con haber sido víctima de situaciones sociales adversas, con OR de 1.85 o haber vivido un desastre natural, con OR de 2.11. También se encontró asociación con los factores de riesgo de diagnóstico previo de depresión, con 37.7% en el grupo con sintomatología ansiosa y 14.3% sin sintomatología ansiosa, pareja disfuncional, hijos menores de cinco años, víctima de asaltos y maltrato. [10]

Madhavanprabhakaran y cols. En 2015 publican en Omán una investigación prospectiva que determinó la prevalencia de ansiedad específica del embarazo y sus factores asociados en gestantes del tercer trimestre. Fueron 500 gestantes indias con embarazo de bajo riesgo entre 18 a 35 años de edad pertenecientes a un hospital estatal de India. Se utilizó el inventario rasgo-estado de ansiedad (State Trait Anxiety Inventory, STAI). Todas las gestantes presentaron niveles más altos de ansiedad al nacimiento. Las nulíparas mostraron los niveles más altos de ansiedad específica del embarazo. La edad joven, nuliparidad y la naturaleza de la familia nuclear fueron los factores de riesgo comunes. [19]

Biaggi y cols. Publican un artículo de revisión en 2016 sobre 97 investigaciones, encontrando que los factores asociados a ansiedad, además de depresión, fueron carencia de compañero o de apoyo social, historia de violencia doméstica, historia personal de enfermedad mental, embarazo no planificado o no deseado, estrés percibido, eventos adversos de la vida, pérdida fetal y complicaciones del embarazo presentes y pasadas, aspecto de interés especial para nuestro trabajo.[3]

La investigación publicada por Kang y cols., en China durante el 2016, de tipo transversal en 467 participantes observó que la prevalencia de ansiedad prenatal fue de 20.6% y hubo relación significativa con hipertensión inducida en el embarazo, registrando 13.5% en el grupo con ansiedad prenatal frente a 3.2% sin ansiedad, así como desarmonía familiar y satisfacción con la vida. No hubo diferencia significativa en la edad de la gestante. [12]

Una de las investigaciones que fortalece específicamente la posibilidad de fomentar el estudio de eventos obstétricos adversos y su relación con ansiedad es la publicada por Shapiro y cols. En 2017. Este investigador tuvo como base información obtenida de estudios que señalaban que la ansiedad en el embarazo se había asociado con una historia previa de aborto espontáneo o pérdida perinatal y que pocos estudios diferenciaban entre diversos resultados adversos del embarazo en la predicción de ansiedad futura. Así, llevó a cabo su trabajo que tuvo como objetivo medir la asociación entre cinco resultados pasados de la gestación, ya sea nacimiento pre término, a término, aborto espontáneo mayor a 20 semanas, óbito menor a 20 semanas y aborto electivo con la ansiedad, medida a su vez por la escala Dunkel-Schetter, durante un embarazo subsecuente. De 2366 participantes, 1505 tuvo al menos un embarazo previo. El nacido vivo a término se asoció con menor ansiedad en el embarazo en todos los trimestres, mientras que el aborto espontáneo se asoció con mayor ansiedad en el primer trimestre. El óbito fetal y el aborto electivo se asociaron con ansiedad. De manera general se reportaron complicaciones en relación a la ansiedad de 24% en el primer trimestre, 13% en el segundo trimestre y 16% en el tercero. Se sugirió que los resultados de los embarazos previos deberían incorporarse junto a las características demográficas y psicosociales en modelos conceptuales sobre ansiedad en el embarazo. [20]

Identificación del Problema

La ansiedad es un estado mental que tiene la posibilidad de afectar el binomio madre-producto. Se ha reconocido que es una eventualidad común no solo en población general sino en la etapa de gestación. Esta circunstancia compromete a gestantes, las cuales acuden a los sistemas de salud para su atención, aunque no precisamente por dicho motivo sino como parte de su control prenatal, donde nuestra red hospitalaria interviene, siendo el Hospital de Apoyo de Chepén (H.A.CH) una de sus unidades de atención.

El Hospital de Apoyo de Chepén está ubicado en la Provincia de Chepén, Departamento de La Libertad, es de categoría II-1, pertenece a la red del Ministerio de Salud (MINSU), tiene 95 camas y cuenta con diversos departamentos, dentro de ellos el de consulta externa, donde se encuentra el área de consulta prenatal.

Según información obtenida del año 2016, en la consulta prenatal se registraron un promedio aproximado de 400 atenciones mensuales.

Justificación

Nuestra investigación es conveniente porque, por un lado, permitirá establecer la proporción de gestante con ansiedad, por otro lado, indagará sobre la existencia de antecedentes de eventos obstétricos adversos a la gestación actual, y como estos pueden estar asociados a la ansiedad en el presente embarazo.

Complementariamente, la investigación que llevaremos a cabo tiene relevancia social debido a que nuestros resultados, en el caso de identificar la asociación entre los eventos obstétricos adversos y la presencia de ansiedad pretende informar a la comunidad médica sobre dicha situación y con ello favorecer conductas o acciones dirigidas a mejorar la

atención de la paciente gestante, enfocadas en apoyo psiquiátrico y con ello contribuir al bienestar de esta parte importante de la población femenina. Además de ello, puede contribuir a un menor riesgo de complicaciones posteriores que afecten tanto a la madre como a su hijo.

