

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Programa Profesional de Medicina Humana



“Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con amenaza de aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Honorio Delgado en el mes de Febrero, Arequipa 2015”

Tesis presentada por el Bachiller:
Miguel Ángel Farfán Calvo
Para obtener el título profesional de:
MEDICO CIRUJANO

AREQUIPA - PERU

2015

DEDICATORIA

A Dios por ser el artífice de este logro, por ser un padre tan amoroso que me lleva por el camino con su mano fuerte, a nuestro Señor Jesucristo por salvarme de tantos peligros y por permitirme conseguir mi sueño que tanto tiempo y sacrificio me costó pero que nunca me dejo solo.

A mis padres, Eduardo y Elena que con su amor, comprensión y sacrificio pudimos conseguir este sueño que no solo es mío, por enseñarme el camino correcto sin escatimar ningún esfuerzo y por darme todo su apoyo y estar ahí para mí cuando los necesite, son los pilares fundamentales en la culminación de este sueño. ¡Los amo!

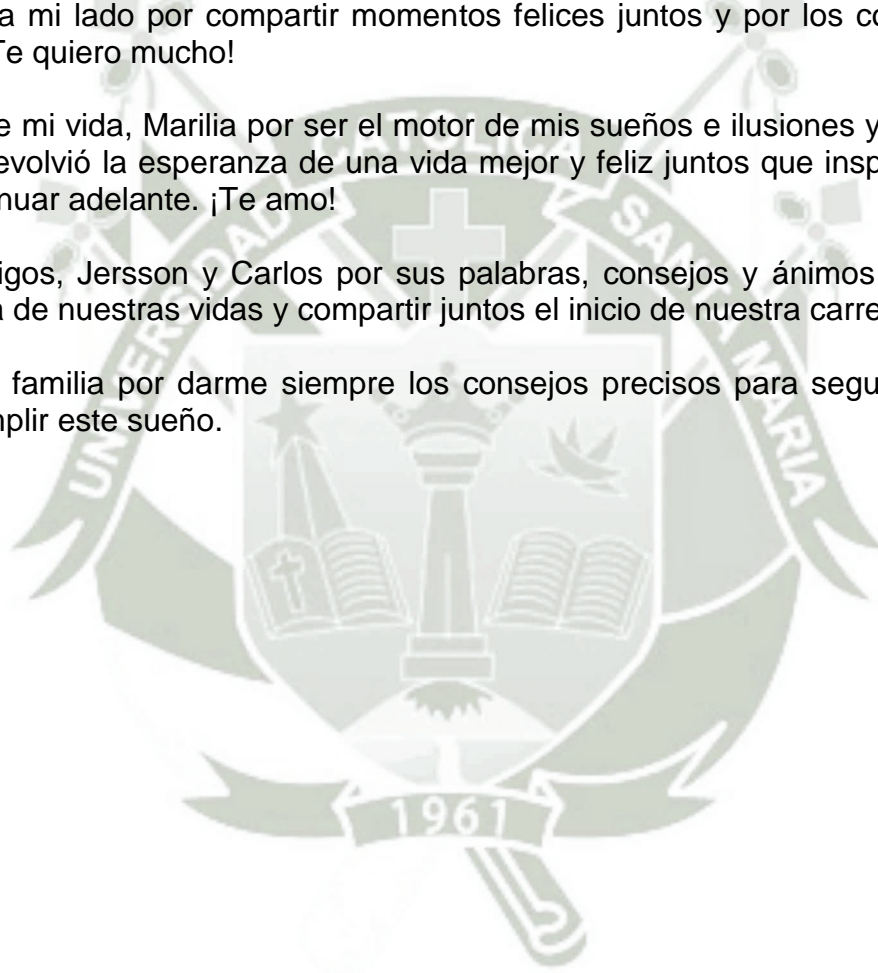
A mi hermanita, Estefany que también tuvo que sacrificarse por este sueño, gracias por estar a mi lado por compartir momentos felices juntos y por los consejos y los ánimos. ¡Te quiero mucho!

Al amor de mi vida, Marilia por ser el motor de mis sueños e ilusiones y por su amor que me devolvió la esperanza de una vida mejor y feliz juntos que inspiro mi fuerza para continuar adelante. ¡Te amo!

A mis amigos, Jersson y Carlos por sus palabras, consejos y ánimos por terminar esta etapa de nuestras vidas y compartir juntos el inicio de nuestra carrera.

A toda mi familia por darme siempre los consejos precisos para seguir adelante y poder cumplir este sueño.

Miguel Ángel



*“Yo soy el camino, la verdad y la vida y nadie
llega al Padre sino por mí” (Juan 14:6)*

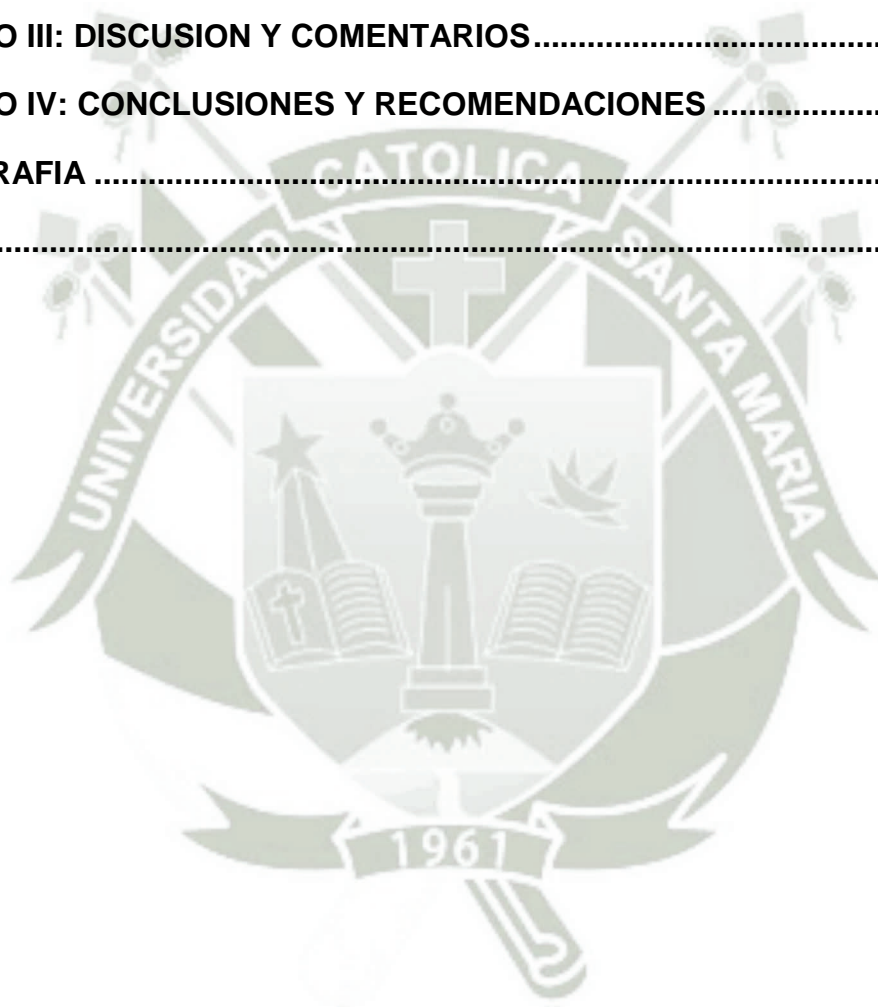
*“Ama y haz lo que quieras. Si callas,
callarás con amor; si gritas, gritarás con
amor; si corriges, corregirás con amor, si
perdonas, perdonarás con amor, si está
dentro de ti la raíz del amor, ninguna otra
cosa sino el bien podrá salir de tal raíz.”*

San Agustín



INDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCION	7
CAPITULO I : MATERIALES Y METODOS	8
CAPITULO II: RESULTADOS	12
CAPITULO III: DISCUSION Y COMENTARIOS.....	41
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
BIBLIOGRAFIA	50
ANEXOS	54



RESUMEN

Objetivos: El presente estudio tiene como objetivo determinar los Aspectos clínico-epidemiológicos relacionados a la depresión en gestantes que cursan con amenaza de aborto en un hospital Arequipa, Perú.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal. Se analizaron 50 pacientes hospitalizadas por amenaza de aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa, Perú, en el mes de febrero del 2015. A cada paciente se le aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y un cuestionario sobre datos clínico-epidemiológicos. Se determinó la frecuencia y el nivel de depresión y la asociación entre las variables se realizó mediante la prueba de chi cuadrado y el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados: De las 50 pacientes estudiadas, 28 (56%) presentaron Depresión, dentro de las cuales 14 (28%) presentaron depresión leve. La mayoría de pacientes con amenaza de aborto que presentaron depresión tenían entre 18 a 21 años (16,00%), eran amas de casa (28,00%), eran convivientes (34,00%), tenían secundaria completa (34,00%), tenían una edad gestacional entre 5 a 10 semanas (26,00%), eran nulíparas (24,00%), contaban con apoyo familiar (44,00%), tenían una relación de pareja regular (34,00%), no consumieron alcohol u otras sustancias psicoactivas previo al cuadro de amenaza de aborto (56,00%), no tenían antecedentes de abortos previos (32,00%), no deseaban estar embarazadas (30,00%) y no tuvieron atención por psiquiatría (48,00%); se halló que el nivel de depresión tiene asociación con el grado de instrucción ($p=0,002$) y que la relación de pareja tiene una correlación baja inversamente proporcional al nivel de depresión (R de Spearman: $-0,302$ (0,20-0,39); $p=0,033$)

Conclusiones: La mayoría de las gestantes con amenaza de aborto que presentaron depresión tenían entre 21 a 28 años, eran amas de casa, eran convivientes, tenían secundaria completa, tenían una edad gestacional entre 5 a 10 semanas, eran nulíparas, contaban con apoyo familiar, tenían una relación de pareja regular, no consumieron alcohol u otras sustancias psicoactivas previo al cuadro de amenaza de aborto, no tenían antecedentes de abortos previos, no deseaban estar embarazadas y no tuvieron atención por psiquiatría. Con el fin de llegar al diagnóstico temprano y brindar tratamiento oportuno, se debe prestar especial atención a las mujeres que presentan un grado de instrucción bajo ya que tiene asociación con el nivel de depresión, así como, en las pacientes que tiene una mala relación de pareja dado que tienden a presentar un mayor nivel de depresión.

Palabras Clave: Nivel de Depresión, Amenaza de Aborto, Aspectos Clínico-Epidemiológicos.

ABSTRACT

Objectives: This study aims to determine the clinical and epidemiological aspects related to depression in pregnant women presenting with threatened abortion in Arequipa, Peru hospital.

Methods: A descriptive, cross-sectional observational study. 50 patients hospitalized for threatened abortion in the service of Gynecology and Obstetrics Hospital Honorio Delgado of Arequipa, Peru, in February 2015. Each patient I apply the Beck Depression Inventory (BDI) and analyzed questionnaire on clinical and epidemiological data. The frequency and level of depression and the association between variables was performed using the chi square test and Spearman correlation coefficient was determined

Results: Of the 50 patients studied, 28 (56%) had depression, within which 14 (28%) had mild depression. Most patients with threatened abortion who had depression were between 18-21 years (16.00%) were housewives (28.00%) were cohabiting (34.00%) had completed high school (34, 00%) had a gestational age between 5-10 weeks (26.00%) were nulliparous (24.00%) had family support (44.00%) had a regular partner relationship (34.00 %) did not consume alcohol or other psychoactive substances prior to the picture of threatened abortion (56.00%) had no history of previous abortions (32.00%), did not wish to be pregnant (30.00%) and did not have psychiatric care (48.00%); found that the level of depression is associated with the level of education ($p = 0.002$) and that the relationship has a low correlation inversely proportional to the level of depression (Spearman R: -0.302 (0.20 to 0 ,. 39); $p = 0.033$).

Conclusions: The majority of pregnant women with threatened abortion who had depression were between 21-28 years were housewives, were cohabiting, with completed high school, had a gestational age between 5-10 weeks were nulliparous, had family support they had a regular partner relationship, not consume alcohol or other psychoactive substances prior to the picture of threatened abortion, had no history of previous abortions, did not wish to be pregnant and had no psychiatric care. In order to get to early diagnosis and provide timely treatment, you should pay special attention to women with a low level of education and having partnership with the level of depression, as well as in patients who have a poor relationship couple since they tend to have a higher level of depression.

Keywords: Level of Depression, Threatened Abortion, Clinical and Epidemiological Aspects

INTRODUCCION

Durante el embarazo se presentan diferentes factores biológicos, sociales y psicológicos que contribuyen a una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psiquiátricos entre ellas la más frecuente es la depresión, con una proporción de 2:1 respecto a los varones (34), presentándose en el 22% de las mujeres en edad fértil según la OMS a nivel mundial. La frecuencia en el embarazo depende del sistema de tamizaje utilizado, la incidencia de depresión en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el 2006 fue del 40,1% según la escala de depresión de Edimburgo, y del 79,12% según la escala de Zung en el Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa en el 2008, siendo la depresión en el embarazo un problema de salud muy frecuente.

La depresión en el embarazo es un tema estudiado y comprobado en varios estudios pero la depresión en gestantes con amenaza de aborto es un tema poco estudiado, por lo que sabemos la amenaza de aborto es una patología muy frecuente y que concluye en aborto espontaneo en el 20 – 30% de embarazos, existen varios factores de riesgo que contribuyen a la aparición de la depresión en el embarazo, pero cuál es el grado de depresión que presenta una mujer embarazada que sufre una amenaza de aborto, es por esta razón que se realiza este estudio.