Este trabajo también tiene valor teórico debido a que nos posibilitará adquirir conocimientos básicos dentro de nuestra formación universitaria en relación a ansiedad en la gestante, tomando en cuenta que el interno de medicina participa en el proceso de atención. Favorece en el estudiante de medicina el considerar aspectos psiquiátricos como parte de la atención de la mujer embarazada. En relación al personal médico profesional permite fortalecer el conocimiento de la dimensión psiquiátrica para tenerla presente durante el proceso de atención a la gestante y prestando atención especial a los eventos obstétricos adversos en gestaciones previas, en caso así lo demuestren nuestros resultados.

Desde el punto de vista metodológico permite la identificación de potenciales casos de ansiedad desde un punto de vista formal y favoreciendo el conocimiento de instrumentos dirigidos a dicho fin, para aplicarlos periódicamente en caso de ser necesario.

Esta investigación pretende llenar el vacío de conocimiento respecto a la asociación de los eventos obstétricos adversos y la ansiedad de la gestante, mejorando la controversia existente e incrementando el estudio de la propia eventualidad, tomando en cuenta que la atención de la investigación se ha centrado mayoritariamente en depresión y no en ansiedad. Los resultados también podrán servir como base para estudios más amplios.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA CIENTÍFICO

¿Existe asociación entre los antecedentes de eventos obstétricos adversos con la ansiedad en la gestante del Hospital de Apoyo Chepén, octubre – diciembre del 2016?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la asociación entre los antecedentes de eventos obstétricos adversos con la ansiedad en la gestante del Hospital de Apoyo Chepén, octubre-noviembre 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar los niveles de ansiedad en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo de Chepén durante el periodo comprendido entre octubre a diciembre del 2016.
2. Realizar un análisis univariado incluyendo al antecedente de eventos obstétricos adversos y conocer su asociación con los niveles de ansiedad en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo de Chepén (H.A.CH) durante el periodo comprendido entre octubre a diciembre del 2016.
3. Elaborar un análisis multivariado para conocer los factores asociados a la ansiedad en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo de Chepén durante el periodo comprendido entre octubre a diciembre del 2016.

HIPÓTESIS

Ho: No existe asociación entre los eventos obstétricos adversos con la ansiedad en la gestante del Hospital de Apoyo Chepén.

Ha: Existe asociación entre los eventos obstétricos adversos con la ansiedad en la gestante del Hospital de Apoyo Chepén.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

1. MATERIALES Y MÉTODOS

La población en estudio estuvo constituida por las gestantes que acudieron a consulta prenatal en el área de Gineco-obstetricia del Hospital de Apoyo Chepén durante el periodo comprendido entre octubre a diciembre del 2016.

DETERMINACION DEL TAMAÑO DE MUESTRA Y DISEÑO ESTADÍSTICO DEL MUESTREO:

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula para la determinación de la proporción poblacional, la cual es la siguiente:

$$n_0 = \frac{z^2 PQ}{E^2}, \quad \text{reajustándose a}$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}, \quad \text{donde}$$

n_0 : Tamaño preliminar de muestra.

Z : Coeficiente de confianza.

PQ : Varianza para variable cualitativa.

E : Error de muestreo.

N : tamaño de población.

n : tamaño final de muestra.

Para determinar el tamaño de la muestra se asumió una confianza del 95% ($Z=1.96$), un error de muestreo de 5.0% ($E=0.05$), una varianza máxima ($PQ=0.25$) para asegurar un tamaño de muestra lo suficientemente grande respecto al tamaño de la población ($N=400$).

$$n_0 = \frac{1.96^2 * 0.25}{0.05^2} = 384.16$$

$$n = \frac{384.16}{1 + \frac{384.16}{400}}$$

$$n = 196$$

Por tanto la muestra estuvo conformada por 196 gestantes que cumplieron con los criterios de selección y que fueron seleccionados aleatoriamente de la población en estudio.

Unidad de Análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por las gestantes atendidas en el consultorio externo de atención prenatal del Hospital de Apoyo de Chepén durante el periodo comprendido entre octubre a diciembre del 2016.

Unidad de Muestreo

La unidad de análisis y la unidad de muestreo fueron equivalentes.

Método de Muestreo:

Probabilístico, ajustado a un muestreo aleatorio simple.

Criterios de Inclusión

- Gestantes que acuden a consulta prenatal.
- Gestantes de cualquier edad.
- Gestantes que dieron su consentimiento por escrito.
- Pacientes independientemente de su riesgo obstétrico.
- Pacientes independientemente de su trimestre de gestación en el que se encuentren.