CAPITULO I

MATERIALES Y METODOS

1. TECNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIAL DE VERIFICACION.

1.1. TECNICA.

En la presente investigación se aplicó la técnica de la entrevista.

1.2. INSTRUMENTOS.

El instrumento que se utilizó consiste en una ficha dividida en dos partes, la primera consiste en una hoja de recolección de datos que incluyen información de antecedentes Gineco-Obstétricos así como antecedentes clínico- epidemiológicos y la segunda es un instrumento que mide el nivel de depresión denominado “Inventario de Depresión de Beck” que califica a la depresión como mínima o sin depresión, leve, moderada y grave.

1.3. MATERIAL DE VERIFICACION.

- Ficha de investigación.
- Material de escritorio.
- Material Bibliográfico.
- Computadora con programa de procesamiento de datos, de texto y software estadístico.

2. CAMPO DE VERIFICACION

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL.

Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa – Perú

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL.

Se tomó en cuenta a las pacientes hospitalizadas por amenaza de aborto en el mes de febrero del 2015.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO.

Mujeres gestantes hospitalizadas por Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero del 2015.

2.3.1. Población.

Totalidad de gestantes hospitalizadas por amenaza de aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero 2015.

2.3.2. Muestra.

La muestra fue seleccionada por conveniencia según los criterios de selección que en este estudio fue un total de 50.

2.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.4.1. Criterios de Inclusión.

- Gestantes hospitalizadas por amenaza de aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Honorio Delgado en el mes de febrero.
- Pacientes mayores de edad.
- Participación voluntaria en el estudio.

2.4.2. Criterios de Exclusión.

- Pacientes iletradas o quechua-hablantes.
- Pacientes con trastornos del sensorio o alteración de las funciones superiores.

3. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

3.1. TIPO DE INVESTIGACION.

El tipo de investigación es Descriptivo, Observacional y Transversal.

3.2. NIVEL DE INVESTIGACION.

El nivel de investigación es Relacional.

4. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS

4.1. ORGANIZACIÓN

En este estudio se coordinó con la Dirección del Hospital y Jefatura del servicio de Gineco-Obstetricia obteniendo todas las facilidades para su realización. Se identificó a las pacientes diagnosticadas por amenaza de aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia, se les explicó la intención del estudio y se solicitó su participación voluntaria, en el momento de la ejecución del proyecto hubieron 5 pacientes que se negaron a participar en el estudio, 2 de las pacientes entrevistadas no entendieron los ítems 18 y 21 del cuestionario de Depresión de Beck por lo que se hicieron pequeños ajustes para su mejor comprensión. Terminada la fase de recolección de datos, se tabularon los mismos para su posterior análisis e interpretación.

4.2. RECURSOS

4.2.1. Recursos Humanos.

- Investigador.
- Asesor.
- Gestantes hospitalizadas

4.2.2. Recursos Materiales.

- Fichas de investigación.
- Material de escritorio.

- Computadora con programa de procesamiento de datos, de texto y software estadístico.

4.2.3. Recursos Financieros.

- Autofinanciado por el autor.

4.3. VALIDACION DE INSTRUMENTOS

La primera parte de la ficha no requiere validación por ser una hoja de recolección de datos. El Inventario de Depresión de Beck es un instrumento validado y adaptado en España el 2011 para medir el nivel de depresión en pacientes mayores de 13 años.

4.4. CRITERIO PARA EL MANEJO DE RESULTADOS

Se empleó estadística relacional para variables cualitativas que se presentaron como proporciones. La comparación entre grupos de dichas variables se realizó utilizando la prueba de chi cuadrado así como el coeficiente de correlación de Spearman. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el programa estadístico SPSS v.22.0.





CAPITULO II

RESULTADOS

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

TABLA 1. Frecuencia de Depresión mediante el Cuestionario de Beck en gestantes con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

	Nº	%
Sin Depresión	22	44,00
Depresión	28	56,00
Total	50	100,00

**N = 50, n₁ = Sin Depresión, n₂: Depresión.
Fuente: Elaboración propia.**

En la tabla y grafico 1 podemos observar que el 56,00% (28) de las gestantes con amenaza de aborto presentó depresión según el Cuestionario de Depresión de Beck.

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

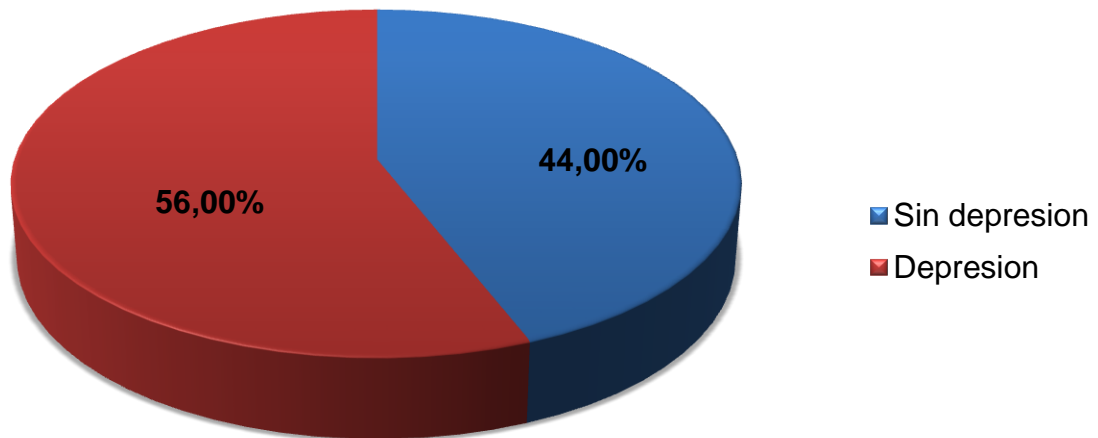


GRAFICO 1. Frecuencia de Depresión mediante el Cuestionario de Beck en gestantes con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.
Fuente: Elaboración propia.

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

TABLA 2. Distribución del Nivel de Depresión según el cuestionario de Beck en gestantes con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

DEPRESION	N°	%
Depresión Leve	14	50,00
Depresión Moderada	11	40,00
Depresión Grave	3	10,00
Total	28	100,00

N=28, n1=Depresión Leve, n2=Depresión Moderada, n3=Depresión Grave.

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y gráfico 2 podemos observar que el nivel de depresión en gestantes con amenaza de aborto con mayor frecuencia es el Leve con 50,00% (14) según el Cuestionario de Depresión de Beck.

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

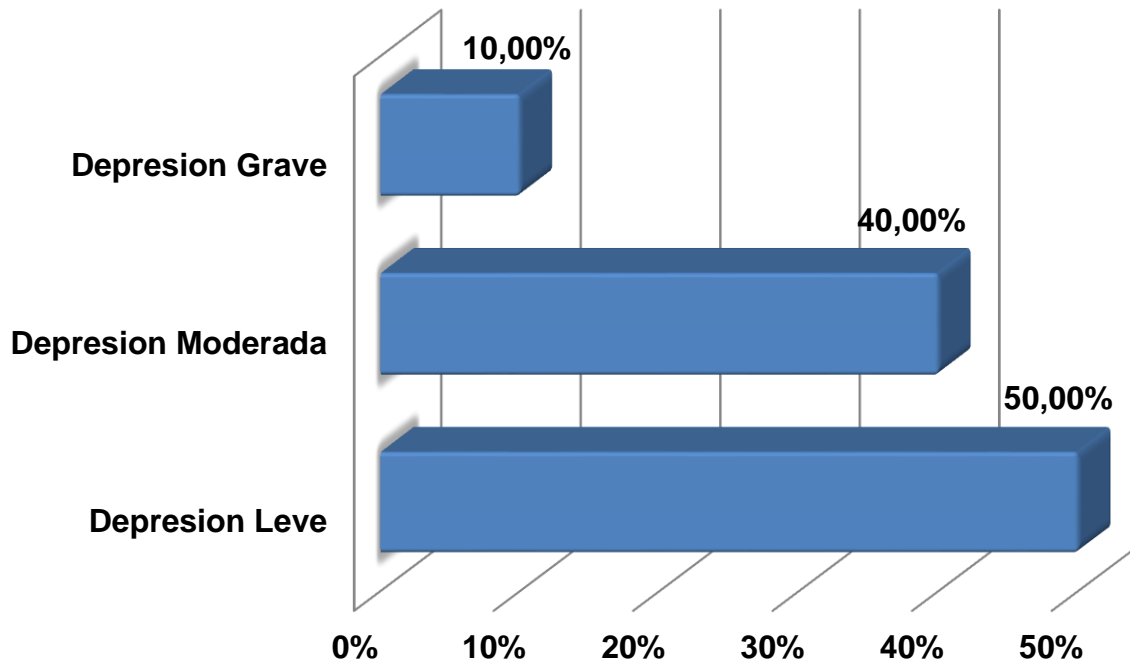


GRAFICO 2. Distribución del Nivel de Depresión según el cuestionario de Beck en gestantes con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.
Fuente: Elaboración propia.

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

TABLA 3. Distribución de la edad de las gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnostico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

Edad (años)	DEPRESION		SIN DEPRESION		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18 a 21 años	8	16,00	5	10,00	13	26,00
22 a 25 años	3	6,00	4	8,00	7	14,00
26 a 29 años	5	10,00	5	10,00	10	20,00
30 a 33 años	3	6,00	2	4,00	5	10,00
34 a 37 años	5	10,00	5	10,00	10	20,00
38 a 41 años	3	6,00	1	2,00	4	8,00
42 a 45 años	1	2,00	0	0,00	1	2,00
TOTAL	28	56,00	22	44,00	50	100

Chi² = 2,349

G. de libertad = 6

p = 0,885

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y grafico 3 podemos observar que el 16,00% (8), del total de pacientes con depresión según el cuestionario de depresión de Beck, se encuentran entre los 18 a 21 años de edad. Estadísticamente observamos que la depresión y la edad no están asociadas (p>0,05).

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

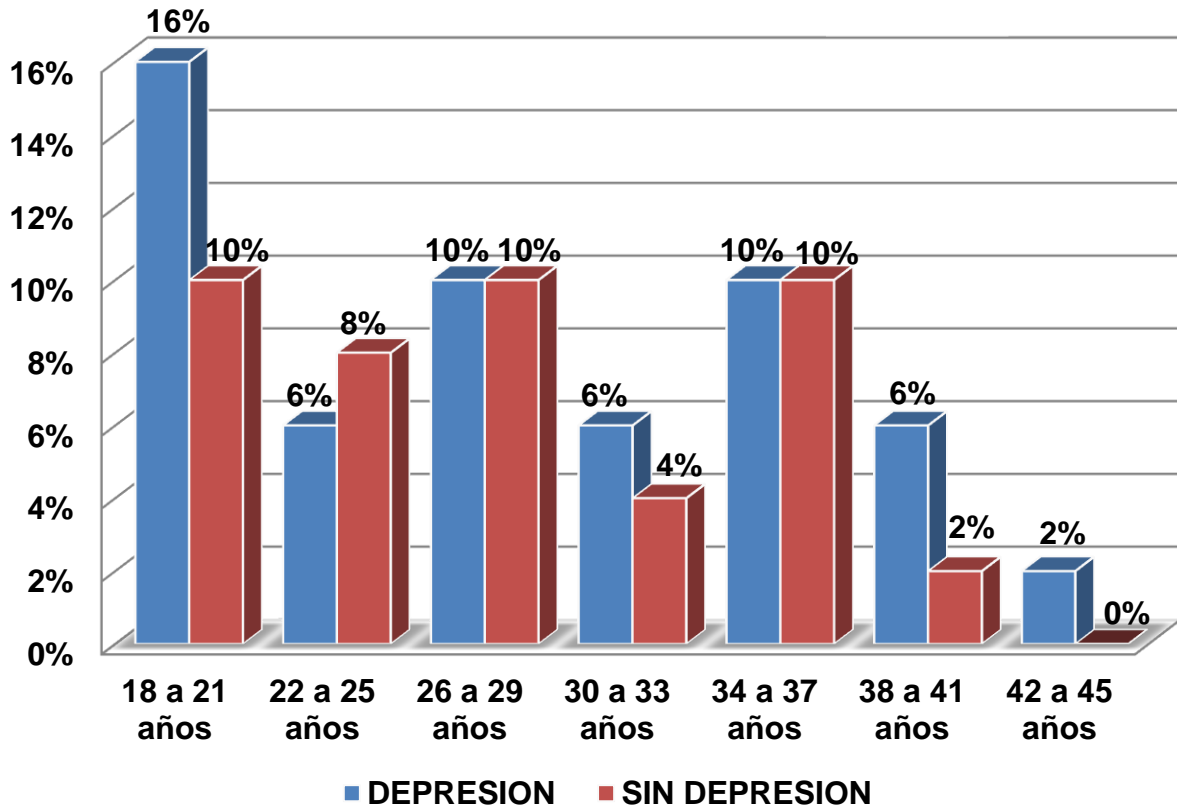


GRAFICO 3. Distribución de la edad de las gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnostico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

Fuente: Elaboración propia.

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

TABLA 4. Distribución de la ocupación de las gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnostico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

Ocupación	DEPRESION		SIN DEPRESION		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ama de casa	14	28,00	12	24,00	26	52,00
Estudiante	8	16,00	2	4,00	10	20,00
Empleada	4	8,00	5	10,00	9	18,00
Obrera	0	0,00	2	4,00	2	4,00
Independiente	2	4,00	1	2,00	3	6,00
Total	28	56,00	22	44,00	50	100

Chi² = 5,558

G. de libertad = 4

p = 0,235

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y grafico 4 se aprecia que el 28,00% (14), del total de gestantes con amenaza de aborto cursan con depresión según el cuestionario de depresión de Beck, son amas de casa. Estadísticamente observamos que la depresión y la ocupación no están asociadas ($p > 0,05$).

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

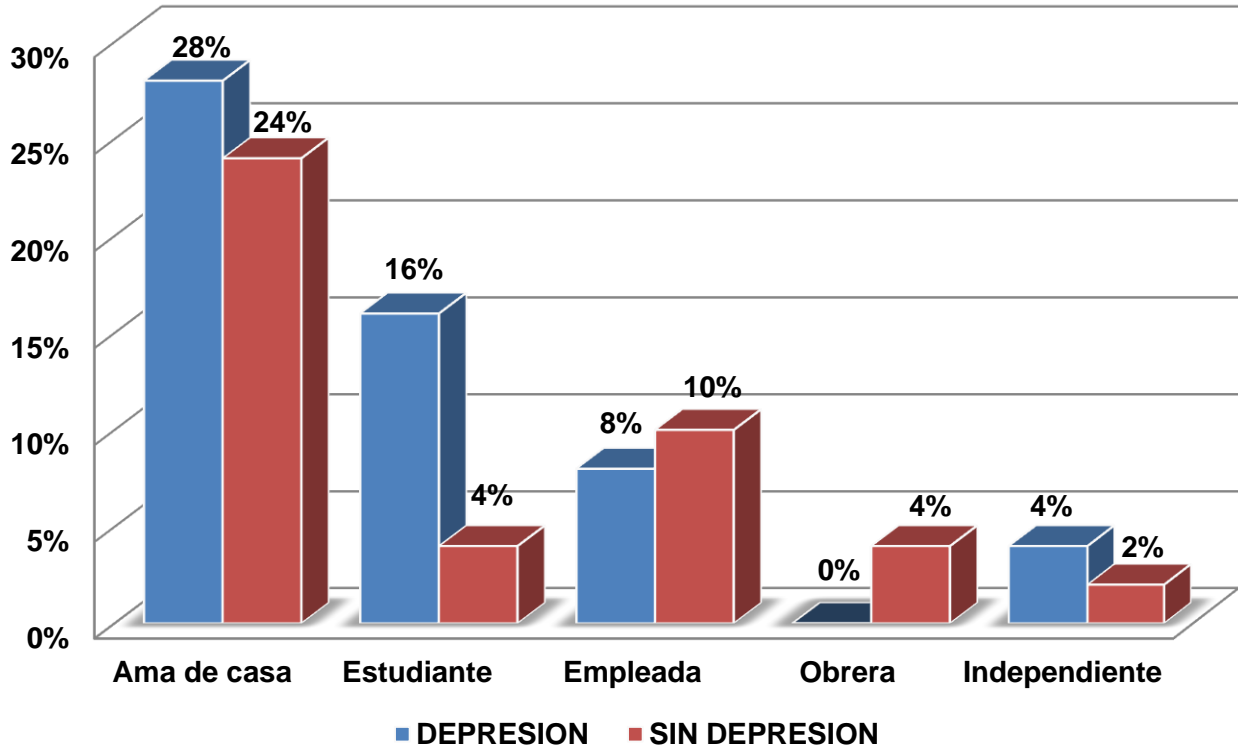


GRAFICO 4. Distribución de la ocupación de las gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnostico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.
Fuente: Elaboración propia.

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

TABLA 5. Distribución del estado civil de las gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnostico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

Estado Civil	DEPRESION		SIN DEPRESION		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltera	9	18,00	2	4,00	11	22,00
Conviviente	17	34,00	18	36,00	35	70,00
Casada	2	4,00	2	4,00	4	8,00
Total	28	56,00	22	44,00	50	100

Chi² = 3,818

G. de libertad = 2

p = 0,148

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y grafico 5 observamos que la depresión predomina en pacientes con estado civil conviviente con un 34,00% (17), del total de gestantes con amenaza de aborto, según el cuestionario de depresión de Beck.

Estadísticamente se observa que la depresión y el estado civil no están asociados (p>0,05).

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

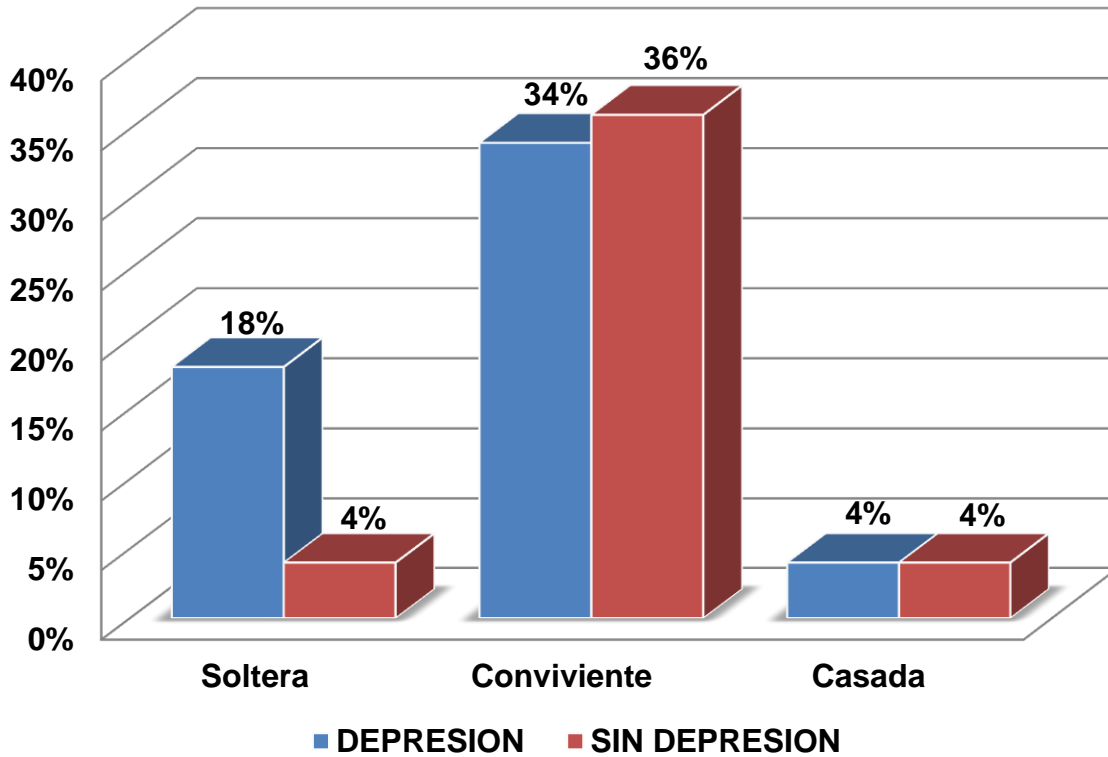


GRAFICO 5. Distribución del estado civil de las gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnostico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.
Fuente: Elaboración propia.

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

TABLA 6. Distribución del grado de Instrucción de las gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnostico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

Grado de Instrucción	SIN DEPRESION		DEPRESION LEVE		DEPRESION MODERADA		DEPRESION GRAVE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria	5	10,00	1	2,00	3	6,00	0	0,00	9	18,00
Secundaria	12	24,00	11	22,00	5	10,00	1	2,00	29	58,00
Técnico	5	10,00	1	2,00	3	6,00	0	0,00	9	18,00
Superior	0	0,00	1	2,00	0	0,00	2	4,00	3	6,00
Total	22	44,00	14	28,00	11	22,00	3	6,00	50	100

Chi² =26,603

G. de libertad = 9

p = 0,002

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y grafico 6 se puede apreciar que la depresión leve predomina sobre los demás niveles de depresión con un 28% (14) y dentro del cual las pacientes con mayor depresión leve son las que tienen secundarias completa con un 22% (11) según el cuestionario de depresión de Beck.

Estadísticamente podemos observar que la Depresión Leve se asocia más con las gestantes con Secundaria completa (p<0,05).

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

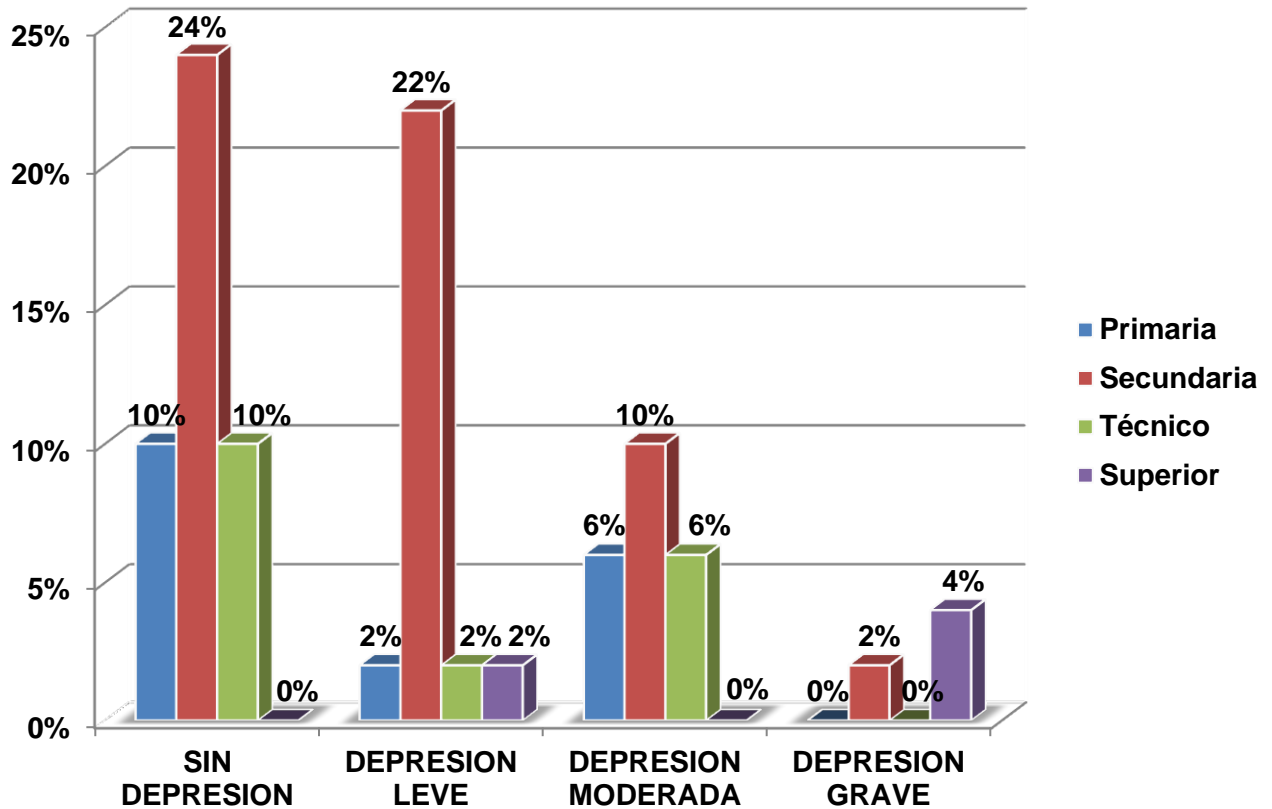


GRAFICO 6. Distribución del grado de Instrucción de las gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnostico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

Fuente: Elaboración propia.

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

TABLA 7. Distribución de la edad gestacional de las gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnostico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

Edad Gestacional	DEPRESION		NO DEPRESION		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 a 4 semanas	0	0,00	1	2,00	1	2,00
5 a 10 semanas	13	26,00	9	18,00	22	44,00
11 a 15 semanas	11	22,00	7	14,00	18	36,00
16 a 20 semanas	4	8,00	5	10,00	9	18,00
Total	28	56,00	22	44,00	50	100

Chi² = 2,037

G. de libertad = 3

p = 0,565

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y grafico 7 se muestra que la depresión es mayor en pacientes con una edad gestacional entre 5 a 10 semanas con un 26% (13), del total de gestantes según el cuestionario de depresión de Beck.

Estadísticamente se observa que la depresión y la edad gestacional no están asociadas ($p > 0,05$).