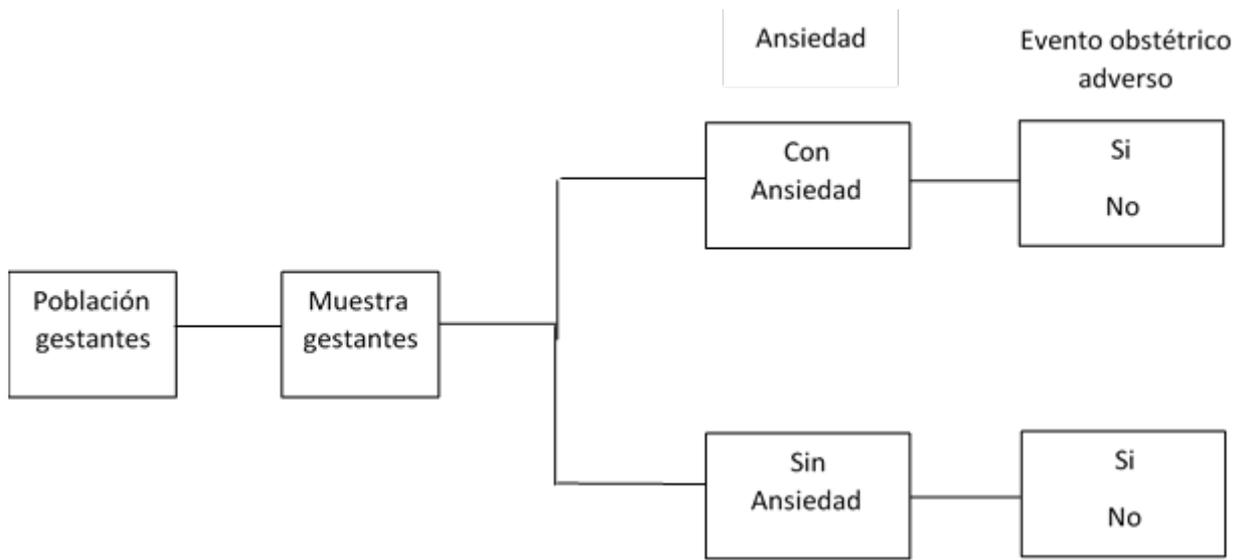
Criterios de Exclusión

- Gestantes con algún tipo de discapacidad que les impida contestar la encuesta.
- Gestantes analfabetas.
- Gestantes con trastornos mentales.
- Gestantes que abandonen la encuesta. y/o que entreguen la encuesta sin contestar los ítems de la misma.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Tipo de estudio: Este estudio correspondió a un tipo de estudio observacional, de corte transversal, descriptivo

Diseño Específico: Estudio de corte transversal.



VARIABLES DE ESTUDIO:

Identificación y operacionalización:

VARIABLE	Definición Conceptual	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	Criterio Observacional
<p>(Dependiente) ANSIEDAD</p> <p>Cualitativa Ordinal</p>	<p>Condición mental en base a sintomatología ansiosa que se da como respuesta anticipatoria a una amenaza futura.</p>	<p>Nivel de Ansiedad Bajo ≤30 según IDARE</p> <p>Nivel de ansiedad Medio. 30-44 según IDARE</p> <p>- Nivel de ansiedad Alto. ≥45 según IDARE</p>	<p>Ítems de Inventario de Ansiedad –Estado (IDARE) que evalúa la forma relativamente independiente de la ansiedad como <i>estado</i> (condición emocional transitoria actual), en niveles.</p>	<p>Puntaje en ítems</p>
<p>(Independiente) EVENTOS OBSTETRICOS ADVERSOS</p> <p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Situaciones desfavorables en que la gestante experimentó en embarazos anterior, como aborto, óbito fetal, parto pre término y trastornos hipertensivos del embarazo.</p>	<p>- Aborto: gestante con antecedente de interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación.</p> <p>-óbito fetal: gestante con antecedente de muerte fetal después de las 22 semanas de gestación.</p> <p>-parto pre termino: paciente con producto de la gestación anterior, menor de las 37 semanas.</p> <p>-THE : cuando la gestante ha tenido elevación de la presión arterial en el embarazo anterior.</p>	<p>Encuesta</p> <p>Encuesta</p> <p>Encuesta</p> <p>Encuesta</p>	<p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p> <p>SI NO</p>

COVARIABLES				
Edad Cuantitativa continua	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años	Tiempo de vida según encuesta	Respuesta encuesta
Estado civil Cualitativa Nominal	Estado conyugal	Casada No casada	Condición civil según encuesta	Respuesta encuesta
Nivel de estudios Cualitativa Nominal	Máximo grado de nivel escolar	Superior No superior	Grado de instrucción según encuesta	Respuesta encuesta
Ocupación Cualitativa Nominal a	Actividad laboral que realiza habitualmente la gestante.	Empleada No empleada	Actividad laboral según encuesta	Respuesta encuesta
Trimestre de la gestación Cualitativa Nominal	Periodo del embarazo en el que se encuentra la gestante al momento de acudir a consulta prenatal.	I II III.	Periodo del embarazo según encuesta	Respuesta encuesta

Paridad Cualitativa nominal	número de hijos nacidos vivos , muertos o con aborto	Número de hijos	Numero de paridad según encuesta	Respuesta encuesta
--	--	-----------------	----------------------------------	--------------------

2. PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO DE OBTENCION DE DATOS

- Para la recolección de datos se gestionó previamente la autorización respectiva a la dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, con el fin de obtener el permiso de ejecución.
- Una vez obtenido el permiso, la investigadora acudió al Hospital de Apoyo Chepén, con el fin de solicitar autorización para dirigirse a los ambientes donde está situada el área de consulta prenatal, ubicando los consultorios de interés.
- La obtención de resultados se llevó a cabo en los pasillos de espera, en un tiempo aproximado de 15 minutos por paciente durante cuatro semanas consecutivas. Para ello hubo necesidad de entablar comunicación con las usuarias, generando una relación amable y de respeto e informando sobre el propósito de la investigación y tiempo de aplicación de las encuestas la cual fue realizada por el investigador.
- La técnica de recolección de datos fue la encuesta, que constituye el instrumento de recolección y para aplicarla se debió contar con el consentimiento informado (Anexo1); estuvo basado en una encuesta que constó de tres partes. La primera de ellas contiene cinco ítems sobre características generales de las usuarias con tipo de respuesta abierta en un ítem y cerrada en los cuatro ítems restantes, la segunda es el IDARE; es un inventario auto evaluativo, la cual es la versión al español del State-Trait Anxiety Inventory (STAI). de Ch. Spielberger y col., diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo

(propensión ansiosa relativamente estable), autoaplicada. Cada una de ellas tiene 20 ítems. En el IDARE, hay 10 ítems positivos de ansiedad (o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativos. En la escala rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos. La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas. En la Escala de Estado la cual utilizaremos, se le orienta al sujeto que debe responder cómo se siente en el momento actual en relación a los ítems formulados, además de cómo se siente generalmente en relación a los ítems de la Escala de ansiedad como rasgo. De tal forma, los ítems reportados de cómo se siente el sujeto "ahora", "en este momento", y que indican intensidad en 4 categorías (1-no, 2-un poco, 3-bastante, 4-mucho), responden a la subescala de Ansiedad-Estado, y siempre debe ser presentada primero a los sujetos, antes que la subescala de Ansiedad-Rasgo, que se refiere a como se sienten "por lo general", "habitualmente", y se contestan también en 4 puntuaciones de frecuencia (1-casi nunca, 2-algunas veces, 3-frecuentemente, 4-casi siempre). Proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, que toman valores de 20 a 80 puntos; la puntuación 45 como punto de corte para la ansiedad alta, tanto estado como rasgo (Anexo 2).

-

Resumen: Estrategia de calificación IDARE

A. Estado

$$3+4+6+7+9+12+13+14+17+18= A$$

$$1+2+5+8+10+11+15+16+19+20= B$$

$$(A-B)+50=$$

___ Alto (≥ 45)

___ Medio (30-44)

___ Bajo (≤ 30)

La tercera parte consta con la indagación del tipo de antecedente obstétrico. Después de la aplicación de la encuesta se realizó un control de calidad previo a la digitación para comprobar que esté llena y con todas las preguntas respondidas, a fin de identificar posibles errores o vacíos.

- Los datos obtenidos se colocaron en un archivo Excel tomando en cuenta los criterios de selección y, posteriormente, se llevó a cabo el análisis estadístico para generar los resultados, discusión y conclusiones del trabajo.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

El registro de datos que estuvieron consignados en las hojas de recolección de datos fueron procesadas utilizando el paquete estadístico SPSS V 22.0.

Estadística Descriptiva:

Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva. Por ello se hizo uso del cálculo de frecuencias. Adicionalmente para las variables cuantitativas se calcularon las medidas de tendencia central como la media y medidas de dispersión como la desviación estándar.

Las herramientas para la presentación final de los resultados también fueron parte de la estadística descriptiva y se utilizaron representaciones tabulares y gráficas.

Estadística inferencial:

La estadística inferencial se utilizó para establecer diferencias significativas al analizar la asociación del antecedente de eventos obstétricos adversos y la ansiedad, para lo que se propuso el uso de pruebas no paramétricas en base a *chi cuadrado*, estableciendo asociación significativa si p es menor a 0.05($p < 0.05$). Adicionalmente para poder obtener el OR ajustado se utilizó la regresión logística.

Consideraciones éticas:

La propuesta de las consideraciones éticas se dirigen de manera particular a investigaciones experimentales, sin embargo, a pesar de que este trabajo no pertenece a dicho diseño, puede adaptarse a varios aspectos éticos con el fin de asegurar una conducta responsable. Por ello, esta investigación tomó en cuenta los criterios establecidos en la Declaración de Helsinki, respecto a que el investigador se compromete a mantener la privacidad y confidencialidad de los datos recolectados durante todo el proceso investigativo, por lo que se garantizó que la encuesta a aplicar será anónima. [22]

El presente proyecto no realizó ningún experimento en seres humanos, ni animales, por lo que no se utilizó un consentimiento informado como tal para realizarlo, ya que la investigación sólo se basó en recolectar datos a través de encuesta, sin embargo, fue necesario contar con el asentimiento verbal del encuestado como condición indispensable para la ejecución de esta investigación.

Lo anterior va ligado a la consideración de permiso para ejecutar el estudio, por ello el trabajo de investigación fue sometido a revisión por el área de tesis correspondiente a la escuela

profesional de Medicina Humana a la que pertenece el investigador, además de la autorización de la ejecución por parte de la dirección hospitalaria.

Por otro lado, se tomó en cuenta el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, que en su artículo 48 considera que se debe presentar la información proveniente de una investigación médica para su publicación independientemente de los resultados que contenga, evitando incurrir en falsificación ni plagio y declarando si tiene o no conflicto de interés. Así, esta investigación se limitó a comunicar lo observado en los resultados originales y sin ningún tipo de alteración o intención de obtener algún beneficio personal. [23]

III. RESULTADOS

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo en el Hospital de Apoyo Chepén (H.A.CH) con el objetivo de establecer la asociación entre los antecedentes de eventos obstétricos adversos con la ansiedad en dicha institución, encontrándose la distribución de ansiedad según los niveles encontrados fueron ansiedad baja (22%), media (61%) y alta (17%) según(Grafica 1) . El promedio de edad en las gestantes con ansiedad media /alta en comparación con las gestantes con ansiedad baja fue $28,15 \pm 6,04$ vs $30,16 \pm 3,93$; $p < 0,05$; el promedio de paridad fue $2,19 \pm 0,92$ vs $2,51 \pm 0,63$; $p < 0,05$. El estado civil casada estuvo presente en 80% vs 95,56%; $p < 0,05$ y el nivel de estudios superior fue 40% vs 57,78%; $p < 0,05$ (Cuadro 1).

La presencia de antecedentes de eventos obstétricos adversos (AEOA) fue 23,23% vs 62,22%; $p < 0,001$; y en relación a los tipos de AEOA, se observó la presencia de aborto en 9,68% vs 24,44%; $p < 0,001$ y parto pre término en 7,10% vs 28,89%; $p < 0,001$ como tipo de AEOA significativos. (Cuadro 2).

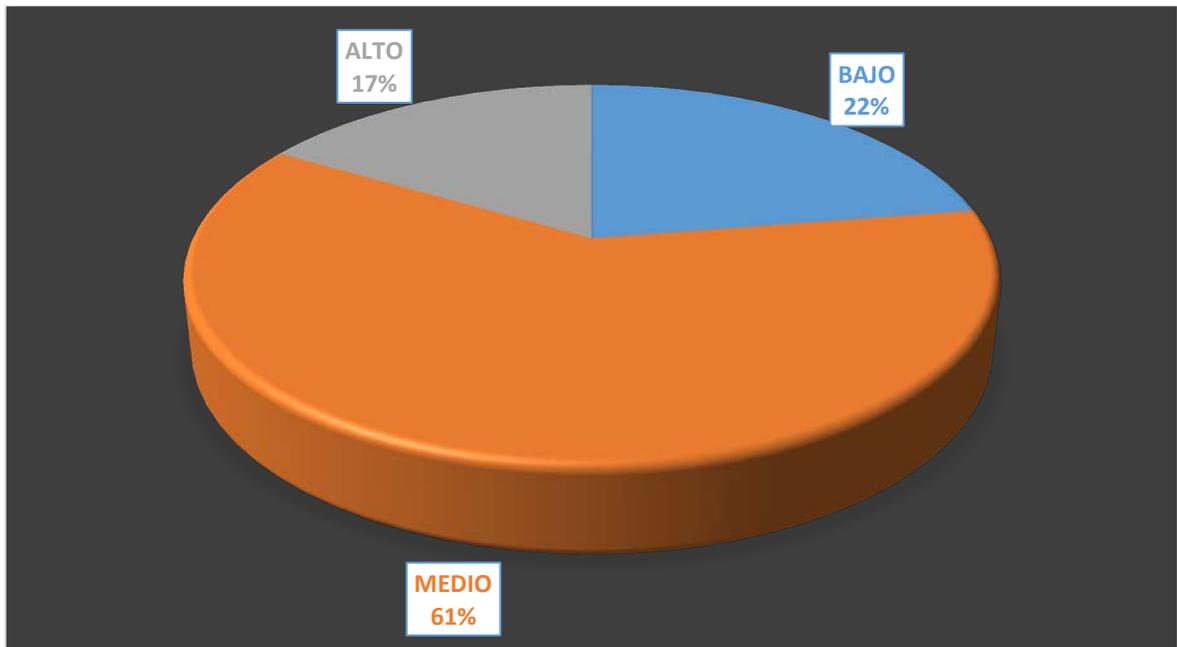
En el análisis multivariado a través de la regresión logística se identificó al nivel de estudios ($ORa = 2,41$) y el antecedente de eventos obstétricos adversos (AEOA) ($ORa = 5,93$) como factores independientemente asociados a ansiedad media y alta en gestantes. (Cuadro 3).

GRAFICO 1

DISTRIBUCION DE GESTANTES SEGÚN NIVELES DE ANSIEDAD

HOSPITAL DE APOYO CHEPÉN

OCTUBRE –DICIEMBRE 2016



El gráfico 1 muestra la distribución de ansiedad según los niveles encontrados: ansiedad baja (22%), media (61%) y alta (17%).

CUADRO 1

DISTRIBUCION DE GESTANTES SEGÚN CARACTERISTICAS GENERALES Y

NIVELES DE ANSIEDAD

HOSPITAL DE APOYO CHEPÉN

OCTUBRE- DICIEMBRE 2016

CARACTERISTICAS GENERALES	ANSIEDAD		*p
	Media /Alta (155)	Bajo (45)	
Edad	28,15 ± 6,04	30,16 ± 3,93	< 0,05
Paridad	2,19 ± 0,92	2,51 ± 0,63	< 0,05
Estado civil (C / T)	124 (80%)	43 (95,56%)	< 0,05
Nivel de estudios (S / T)	62 (40%)	26 (57,78%)	< 0,05
Ocupación (E / T)	61 (39,35%)	19 (42,22%)	> 0,05
Trimestre (III / T)	61 (39,35%)	12 (26,67%)	> 0,05
Score de Ansiedad	42,01 ± 11,71	23,80 ± 2,94	< 0,001

* = t student; Chi cuadrado. C = casada; S = superior; E = empleada; T = total.

El cuadro 1 muestra un promedio de edad menor en las gestantes con ansiedad media /alta (28,15 ± 6,04 vs 30,16 ± 3,93; p < 0,05); hubo un promedio de paridad menor (2,19 ± 0,92 vs 2,51 ± 0,63; p < 0,05).

El estado civil casada estuvo presente las gestantes con ansiedad media / alta en una proporción menor (80% vs 95,56%; p < 0,05) y el nivel de estudios superior (40% vs 57,78%; p < 0,05).

CUADRO 2

DISTRIBUCION DE GESTANTES SEGÚN ANTECEDENTES DE EVENTOS

OBSTETRICOS ADVERSOS Y NIVELES DE ANSIEDAD

HOSPITAL DE APOYO CHEPÉN

OCTUBRE –DICIEMBRE 2016

EVENTOS OBSTETRICOS ADVERSOS	ANSIEDAD		*p
	Media /Alta (155)	Leve (45)	
Antecedentes (Si / T)	36 (23,23%)	28 (62,22%)	< 0,001
Aborto (Si / T)	15 (9,68%)	11 (24,44%)	< 0,05
Óbito (Si / T)	7 (4,52%)	1 (2,22%)	> 0,05
Parto pre término (Si / T)	11 (7,10%)	13 (28,89%)	< 0,001
THE (Si / T)	7 (4,52%)	3 (6,67%)	> 0,05

*Chi cuadrado

El cuadro 2 muestra la presencia de antecedentes de eventos obstétricos adversos (AEOA) en una proporción menor en las gestantes con ansiedad media / alta (23,23% vs 62,22%; $p < 0,001$); y en relación a los tipos de AEOA, se observó la presencia de aborto (9,68% vs 24,44%; $p < 0,001$) y parto pre término (7,10% vs 28,89%; $p < 0,001$) como tipo de AEOA significativos.