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

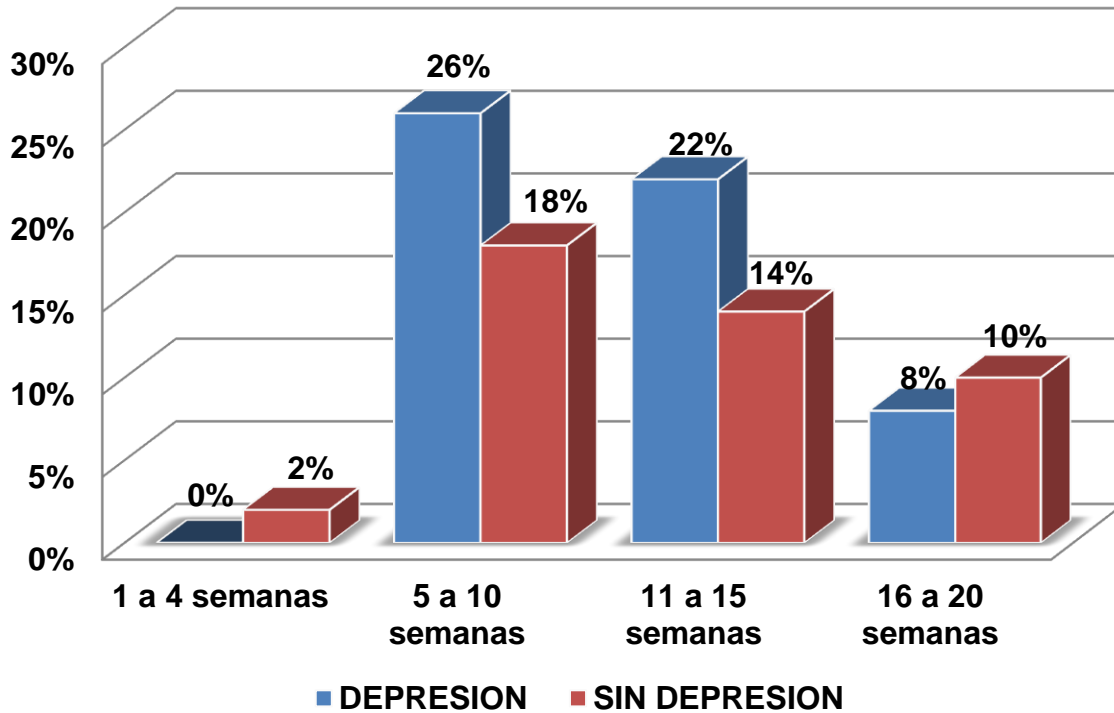


GRAFICO 7. Distribución de la edad gestacional de las gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnostico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.
Fuente: Elaboración propia.

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

TABLA 8. Distribución de la paridad de las gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnostico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

Paridad	DEPRESION		NO DEPRESION		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nulípara	12	24,00	8	16,00	20	40,00
Primípara	8	16,00	8	16,00	16	32,00
Segundipara	6	12,00	2	4,00	8	16,00
Múltipara	2	4,00	4	8,00	6	12,00
Total	28	56,00	22	44,00	50	100

Chi² = 2,787

G. de libertad = 3

p = 0,426

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y grafico 8 se aprecia que la depresión es mayor en pacientes nulíparas con un 24% (12), del total de gestante según el cuestionario de depresión de Beck. Estadísticamente se observa que no hay asociación entre la Depresión y la Paridad de las gestantes ($p > 0,05$).

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

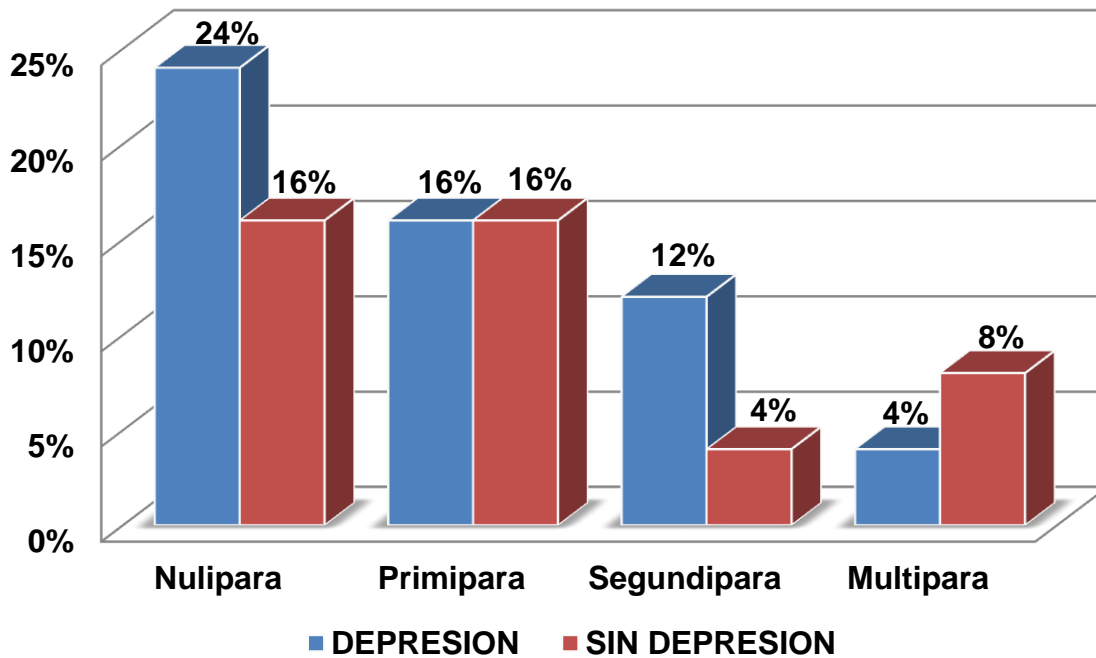


GRAFICO 8. Distribución de la paridad de las gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnostico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

Fuente: Elaboración propia.

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

TABLA 9. Distribución del antecedente de abortos previos en gestante con Amenaza de Aborto y el diagnostico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

Abortos Previos	DEPRESION		NO DEPRESION		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	12	24,00	8	16,00	20	40,00
No	16	32,00	14	28,00	30	60,00
Total	28	56,00	22	44,00	50	100

Chi² =0,216

G. de libertad = 1

p = 0,642

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y grafico 9 podemos observar que la depresión es mayor en pacientes sin abortos previos con un 32% (16), del total de gestantes según el cuestionario de depresión de Beck.

Estadísticamente se puede apreciar que no hay asociación entre la depresión y los abortos previos ($p > 0,05$).

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

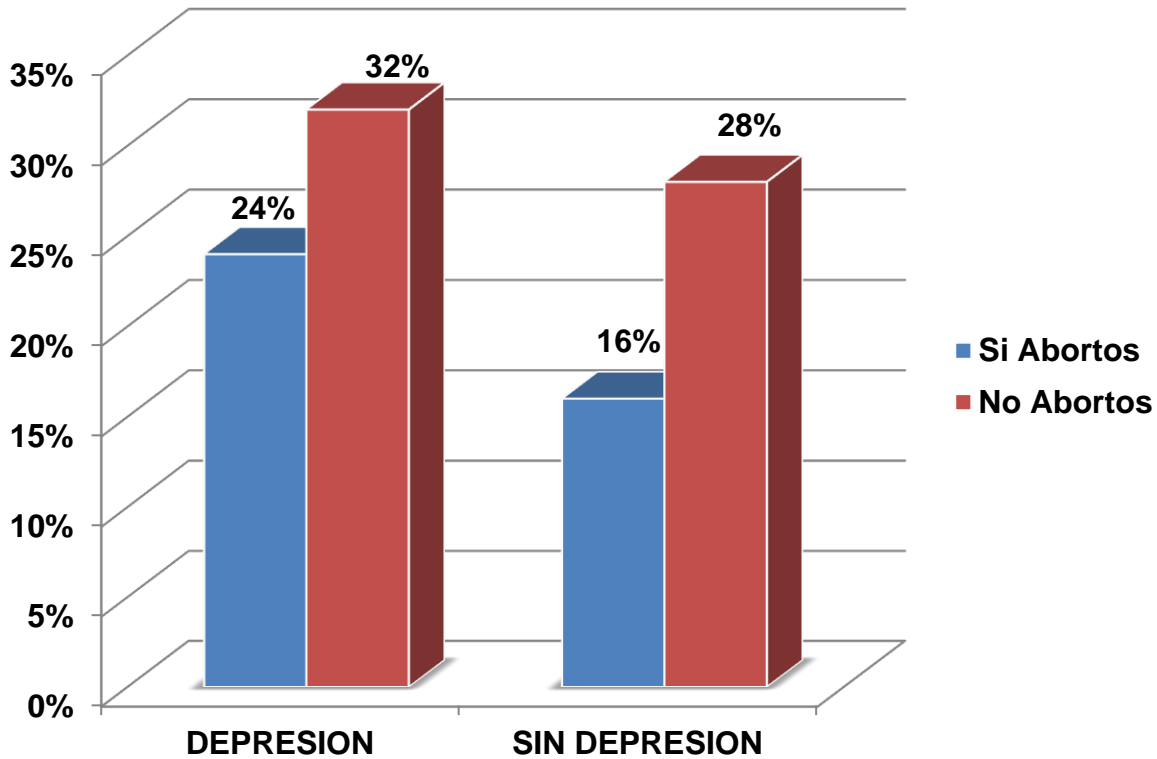


GRAFICO 9. Distribución del antecedente de abortos previos en gestante con Amenaza de Aborto y el diagnostico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.
Fuente: Elaboración propia.

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

TABLA 10. Distribución de Embarazo deseado en gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnostico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

Embarazo deseado	DEPRESION		NO DEPRESION		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	13	26,00	13	26,00	26	52,00
No	15	30,00	9	18,00	24	48,00
Total	28	56,00	22	44,00	50	100

Chi² = 0,791

G. de libertad = 1

p = 0,374

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y gráfico 10 muestran que la depresión es mayor en pacientes con un embarazo no deseado con 30% (15), del total de gestantes con depresión según el cuestionario de depresión de Beck.

Estadísticamente no se observa asociación entre la depresión y el embarazo deseado ($p > 0,05$).

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

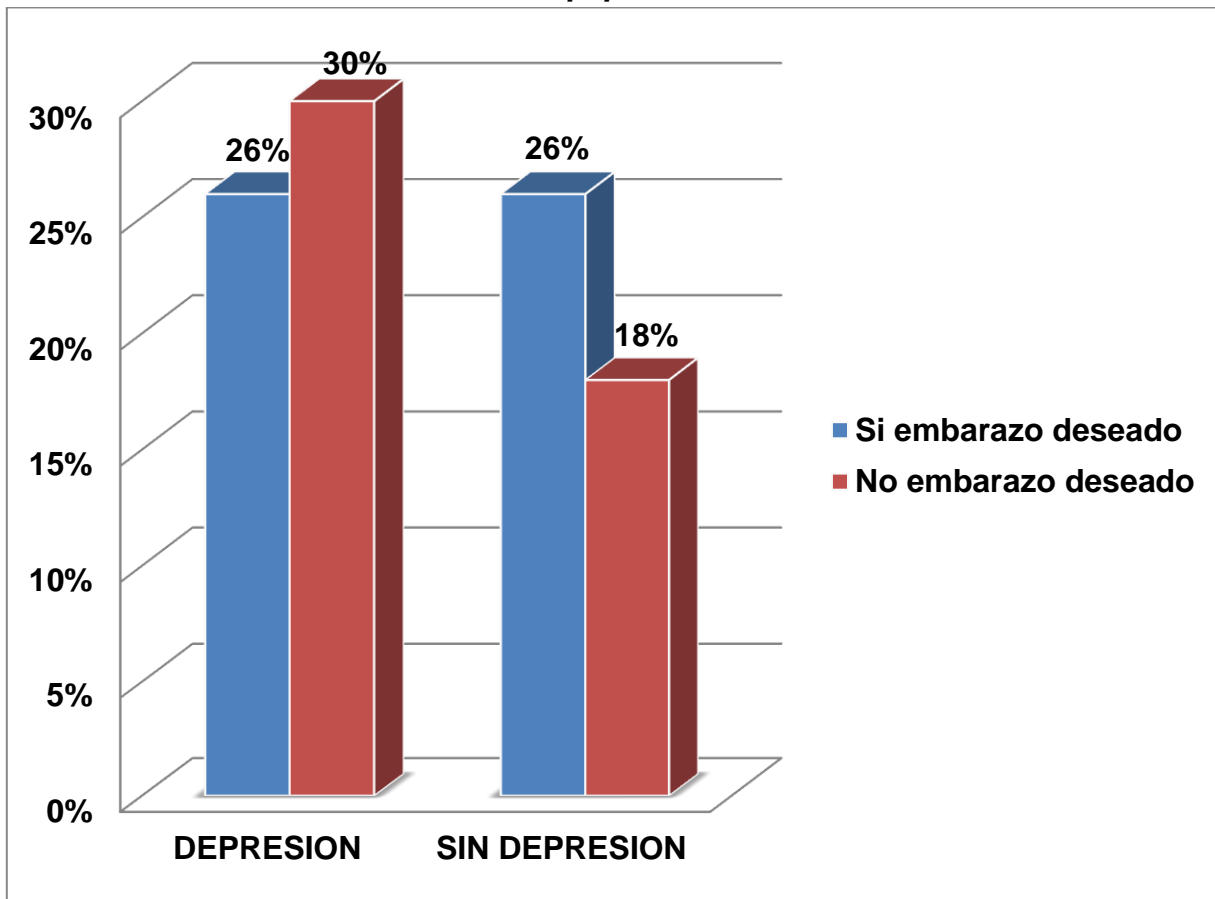


GRAFICO 10. Distribución de Embarazo deseado en gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnostico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

Fuente: Elaboración propia.

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

TABLA 11. Distribución de la relación de pareja de las gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnóstico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

Relación de Pareja	NIVEL DE DEPRESION								TOTAL	
	Sin depresión		Leve		Moderada		Grave		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Regular	8	16,00	8	16,00	6	12,00	3	6,00	25	50,00
Buena	11	22,00	6	12,00	5	10,00	0	0,00	22	44,00
Muy Buena	3	6,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	6,00
TOTAL	22	44,00	14	28,00	11	22,00	3	6,00	50	100

Rho de Spearman = -0,302 p = 0,033 Intensidad de correlación: baja (0,20-0,39)

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y grafico 11 muestran que la depresión leve es la de mayor frecuencia con un 28% (14) de pacientes con amenaza de aborto dentro del cual las que presentan la mayor frecuencia de depresión leve son aquellas con una relación de pareja regular con el 16% del total de pacientes según el cuestionario de depresión de Beck.

Estadísticamente se observa que el nivel de depresión tiene una correlación lineal baja inversamente proporcional con la relación de pareja ($p < 0,05$).

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

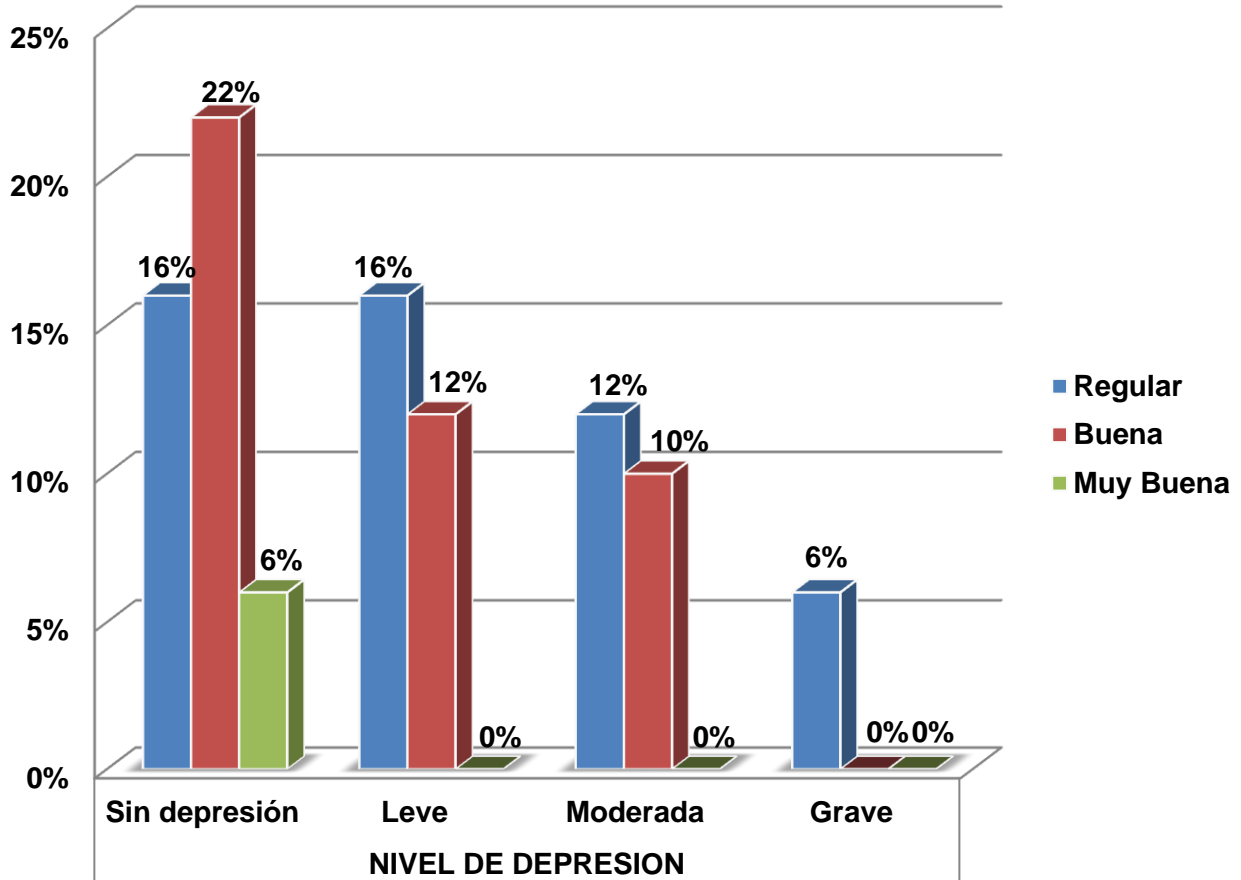


GRAFICO 11. Distribución de la relación de pareja de las gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnostico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.
Fuente: Elaboración propia.

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

TABLA 12. Distribución del apoyo familiar de las gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnóstico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

Apoyo Familiar	DEPRESION		NO DEPRESION		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	22	44,00	16	32,00	38	76,00
No	6	12,00	6	12,00	12	24,00
Total	28	56,00	22	44,00	50	100

Chi² = 0,231

G. de libertad = 1

p = 0,631

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y grafico 12 podemos apreciar que la depresión es mayor en pacientes con apoyo familiar con un 44% (22) del total de gestantes según el cuestionario de depresión de Beck.

Estadísticamente se observa que no hay asociación entre la depresión y el apoyo familiar ($p > 0,05$).

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

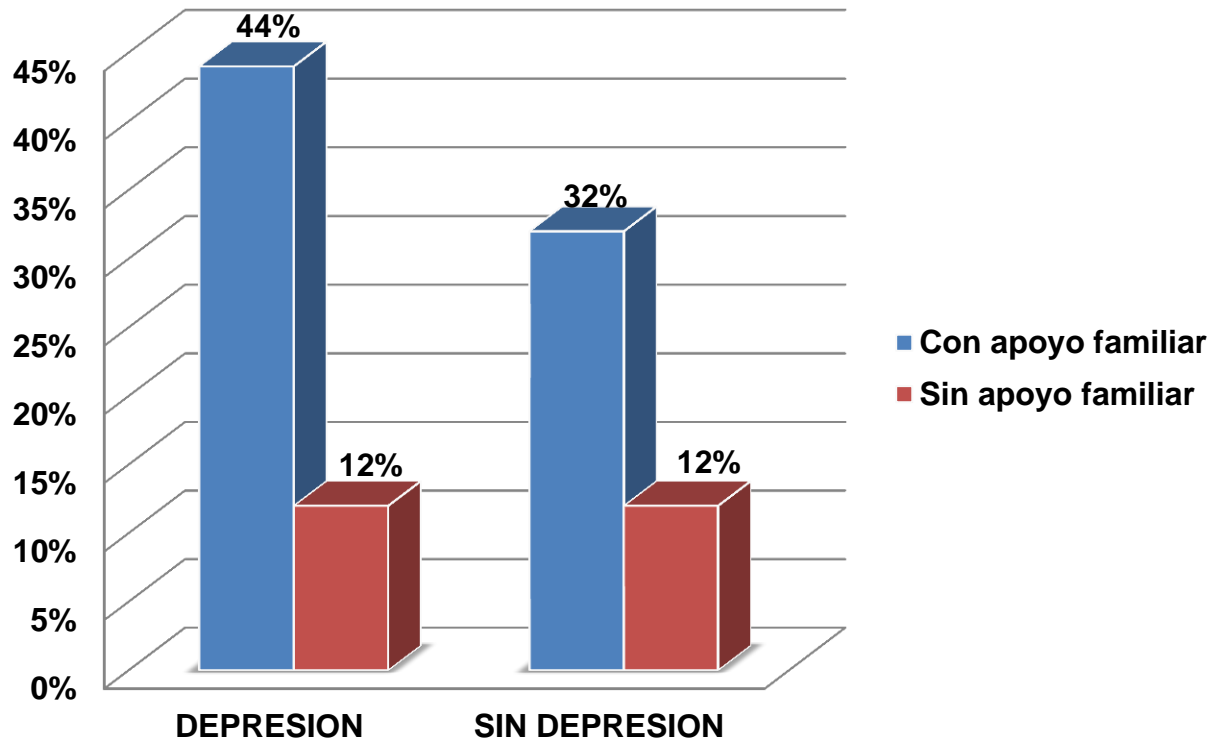


GRAFICO 12. Distribución del apoyo familiar de las gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnostico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

Fuente: Elaboración propia.

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

TABLA 13. Distribución del Consumo previo de Alcohol o sustancias Psicoactivas en gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnostico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

Consumo previo de Alcohol o sustancias Psicoactivas	DEPRESION		NO DEPRESION		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	0	0,00	1	2,00	1	2,00
No	28	56,00	21	42,00	49	98,00
Total	28	56,00	22	44,00	50	100

Chi² = 1,299

G. de libertad = 1

p = 0,254

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y grafico 13 podemos apreciar que la depresión es mayor en pacientes sin consumo de alcohol o sustancias psicoactivas con un 56% (28) del total de gestantes según el cuestionario de depresión de Beck.

Estadísticamente se observa que la depresión no está asociada al consumo previo de Alcohol o sustancias Psicoactivas.

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

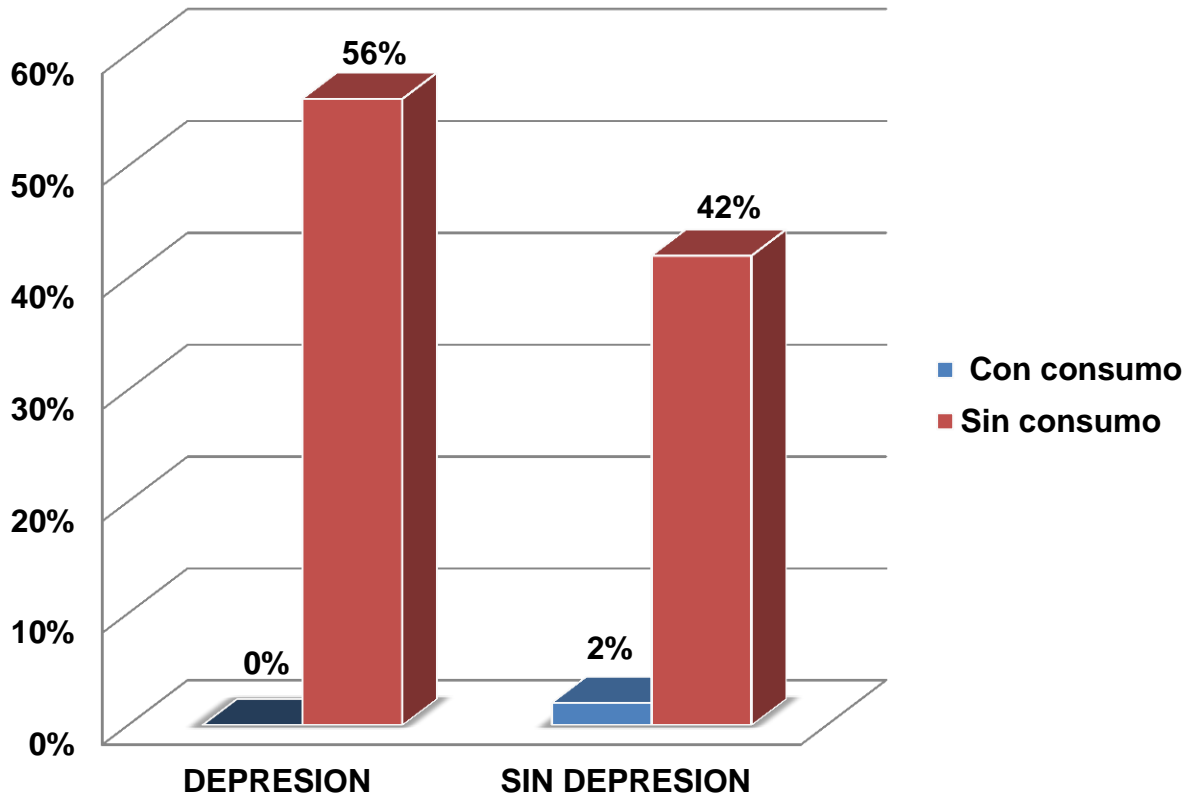


GRAFICO 13. Distribución del Consumo previo de Alcohol o sustancias Psicoactivas en gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnostico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

Fuente: Elaboración propia.

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

TABLA 14. Distribución de Atención por Psiquiatría en gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnostico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

Atención por Psiquiatría	DEPRESION		NO DEPRESION		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	4	8,00	0	0,00	4	8,00
No	24	48,00	22	44,00	46	92,00
Total	28	56,00	22	44,00	50	100

Chi² = 3,416

G. de libertad = 1

p = 0,065

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla y grafico 15 podemos apreciar que la depresión es mayor en pacientes sin previa atención por psiquiatría con un 48% (24), del total de gestantes según el cuestionario de depresión de Beck.

Estadísticamente se observa que no hay asociación entre la depresión y la atención por Psiquiatría ($p > 0,05$).

Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de las gestantes en relación a la depresión que cursan con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado en el mes de febrero, Arequipa 2015

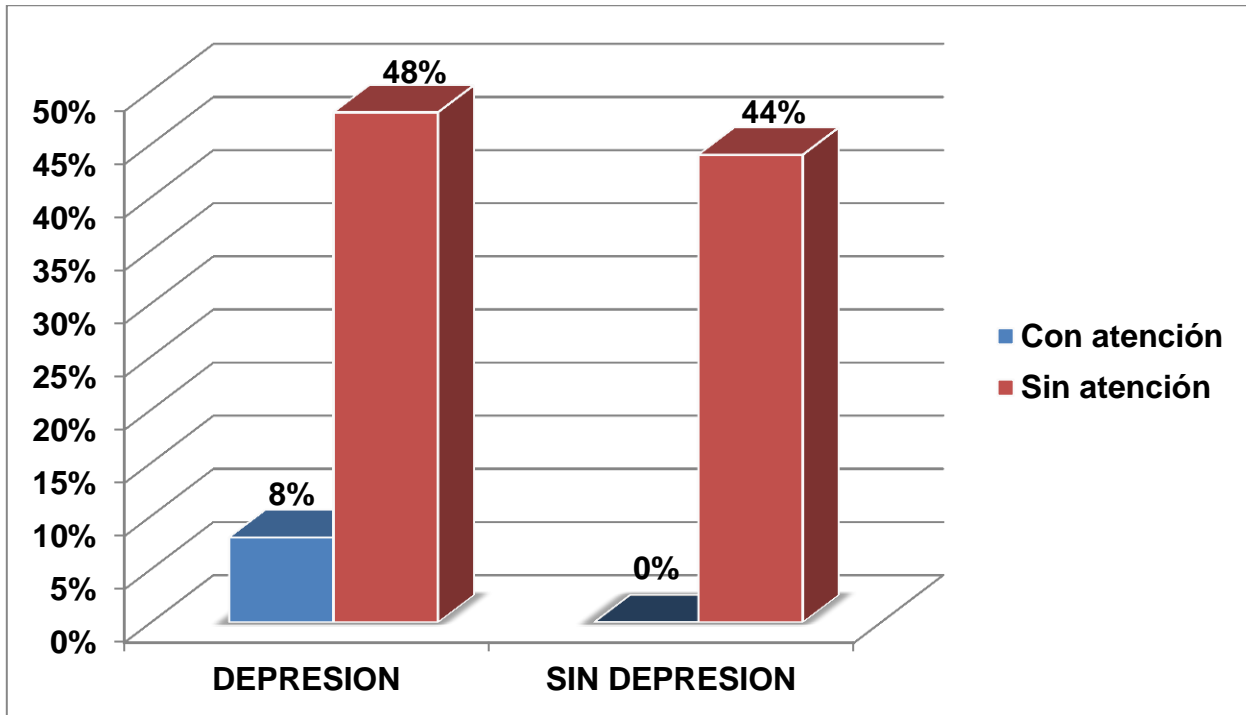


GRAFICO 14. Distribución de Atención por Psiquiatría en gestantes con Amenaza de Aborto y el diagnóstico de Depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2015.

Fuente: Elaboración propia.



CAPITULO III

DISCUSION Y COMENTARIOS

En el presente estudio se tuvo como objetivo determinar los aspectos epidemiológicos y clínicos en relación a la depresión en gestantes hospitalizadas por amenaza de aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital Honorio Delgado en el mes de febrero del año 2015.

La depresión en el embarazo es una patología con mucha frecuencia en nuestra población pero el nivel existente en pacientes que sufren una amenaza de aborto son desconocidos así como los aspectos clínicos y epidemiológicos asociados a esta patología, por lo que su identificación no sería adecuada así como su tratamiento.

Los datos procesados y presentados en los resultados corresponden a un total de 50 pacientes hospitalizadas por amenaza de aborto que cumplen con los criterios de selección a las cuales se entrevistó y aplico el Cuestionario de Depresión de Beck.

La frecuencia de la depresión en nuestro estudio es similar a otros estudios realizados en pacientes embarazadas, en la **Tabla y Gráfico 1 y 2** muestra que la depresión tiene una frecuencia del 56% del total de pacientes hospitalizadas por amenaza de aborto siendo la depresión leve la más resaltante con 28%, en comparación con otros estudios vemos que la prevalencia de depresión mayor en mujeres embarazadas atendidas por consultorio externo en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el 2009 es del 40,1% (48). Así mismo podemos observar que la frecuencia de depresión en gestantes en el Hospital Honorio Delgado el 2008 (52) fue del 79,12% y que predominaba la depresión leve con un 65,28% de depresión.

En la **Tabla y Gráfico 3** podemos apreciar la distribución de depresión en gestantes con amenaza de aborto según la edad, teniendo un 26% de las gestantes con amenaza de aborto entre 18 a 21 años, del mismo modo las pacientes que presentan la mayor frecuencia de depresión tienen entre 18 a 21 años de edad con un 16% del total de gestantes. Se realizó la prueba de chi cuadrado con resultado de 2,349 y con una $p=0,885$ siendo no significativa por lo que concluimos que la depresión es la misma independientemente del grupo etario.

En el estudio mencionado anteriormente sobre depresión mayor en mujeres embarazadas atendidas en consultorio externo en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el 2009 (48), no se encontró que las edades de las pacientes este asociadas con depresión mayor lo que concuerda con este estudio.

En la **Tabla y Gráfico 4** se observa la distribución de depresión de pacientes hospitalizadas por amenaza de aborto según la ocupación siendo la mayoría amas de casa con un 52%, así mismo podemos observar que la depresión es más frecuente en las ama de casa con un 28% del total de gestantes. Al realizase el análisis estadístico se obtuvo un chi cuadrado de 5,558 siendo no significativa

($p=0,235$), por lo que concluimos que no hay asociación entre la depresión y la ocupación.

La frecuencia de depresión según la ocupación en este estudio tiene porcentajes cercanos a otros estudios como en el estudio sobre Prevalencia de depresión durante la gestación realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en el 2004 (49) con un 78,9% de gestantes con depresión son amas de casa además no se encontró que la ocupación de las pacientes y la depresión este asociadas.

En la **Tabla y Gráfico 5** se evidencia la distribución de la depresión según el estado civil en pacientes hospitalizadas por amenaza de aborto, observamos que predomina el estado civil conviviente con un 70%, siendo este mismo grupo el que presenta mayor frecuencia de depresión con un 34% del total de gestantes. Estadísticamente se encontró un chi cuadrado de 3,818 el cual no fue significativa ($p=0,148$) por lo que concluimos que no hay asociación entre depresión y el estado civil.

La convivencia en gestantes con depresión presenta una frecuencia de 65,2% como lo indica el estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el 2009 (48), además, no se encontró asociación entre la presencia de síntomas depresivos y el estado civil. En el Hospital Nacional Cayetano Heredia en el 2004 (49) la convivencia presenta una frecuencia del 56,8% del total de pacientes con depresión comparado con un 34% en este estudio, por otro lado en este estudio si se encontró mayor asociación de síntomas de depresión durante la gestación en gestantes solteras.

En la **Tabla y Gráfico 6** se puede apreciar la distribución de la depresión en pacientes hospitalizadas por amenaza de aborto según el grado de instrucción con un 58% con secundaria completa, además se puede observar que la depresión leve es la que predomina con un 28% dentro del cual las pacientes con secundaria completa son las que presentan depresión leve con mayor frecuencia con un 22%. Al realizarse el análisis estadístico se encontró un chi cuadrado de 26,603 el cual fue significativo ($p=0,002$) concluyendo que la depresión leve está más asociada con el grado de instrucción de secundaria completa.

La depresión en pacientes embarazadas se presenta con mayor frecuencia en aquellas mujeres con secundaria completa como lo vemos en el estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el 2009 (48) con un 65,2%, además en este estudio no se encontró asociación entre la presencia de síntomas depresivos según el nivel educacional. En el Hospital Nacional Cayetano Heredia en el 2004 (49) se observa que la depresión en gestantes se presenta con mayor frecuencia en aquellas con secundaria completa en un 55,3% siendo cercana con la

frecuencia hallada en este estudio de 22%. Por otro lado vemos que si existe asociación entre el grado de instrucción y la depresión así como lo podemos observar en el estudio multicéntrico realizado en tres hospitales de Lima en el 2008 (50) donde afirma que existe mayores niveles de depresión en aquellas gestantes con menor nivel educativo, el cual concuerda con este estudio.

En la **Tabla y Gráfico 7** se muestra la distribución de la depresión en pacientes hospitalizadas por amenaza de aborto según la edad gestacional con un 44% de pacientes con una edad gestacional entre 5 a 10 semanas, siendo, además las pacientes que presenta mayor depresión corresponden a aquellas entre 5 a 10 semanas de gestación con un 26% del total de gestantes. Al realizarse el análisis estadístico se obtiene un chi cuadrado de 2,037 el cual no es significativa ($p=0,565$) por lo que concluimos que no hay asociación entre la depresión y la edad gestacional.

En el estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el 2009 (48) se puede ver que no existe asociación entre la edad gestacional y la depresión siendo concordante con este estudio.

En la **Tabla y Gráfico 8** nos muestra la distribución de la depresión en pacientes hospitalizadas por amenaza según la paridad con un 40% de pacientes que son nulíparas, siendo además las que presentan depresión con mayor frecuencia las pacientes nulíparas con un 42,86%. Los resultados del análisis estadístico nos da un chi cuadrado de 2,787 el cual no es significativa ($p=0,426$) por lo que concluimos que la depresión no está asociada a la paridad.

La depresión en embarazadas se presenta con mayor frecuencia en aquellas pacientes que son nulíparas como lo evidencia otro estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el 2012 (51) con una frecuencia del 19% comparado con el 24% del total de gestantes estudiadas en esta investigación los cuales son muy similares. Por otro lado en los estudios realizados en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en el 2004 (49) y en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el 2012 (51) no se encontró asociación entre la depresión y la paridad de las gestantes.

En la **Tabla y Gráfico 9** se observa la distribución de la depresión en pacientes con amenaza de aborto según el antecedente de abortos previos con un 60% sin antecedentes de amenaza de aborto, además las pacientes que presentan mayor frecuencia de depresión son las pacientes sin antecedentes de aborto con un 32%. Estadísticamente se obtiene un chi cuadrado de 0,216 el cual no es significativa ($p=0,642$) por lo que concluimos que no hay asociación entre la depresión y el antecedentes de abortos previos.

La depresión en embarazadas se presenta con mayor frecuencia en aquellas sin antecedentes de aborto como lo muestra el estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el 2009 (48) con una frecuencia de 64% el cual es el doble al hallado en esta investigación con un 32%, además no se encontró asociación entre la depresión y el antecedente de aborto, lo que concuerda con este estudio.

En la **Tabla y Gráfico 10** se visualiza la distribución de la depresión en pacientes con amenaza de aborto según embarazo deseado con un 52% de pacientes que **SI** deseaban el embarazo, en cambio se puede observar que las pacientes que presentan la mayor frecuencia de depresión fueron aquellas que **NO** deseaban su embarazo con un 30% de pacientes con depresión. Los resultados estadísticos nos dieron un chi cuadrado de 0,791 el cual no es significativa ($p=0,374$) por lo que concluimos que no hay asociación de depresión según embarazo deseado.

El embarazo no deseado por parte de las embarazadas con depresión tienen una frecuencia de 65,2% como se observa en el estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el 2009 (48) así como un 43,9% que muestra el estudio hecho en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en el 2004 (49), podemos observar que estas frecuencias son muy cercanas a las halladas en este estudio con un 30%. En estos estudios realizados en Lima se puede apreciar que en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima (48) y en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (49) si se encontró asociación entre la depresión y embarazo deseado.

En la **Tabla y Gráfico 11** nos muestra la distribución de la depresión en pacientes con amenaza de aborto según la relación con su pareja con un 50% de pacientes con una relación de pareja regular, además se puede observar que la depresión leve es la que predomina con un 28% de pacientes con amenaza de aborto así mismo las pacientes con mayor frecuencia de depresión leve fueron las que tienen una relación de pareja regular con un 16%. Al realizarse el análisis estadístico se halló un coeficiente de correlación de Spearman de -0,302 con un $p=0,033$ y una intensidad de correlación baja (0,20-0,39) concluyendo que mientras peor sea la relación de pareja mayor serán los niveles de depresión.

En el estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el 2012 (51) se halló que la buena relación de pareja en pacientes embarazadas tiene efectos protectores significativos con respecto a la depresión ($p=0.001$, $OR=0.38$ IC 95% 0.21-0.69) con un 60% de protección para no desarrollar depresión, el cual concuerda con el resultado obtenido en este estudio que indica que mientras peor sea la relación de pareja habrá mayores niveles de depresión.

En la **Tabla y Grafico 12** podemos apreciar la distribución de la depresión en pacientes con amenaza de aborto según el apoyo familiar dentro del cual el 76% de pacientes con amenaza de aborto **SI** cuentan con apoyo familiar pero al mismo tiempo las pacientes con mayor frecuencia de depresión son aquellas que **SI** cuentan con apoyo familiar con 44%%. Estadísticamente se obtuvo un chi cuadrado de 0,231 el cual no fue significativa ($p=0,631$) por lo que concluimos que no hay diferencia de depresión según el apoyo familiar.

La presencia de apoyo familiar en pacientes embarazadas con depresión en este estudio es del 44% en comparación al hallado en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el 2009 (48) con un 93,3% además se encontró que no existe asociación entre la depresión y el apoyo familiar lo cual concuerda con este estudio.

En la **Tabla y Grafico 13** se muestra la distribución de la depresión en pacientes con amenaza de aborto según el consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas previo al cuadro, donde se observa que 98% de las pacientes no consumieron alcohol a alguna otra sustancia psicoactiva siendo las pacientes con mayor frecuencia de depresión este mismo grupo con un 56%. Los resultados estadísticos dieron un chi cuadrado de 0,231 el cual no fue significativo ($p=0,254$) por lo que se concluye que no hay diferencia de depresión según el consumo de alcohol u otra sustancia psicoactiva previa al cuadro.

La ausencia de consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas en las embarazadas con depresión hallado en este estudio con un 56% en comparación al hallado en el estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el 2009 (48) con un 97,8%, además de no encontrarse asociación entre la depresión y consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas concordando con este estudio.