CUADRO 3

ANÁLISIS MULTIVARIADO IDENTIFICANDO FACTORES INDEPENDIENTEMENTE

ASOCIADOS A ANSIEDAD EN GESTANTES

HOSPITAL DE APOYO CHEPÉN

OCTUBRE – DICIEMBRE 2016

Factores asociados	B	Wald	Valor p	OR	IC 95%	
				ajustado	Inferior	Superior
Nivel de estudios(1)	0,880	5,557	0,018	2,412	1,160	5,016
AEOA(1)	1,780	22,773	0,000	5,932	2,855	12,323

El cuadro 3 muestra que el nivel de estudios (ORa = 2,41) y el antecedente de eventos obstétricos adversos (AEOA) (ORa = 5,93) fueron factores independientemente asociados a ansiedad media y alta en gestantes.

IV. DISCUSIÓN

Alrededor del 3-17% de las mujeres sufre de alteraciones mentales durante el embarazo, como ansiedad y depresión. Ambas condiciones pueden tener efectos negativos en la vida social y personal de las mujeres, en la relación matrimonial e interacción madre-niño. Algunas investigaciones han demostrado que la depresión durante el embarazo constituye un factor de riesgo para resultados adversos como el parto pre término y la depresión posparto. Por otro lado, los trastornos de ansiedad durante el embarazo han recibido menos atención en la investigación de la población gestante [24].

A pesar de ello un estudio en Venezuela encontró una prevalencia de ansiedad del 63.3% de las embarazadas utilizando la escala de Hamilton, asimismo, 66.1% de la población estudiada tuvo algún nivel de depresión [5]. En Colombia se encontró también una prevalencia de tamizaje positivo para ansiedad en gestantes del 40.7% utilizando el inventario de ansiedad Beck (BAI) y para depresión 61.4% utilizando el inventario de depresión de Beck versión II (BDI-II), por lo anterior, se puede concluir que existe una variabilidad en las prevalencias según el tipo de población, hospital e instrumentos o test utilizados, observándose prevalencias de sintomatología ansiosa y depresiva en gestantes que oscilan entre 11 a 52% [10]. Es por ello que encontramos prevalencias altas en nuestro estudio de tamizaje positivo para ansiedad si se comparan con otros estudios, pero similares a los realizados en América Latina y poblaciones pobres.

Un estudio sueco estableció que el 40% de las mujeres reportaron síntomas moderados o extremos de ansiedad y depresión cuando se investigó con la escala EQ-5D (EuroQoL-5 dimensiones); la frecuencia más alta se informó en el grupo de 18 a 29 años de edad en mujeres en edad fértil [25]. Otros estudios han reportado prevalencias de ansiedad tanto en la población general como en una muestra embarazada de entre 6,6 y 10,4% [26].

Las consecuencias a corto plazo de la ansiedad y depresión prenatal en la salud física de las mujeres embarazadas incluyen complicaciones obstétricas y síntomas físicos, que pueden tener impacto en el feto y el neonato. La ansiedad y depresión comparten una vía genética común, y a menudo aparecen simultáneamente, lo que dificulta la evaluación de sus efectos independientes [27].

Las complicaciones obstétricas durante el embarazo es un problema de salud pública y su prevalencia es mayor en países en desarrollo que en aquellos países del primer mundo; complicaciones como óbito fetal, hemorragias del tercer trimestre, pre eclampsia, parto pre término, entre otros es frecuente en estos países [28].

Este estudio se propuso establecer la asociación entre el antecedente de eventos obstétricos adversos en un embarazo anterior y la ansiedad, asumiendo que estos antecedentes podrían exponer a las gestantes a alteraciones en la salud mental, como ansiedad en el embarazo actual.

En relación a la edad de las gestantes, **Biratu et al**, en Etiopía, evaluó a 393 gestantes con la finalidad de evaluar depresión y factores asociados, encontrando un promedio de edad de $25,27 \pm 4,34$ años de edad; este hallazgo es relativamente similar a lo encontrado en nuestra

serie, y esto se debe a que la mayor proporción de embarazos se dan en la tercera década de la vida, es decir entre los 20 a 30 años de edad.

Rubertsson et al, en Suecia, se propusieron estimar la prevalencia de ansiedad durante el primer trimestre del embarazo e identificar sus factores de riesgo, estudiaron a 916 mujeres gestantes en el primer trimestre; utilizaron la escala de depresión ansiedad hospitalaria (HADS-A), los factores asociados fueron edad < 25 años, las mujeres que informaron un idioma distinto del sueco como lengua materna, educación secundaria como su nivel de educación más alto de educación, desempleadas, uso de nicotina antes del embarazo y antecedentes de ansiedad y depresión antes de su embarazo actual; **Biaggi et al**, en el Reino Unido, identificaron a través de una revisión sistemática los principales factores de riesgo asociados en el inicio de la ansiedad y depresión antenatal, encontrando que los factores más relevantes asociados con la depresión o ansiedad prenatal fueron: falta de pareja o de apoyo social, antecedentes de abuso o de violencia doméstica, antecedentes personales de enfermedad mental, embarazo no planeado o no deseado, eventos adversos en la vida y alto estrés percibido, complicaciones del embarazo presentes / pasados y aborto u óbito; **Biratu et al**, en su serie, no encontró a los antecedentes de complicaciones como factor asociado a ansiedad y depresión; **Kang et al**, en China, estudiaron la prevalencia de ansiedad prenatal y sus factores asociados, para lo cual estudiaron a 467 gestantes, encontrando que los factores asociados a la ansiedad fueron el nivel de educación inferior a la media (años ≤ 9), parto natural esperado, anemia durante el embarazo, síndrome de hipertensión inducido por el embarazo, desarmonía en la relación familiar y satisfacción con la vida; **Fadil et al**, en Malasia, evaluaron la ansiedad y depresión durante el embarazo y sus factores asociados, 175

gestantes fueron evaluadas, encontrando que el estado civil (no casado), la historia positiva de enfermedad mental, la edad gestacional (< 20 semanas), el embarazo no planificado y la comorbilidad depresiva estuvieron asociados; como se puede observar diferentes estudios se han realizado intentando identificar factores asociados a la ansiedad durante el embarazo, sin embargo muy pocos mencionan al antecedente de complicaciones obstétricas en un embarazo previo como factor de riesgo e incluso uno de ellos niega su asociación. En nuestro estudio, aunque utilizó una escala diferente para ansiedad, encuentra asociación con los antecedentes obstétricos adversos; esta asociación se basa en el temor de volver a experimentar una complicación en el presente embarazo y estar en riesgo de morbilidad o mortalidad tanto para ella como para su niño.

V. CONCLUSIÓN

1. La distribución de ansiedad según los niveles encontrados fueron ansiedad baja (22%), media (61%) y alta (17%).
2. Son factores asociados a la ansiedad media y alta, la edad, la paridad, el estado civil, el nivel de educación, la presencia de antecedentes de eventos obstétricos adversos.
3. Se identificó al nivel de estudios ($ORa = 2,41$) y al antecedente de eventos obstétricos adversos ($ORa = 5,93$) como factores independientemente asociados a ansiedad media y alta en gestantes.

VI. RECOMENDACIONES

Este trabajo tiene limitaciones debido a que es un estudio en el que la participación de la gestante es fundamental y su colaboración y honestidad es importante para obtener resultados confiables, sin embargo, se tuvo negatividad en algunas de ellas por temor.

Sugerimos realizar estudios relacionados a la ansiedad en las gestantes de los diferentes hospitales y en diferentes poblaciones, puesto que la idiosincrasia local puede dar prevalencias y factores asociados diferentes, que podrían ayudar a construir un modelo de predicción apropiado.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saviani-Zeoti F, Lopes E. Apego materno-fetal, ansiedad e depressao em gestantes com gravidez normal e de risco: estudo comparativo. *Estudos de Psicologia* 2015; 32(4): 675-83.
2. Chan C, Lee A, Lam S, Lee C, Leung K, Koh Y, et al. Antenatal anxiety in the first trimester: Risk factors and effects on anxiety and depression in the third trimester and 6-week postpartum. *Open Journal of Psychiatry* 2013; 3: 301-310.
3. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante C. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 2016; 191:62-77.
4. De Molina-Fernández I, Rubio-Rico L, Roca-Biosca A, Jimenez-Herrera M, De la Flor-López M, Sirgo A. Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: La importancia de su detección. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 2015; 13: 17-23.
5. Díaz M, Amato R, Chávez J, Ramírez M, Rangel S, Rivera L, et al. Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salud* 2013; 17(2): 32-40.
6. Organización Mundial de la Salud. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400% [Internet]. OMS; 2016 Abr [citado 01 Feb 2017]. 1 p. Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
7. Bayrampour H, McDonald S, Tough S. Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery* 2015; 31: 582–89.

8. Fairbrother, N, Janssen P, Antony M, Tucker E, Young A. Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *Journal of Affective Disorders* 2016; 200: 148–155.
9. Chui C. A Longitudinal Study of Maternal Anxiety from the Antenatal to the Postpartum Period: Risk Factors and Adverse Outcomes on Infant Temperament and Development [tesis de postgrado]. Hong Kong: The University of Hong Kong; 2012.
10. Ricardo-Ramírez C, Álvarez-Gómez M, Ocampo-Saldarriaga M, Tirado-Otálvaro A. Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín (Colombia), entre enero y agosto de 2013. Factores de riesgo asociados. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2015; 66: 94-102.
11. Madhavanprabhakaran G, Kumar K, Ramasubramaniam S, Akintola A. Effects of pregnancy related anxiety on labour outcomes: A prospective cohort study. *JNRM* 2013; 2(7): 96-103.
12. Kang Y, Dou J, Guo X, Li S, Zhao C, Han H, et al. Prevalence and risk factors on maternal anxiety in late pregnancy in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2016; 13: 468-78.
13. Dunkel C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research and practice. *Curr Opin Psychiatry* 2012; 25(2): 141-48.
14. Reece E, Hobbins J. *Obstetricia Clínica*. 3ª. ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2010.
15. Tellería C. Evaluación de los niveles de depresión, ansiedad y factores psicosociales en pacientes con diabetes gestacional previa. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Periodo 2011-2012. *Comunidad y Salud* 2014; 12(2): 62-72.