En la **Tabla y Grafico 14** podemos apreciar la distribución de depresión en pacientes con amenaza de aborto según la atención previa por psiquiatría donde se observa que el 92% no tuvo una atención por psiquiatría, además las pacientes con mayor frecuencia de depresión fueron este mismo grupo de pacientes con un 48%. Estadísticamente se obtuvo un chi cuadrado de 3,416 el cual no es significativo ($p=0,065$) por lo que concluimos que no hay asociación entre la depresión y la atención previa por psiquiatría.

En el estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en el 2004 (49), se encontró que un 13,2% de gestantes con depresión no tenían antecedentes psiquiátricos en comparación a este estudio con un 48%, por otro lado si se encontró asociación entre la depresión y el antecedente psiquiátrico, siendo diferente al hallado en este estudio.

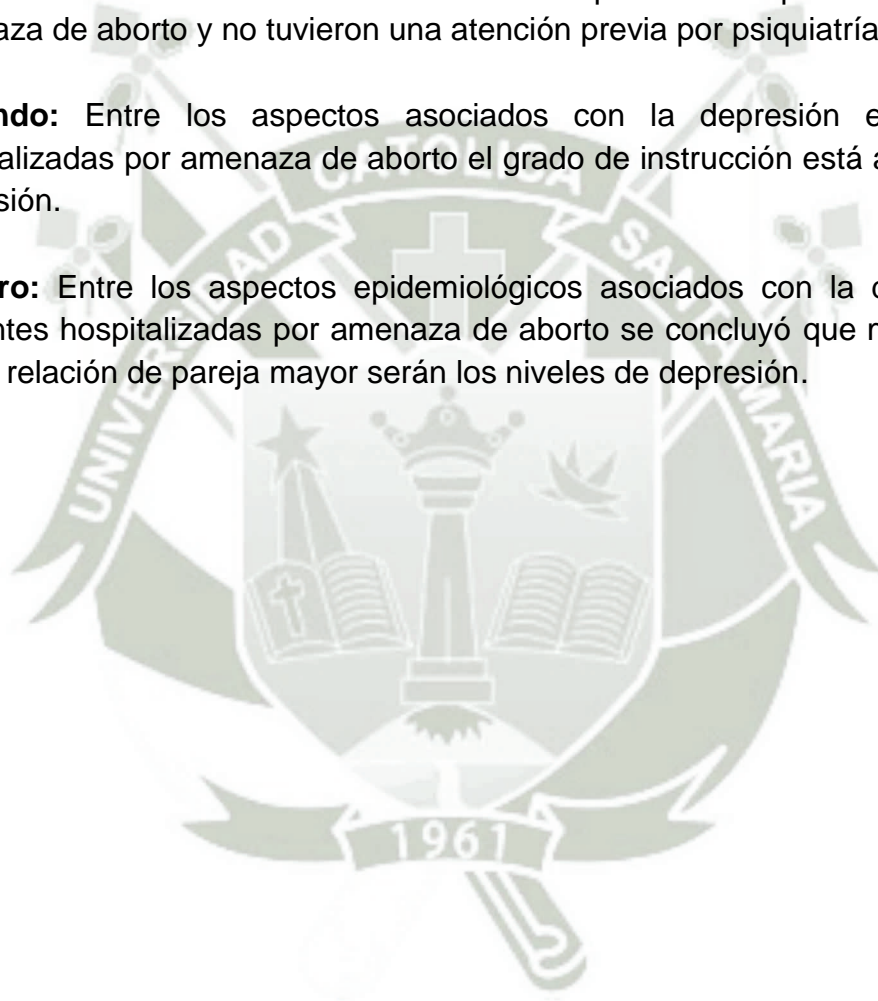


CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

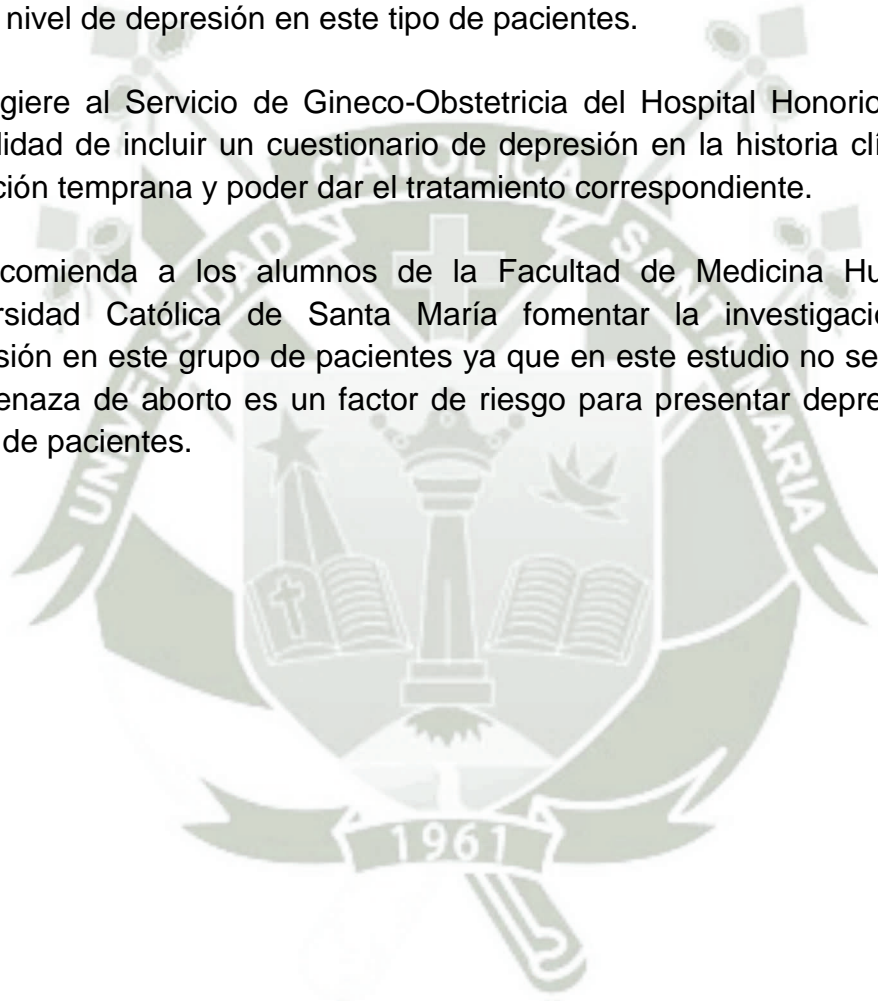
CONCLUSIONES

- **Primero:** La depresión en pacientes hospitalizadas por amenaza de aborto halladas en este estudio fue considerable (28) dentro del cual el nivel de depresión leve es el de mayor frecuencia (14).
La mayoría de las pacientes gestantes con amenaza de aborto que presentaron depresión tenían entre 21 a 28 años, eran amas de casa, son convivientes, tenían secundaria completa, tenían una edad gestación entre 5 a 10 semanas, además de ser nulíparas, no tenían abortos previos, no deseaban su embarazo, tenían una relación de pareja regular, si contaban con apoyo familiar, no presentaron consumo de alcohol o sustancias psicoactivas previo al cuadro de amenaza de aborto y no tuvieron una atención previa por psiquiatría .
- **Segundo:** Entre los aspectos asociados con la depresión en gestantes hospitalizadas por amenaza de aborto el grado de instrucción está asociada a la depresión.
- **Tercero:** Entre los aspectos epidemiológicos asociados con la depresión en pacientes hospitalizadas por amenaza de aborto se concluyó que mientras peor sea la relación de pareja mayor serán los niveles de depresión.



RECOMENDACIONES

1. Siendo la Depresión una patología frecuente en pacientes hospitalizadas por amenaza de aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Honorio Delgado, se recomienda al personal médico y al personal de enfermería reciban capacitación para que la detección y tratamiento de esta patología sea oportuna y efectiva.
2. Se recomienda a los Internos de Medicina y a los médicos Residentes tengan especial cuidado en pacientes que tienen una mala relación con su pareja así como aquellas que tienen un grado de instrucción bajo ya que tienen asociación con el nivel de depresión en este tipo de pacientes.
3. Se sugiere al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Honorio Delgado, la posibilidad de incluir un cuestionario de depresión en la historia clínica para su detección temprana y poder dar el tratamiento correspondiente.
4. Se recomienda a los alumnos de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María fomentar la investigación sobre la depresión en este grupo de pacientes ya que en este estudio no se determinó si la amenaza de aborto es un factor de riesgo para presentar depresión en este grupo de pacientes.



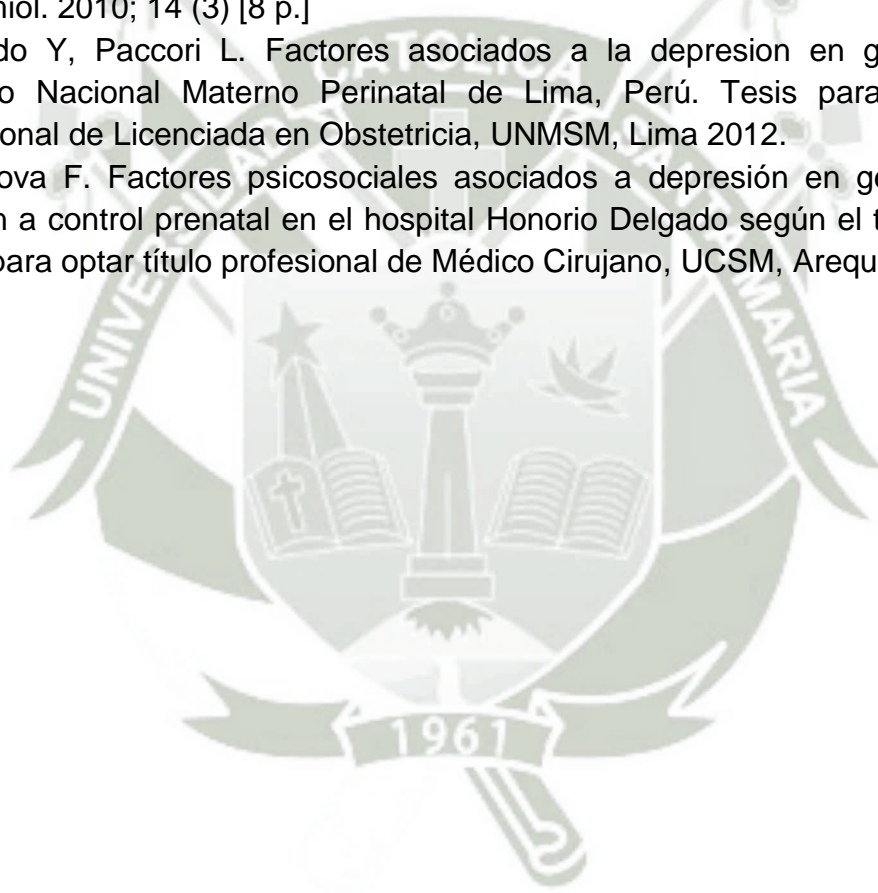
BIBLIOGRAFIA

1. A. C. González Rivera, Amenaza de Aborto Revista Médica e Costa Rica y Centroamérica LXVIII (599) 495-498. 2011.
2. Aleman A, Althabe F, Belizán J, Bergel 1. E. Reposo en cama durante el embarazo para la prevención del aborto espontáneo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4.
3. American Psychiatry Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico para trastornos mentales. 3rd. Ed. Washington, DC: APA, 1994
4. Anderson IM. Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *J Affect Disord.* abril de 2000;58(1):19-36.
5. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. En: The Cochrane Collaboration, Archer J, editores. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [citado 27 de febrero de 2013].
6. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
7. Australian Institute of Health and Welfare. National health priority areas report: mental health 1998. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care, AIHW; 1999.
8. Bauer M, Bschor T, Pfennig A, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. *World J. Biol. Psychiatry.* 2007;8(2):67-104.
9. Bech P, Cialdella P, Haugh MC, Birkett MA, Hours A, Boissel JP, et al. Meta-analysis of randomised controlled trials of fluoxetine v. placebo and tricyclic antidepressants in the short-term treatment of major depression. *Br J Psychiatry.* mayo de 2000;176:421-8.
10. Berardi D, Leggieri G, Ceroni GB, Rucci P, Pezzoli A, Paltrinieri E, et al. Depression in primary care: a nationwide epidemiological survey. *Fam Pract.* 2002;19:397-400
11. Casasco, Gabriela Di Pietrantonio, Evan-2. gelina. Aborto: guía de atención Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2008.
12. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R: Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003; 301:386-389
13. Charney DS: Monoamine dysfunction and the pathophysiology and treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(Suppl 14):11-14
14. Chokka P. Postpartum depression. Part 1. *Can J Contin Med Educ.* 2002;14(4):37-45.