16. Romero-Gutiérrez G, Rocha-Morales D, Ruiz-Treviño A. Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato. *Ginecol Obstet Mex* 2013; 81:180-185.
17. Huang Z, Hao J, Su P, Huang K, Xing X, Cheng D, et al. The Impact of Prior Abortion on Anxiety and Depression Symptoms During a Subsequent Pregnancy: Data From a Population-Based Cohort Study in China. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2012; 22(1):51-8.
18. Bicking C, Baptiste-Roberts K, Zhu J, Kjerulff K. Effect of previous miscarriage on the maternal birth experience in the First Baby Study. *Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013; 42(4): 1-13.
19. Madhavanprabhakaran G, D'Souza M, Nairy K. Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 2015; 3:1–7.
20. Shapiro G, Séguin J, Muckle G, Monnier P, Fraser W. Previous pregnancy outcomes and subsequent pregnancy anxiety in a Quebec prospective cohort. *J. Psychosom Obstet Gynaecol* [Internet] 2017 Ene [citado 07 Feb 2017]; 38 [aprox. 1 p.]. Disponible en URL: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0167482X.2016.1271979?journalCode=ipob20>
21. Pértegas S, Pita S. Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles. *CAD ATEN PRIMARIA* 2002; 9: 148-150.
22. WMA. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado 02 Feb 2017]. Disponible en URL: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
23. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. Lima (PER): Colegio Médico del Perú; 2007 Oct. 34 p.

24. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, 2 months and 1 year postpartum prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Wom Ment Health* 2005;8(2):97–104.
25. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Eriksson HG, Lindén-Boström M, Nordström E et al. Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors--a population-based study in Sweden. *BMC Public Health*. 2009;9:302.
26. Berle JØ, Mykletun A, Daltveit AK, Rasmussen S, Holsten F, Dahl AA. Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. A linkage study from The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT) and Medical Birth Registry of Norway. *Arch Womens Ment Health*. 2005;8(3):181-9.
27. Pinto TM, Caldas F, Nogueira-Silva C, Figueiredo B. Maternal depression and anxiety and fetal/neonatal growth. *J Pediatr (Rio J)*. 2017. pii: S0021-7557(17)30112-2.
28. Kramer MS. The epidemiology of adverse pregnancy outcomes: an overview. *J Nutr*. 2003;133(5 Suppl 2):1592S-1596S.
29. Biratu A, Haile D. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *Reprod Health*. 2015;12:99.
30. Rubertsson C1, Hellström J, Cross M, Sydsjö G. Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17(3):221-8.
31. Fadzil A, Balakrishnan K, Razali R, Sidi H, Malapan T, Japaraj R et al. Risk factors for depression and anxiety among pregnant women in Hospital Tuanku Bainun, Ipoh, Malaysia.. *Asia Pac Psychiatry*. 2013;5 Suppl 1:7-13.

VIII. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANTECEDENTE DE EVENTOS OBSTÉTRICOS ADVERSOS COMO FACTOR ASOCIADO A ANSIEDAD EN LA GESTANTE DEL HACH 2017

Yo, Bch. Karol Moscol Chávez, quien está realizando un estudio al que usted está permitiendo participar. Si acepta participar en el estudio se le pedirá que firme la hoja dando su consentimiento informado a fin que conteste con sinceridad las preguntas de la encuesta. La Escala de Valoración de la Ansiedad de Spielberger IDARE, consta de 20 preguntas, para los signos negativos de la ansiedad (10 ítems) y los signos positivos de la ansiedad (10 ítems), para ser llenado con un tiempo estimado de aproximadamente 15 minutos ambos instrumentos. Con su participación colaborará a que se desarrolle el presente estudio y los resultados servirán para mejorar deficiencias encontradas. Asimismo, la información es absolutamente confidencial y anónima, solo será de uso exclusivo de la investigadora; sin antes recordarle que nadie le obliga a ser parte de ella; y no hay ningún inconveniente si decide no participar.

Firma del Paciente

Nº D.N.I.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ENCUESTA SOBRE EVENTOS OBSTÉTRICOS ADVERSOS Y ANSIEDAD

N° de encuesta

1.- INSTRUCCIONES GENERALES:

La presente encuesta está dividida en tres partes. Por favor responder a lo solicitado, según haya zonas punteadas o espacios para marcar con un aspa o equis dentro los recuadros.

• **DATOS GENERALES**

- **INICIALES**

- **EDAD:**

- **ESTADO CIVIL:**

Soltera Casada Viuda Divorciada Separada En unión libre

- **NIVEL DE ESTUDIOS:**

Analfabeta Primaria Secundaria Superior técnico Superior universitario

- **OCUPACIÓN:**

Ama de casa Trabajadora independiente Empleada Estudiante

- **TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN**

Primero Segundo Tercero

- **PARIDAD:**

primípara secundípara multípara

2.- INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO

IDARE INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique *cómo se siente ahora mismo*, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmada	1	2	3	4
2. Me siento segura	1	2	3	4
3. Estoy tensa	1	2	3	4
4. Estoy contrariada	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterada	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansada	1	2	3	4
9. Me siento ansiosa	1	2	3	4
10. Me siento cómoda	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nerviosa	1	2	3	4
13. Estoy agitada	1	2	3	4
14. Me siento “a punto de explotar”	1	2	3	4
15. Me siento relajada	1	2	3	4

16. Me siento satisfecha	1	2	3	4
17. Estoy preocupada	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdida	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

• **DATOS SOBRE ANTECEDENTE DE EVENTOS OBSTÉTRICOS ADVERSOS (VARIABLE INDEPENDIENTE)** Sí No

- Aborto: Sí No

- Trastornos Hipertensivos del embarazo Sí No

- Parto pretérmino: Sí No

- Óbito fetal : Si No

- Otros:.....