15. De Cherney, A. Diagnóstico y Tratamiento ginecoobstétricos, 9 edición, Ed. Manual Moderno, 2007, págs. 267,268,271
16. Drevets WC, Frank E, Price JC, Kupfer DJ, Holt D, Greer PJ, Huang Y, Gautier C, Mathis C: PET imaging of serotonin 1A receptor binding in depression. *Biol Psychiatry* 1999; 46:1375–1387
17. Dunlop BW, Nemeroff CB: The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64:327–337
18. Ellis P. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. *Aust N Z J Psychiatry*. junio de 2004;38(6):389-407
19. Ernst, E. Second thoughts about safety of St John's wort. *The Lancet*. 1999. 354:2014-16. IDIS N°37452
20. Ferry, Consultor Clínico Diagnóstico y Tratamiento en Medicina Interna, 1 edición, Editorial Harcourt- Océano, págs 3-4.
21. Geddes JR, Freemantle N, Mason J, Eccles MP, Boynton J. SSRIs versus other antidepressants for depressive disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD001851.
22. Gorsky, T. The herbalist will see you now (letters to the editor). *BMJ*. 2000. 320:1142. IDIS N°446363
23. Huibers MJH, Beurskens AJHM, Bleijenberg G, van Schayck CP. Psychosocial interventions by general practitioners. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD003494.
24. Jacobson, J., Jacobson, A., (2002) *Secretos de la psiquiatría*. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 2da Edición.
25. Janicak PG, Keck PE Jr, Davis JM, Kasckow JW, Tugrul K, Dowd SM, et al. A double-blind, randomized, prospective evaluation of the efficacy and safety of risperidone versus haloperidol in the treatment of schizoaffective disorder. *J Clin Psychopharmacol*. agosto de 2001;21(4):360-8.
26. Johanson R, Chapman G, Murray D, Johnson I, Cox J. The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000;21:93–7.
27. Kaplan, H., Sadock, B., (2000) *Sinopsis de Psiquiatría*. Editorial Panamericana. 8va edición. Cap. 15: 593-656.
28. Lacy C, Armstrong L, Goldman M y Lance L. *Drug Information Handbook 2003-2004*. 11th. edition. Edición Internacional. American Pharmaceutical Association. Lexi Comp. USA.
29. Lam RW, Kennedy SH, Grigoriadis S, McIntyre RS, Milev R, Ramasubbu R, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy. *J Affect Disord*. octubre de 2009;117 Suppl 1:S26-43.
30. Lede R, Duley L. Miorrelajantes uterini-10. nos para la amenaza de aborto espontáneo. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4.

31. López Piñero, José María. (2002) Medicina en la Historia. Editorial Esfera de los libros S.L. 1era edición
32. Mann JJ, Malone KM, Psych MR, Sweeney JA, Brown RP, Linnoila M, Stanley B, Stanley M: Attempted suicide characteristics and cerebrospinal fluid amine metabolites in depressed inpatients. *Neuropsychopharmacology* 1996; 15:576–5869.
33. McKee M, Cunningham M, Jankowski K, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol.* 2001;97:988–93.
34. Müller-Siecheneder F, Müller MJ, Hillert A, Szegedi A, Wetzel H, Benkert O. Risperidone versus haloperidol and amitriptyline in the treatment of patients with a combined psychotic and depressive syndrome. *J Clin Psychopharmacol.* abril de 1998;18(2):111-20.
35. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in adults with a chronic physical health problem. The NICE guideline on Treatment and Management. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. London; 2010.
36. Nemeroff CB, Owens MJ: Contribution of modern neuroscience to developing new treatments for psychiatric disorders, in *Treatment of Depression: Bridging the 21st Century*. Edited by Weissman M. Washington, DC, APA Press, 2001, pp61–81.
37. Nemeroff CB: The neurobiology of depression. *Sci Am* 1998; 278:42–49
38. Pernoll, M. Manual de Obstetricia y 12. Ginecología, 10 edición, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 2003, págs. 318, 325,326.
39. Picech R, Flores L, Lanser R, Cremonte M. Depresión y embarazo. *Rev Post-Grado Med (Corrientes, Argentina)*. 2005;145:5–8.
40. Qiu C, Sánchez S, Lam N, García, Williams M. Association of depression symptoms with preeclampsia: results from a Peruvian case study. *BMC Womens Health.* 2007;7:15.
41. Reesal RT, Lam RW. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. II. Principles of management. *Can J Psychiatry.* junio de 2001;46 Suppl 1:21S-28S.
42. Remick, R. Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review. *CMAJ.*2002;167 (11):1253-60. Idis # 490353
43. Rothschild AJ, Bates KS, Boehringer KL, Syed A. Olanzapine response in psychotic depression. *J Clin Psychiatry.* febrero de 1999;60(2):116-8.
44. Wahabi HA, Abed Althagafi NF, Elawad 13. M. Progestágeno para el tratamiento de la amenaza de aborto espontáneo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4.
45. Williams.- Obstetricia. 21 edición. Vol. 1 pag. 55-72.
46. Wolfersdorf M, Barg T, König F, Leibfarth M, Grünewald I. Paroxetine as antidepressant in combined antidepressant-neuroleptic therapy in delusional

- depression: observation of clinical use. *Pharmacopsychiatry*. marzo de 1995;28(2):56-60.
47. Wolfersdorf M, König F, Straub R. Pharmacotherapy of delusional depression: experience with combinations of antidepressants with the neuroleptics zotepine and haloperidol. *Neuropsychobiology*. 1994;29(4):189-93.
48. Luna Matos ML, Salinas Piélago J, Luna Figueroa A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(4):310-4.
49. Bao-Alonso M, Vega J, Saona P. Prevalencia de depresión durante la gestación. *Rev Neuropsiquiatr* 73 (3), 2010.
50. Lam N, Contreras, Hinostroza W, Hinostroza R, Torrejón E, Coaquira E, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. *Rev. peru. epidemiol.* 2010; 14 (3) [8 p.]
51. Mercado Y, Paccori L. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Tesis para optar título profesional de Licenciada en Obstetricia, UNMSM, Lima 2012.
52. Casanova F. Factores psicosociales asociados a depresión en gestantes que acuden a control prenatal en el hospital Honorio Delgado según el test de Zung. Tesis para optar título profesional de Médico Cirujano, UCSM, Arequipa 2008.





PROYECTO DE TESIS

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Programa Profesional de Medicina Humana



**“Aspectos Clínico-Epidemiológicos asociados a Depresión en
pacientes Hospitalizadas por amenaza de Aborto en el servicio de
Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado y
Hospital Goyeneche, Arequipa 2015”**

PROYECTO PRESENTADO POR:

MIGUEL ANGEL FARFAN CALVO

Para obtener el título profesional de:

MEDICO CIRUJANO

AREQUIPA - PERU

2015

ASPECTOS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE ABORTO EN EL SERVICIO DE GINECO- OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA 2015

I. PREÁMBULO

Durante el embarazo se presentan diferentes factores biológicos, sociales y psicológicos que contribuyen a una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psiquiátricos entre ellas la más frecuente es la depresión, con una proporción de 2:1 respecto a los varones (34), presentándose en el 22% de las mujeres en edad fértil según la OMS a nivel mundial. La frecuencia en el embarazo depende del sistema de tamizaje utilizado, la incidencia de depresión en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima en el 2006 fue del 40,1% según la escala de depresión de Edimburgo, y del 79,12% según la escala de Zung en el Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, siendo la depresión en el embarazo un problema de salud muy frecuente.

La depresión en el embarazo es un tema estudiado y comprobado en varios estudios pero la depresión en gestantes con amenaza de aborto es un tema poco estudiado, por lo que sabemos la amenaza de aborto es una patología muy frecuente y que concluye en aborto espontaneo en el 20 – 30% de embarazos, existen varios factores de riesgo que contribuyen a la aparición de la depresión en el embarazo, pero cuál es el grado de depresión que presenta una mujer embarazada que sufre una amenaza de aborto, es por ello que se realiza este estudio.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación:

1.1. Enunciado del problema

¿Cuáles son los aspectos clínico-epidemiológicos asociados a depresión en pacientes hospitalizadas por amenaza de aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Honorio Delgado?

1.2. Descripción del Problema

a. Área del Conocimiento

Campo: Ciencias de la Salud

Área: Medicina Humana

Especialidad: Psiquiatría, Gineco-Obstetricia

Línea: Depresión en Gestantes con Amenaza de Aborto



b. Análisis u Operacionalización de variables

Cuadro N°1. Cuadro de Variables.

Variable	Dimensión	Indicador	Valores o categorías	Escala
Depresión en pacientes con amenaza de aborto	-	Inventario de Depresión de Beck	Sin Depresión Leve Moderado Severo	Categórica Ordinal
Factores Clínicos	Edad	Según Fecha de Nacimiento	18 – 20 años 21 – 28 años 29 – 336 años 37 a mas	Numérica Discreta
	Ocupación	Tipo de actividad	Ama de casa Estudiante Empleada Obrera Independiente	Categórica Nominal
	Estado Civil	Hoja de recolección de datos	Soltera Conviviente Casada Divorciada Viuda	Categórica Nominal
	Grado de instrucción	Hoja de recolección de datos	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Superior	Categórica Ordinal
	Edad gestacional	Fecha de ultima menstruación	1 - 4 semanas 5 - 10 semanas 10 - 15 semanas 16 - 20 semanas	Numérica Discreta
	Antecedentes obstétricos	Hoja de recolección de datos	Nulípara Primípara Secundípara Multípara	Categórica Nominal

Continúa

Continuación

Variable	Dimensión	Indicador	Valores o categorías	Escala
Factores Epidemiológicos	Abortos Previos	Hoja de recolección de datos	Si No	Categórica Nominal
	Embarazo Deseado	Hoja de recolección de datos	Si No	Categórica Nominal
	Relación de pareja	Hoja de recolección de datos	Muy mala Mala Regular Buena Muy buena	Categórica Ordinal
	Apoyo Familiar	Hoja de recolección de datos	Si No	Categórica Nominal
	Consumo de alcohol o sustancias psicoactivas previo al cuadro	Hoja de recolección de datos	Si No	Categórica Nominal
	Diagnostico o Tratamiento por el servicio de Psiquiatría	Hoja de recolección de datos	Si No	Categórica Nominal

Fuente: Elaboración propia

c. Interrogantes Básicas:

- ¿Cuáles son los de los aspectos clínico-epidemiológicos en gestantes con y sin depresión que cursan con Amenaza de aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado?
- ¿Cuáles son los aspectos clínicos asociados con la Depresión en gestantes con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado?

- ¿Cuáles son los aspectos epidemiológicos asociados con la Depresión en gestantes con Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado?

d. Tipo de Investigación: El tipo de investigación es descriptivo, observacional y transversal.

e. Nivel de Investigación: El Nivel es Comparativo.

1.3. Justificación del Problema

La relevancia social del conocimiento sobre los aspectos clínico-epidemiológicos asociados a la depresión en pacientes hospitalizadas por amenaza de aborto es muy importante para un mejor tratamiento integral de dichas pacientes.

A pesar de los adelantos tecnológicos y terapéuticos poco se sabe sobre la frecuencia y las consecuencias de la depresión no tratada en mujeres con amenaza de aborto.

A nivel científico el conocimiento de los aspectos clínico-epidemiológicos asociados a la depresión en pacientes con amenaza de aborto contribuirá a complementar el tratamiento integral de la paciente en su hospitalización.

A nivel académico, el conocimiento de los aspectos clínico-epidemiológicos asociados a la depresión en pacientes con amenaza de aborto nos daría una base de datos y un enfoque general de la relación entre estas dos patologías.

Este estudio necesita únicamente de la recopilación de los datos a través de una entrevista y del llenado de una pequeña encuesta para determinar el grado de depresión.

El grado de depresión en pacientes hospitalizadas por amenaza de aborto es un cuadro clínico que pasa desapercibido por el personal médico y su diagnóstico es poco relevante en el establecimiento de salud.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 DEPRESIÓN.

2.1.1 INTRODUCCIÓN

La Depresión es una enfermedad psiquiátrica caracterizada por un trastorno del humor, constituido por un conjunto de síntomas principalmente los de tipo afectivo (tristeza patológica, anhedonia, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, presentándose casi siempre síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, ya sea en menor o mayor grado. (6)

2.1.2 ETIOLOGÍA.

En la Depresión Mayor se considera tres factores etiopatogénicos:

a) Factores Genéticos: Uno de los aspectos más notables en toda la investigación biomédica en la última década es la observación de que los individuos con el alelo S de la región promotora del gen de Sitios de Fijación de Transporte de Serotonina SERT (SLC-6A4) son generalmente vulnerables a los efectos depresogénicos como el estrés de los primeros años de vida, el abuso o el rechazo infantil, y aún más, que este efecto es "dependiente de la dosis", en términos del alelo S (una o dos copias) y en términos de la frecuencia y severidad del abuso (12). Por lo tanto, los más vulnerables a la depresión son aquellos individuos con el genotipo s/s y los menos vulnerables son aquellos que presentan el genotipo l/l, aquellos individuos que presentan el s/l presentan un riesgo intermedio. Este hallazgo es aún más extraordinario puesto que este polimorfismo ha demostrado su funcionalidad: los individuos s/s y los s/l exhiben una reducción en los sitios de fijación SERT en los estudios de imagenología PET comparados con los individuos l/l. Nótese que aquellos individuos con el genoma l/l son inmunes a los efectos depresogénicos de los traumas de los primeros años de vida, representando un haplotipo resistente a la enfermedad. Esta observación inicial realizada por

Caspi et al (12) ahora ha sido replicada por la gran mayoría, sino todos los estudios subsiguientes, y estos datos han sido recientemente revisados. Otro alelo, el polimorfismo de Goldman, el cual es funcionalmente similar al alelo s, ha sido descubierto recientemente y puede ser el responsable de algunas de las variaciones realizadas hasta la fecha.

b) Factores Biológicos: La visión actual de la etiología de la depresión se resume como un prototipo de interacción gen-entorno, un prototipo de modelo de interacción de enfermedades complejas tales como cáncer, hipertensión, y diabetes con un gran enfoque en los tres principales sistemas monoamina-serotonina (5-hidroxi-triptamina, 5HT), norepinefrina (NE), y dopamina (DA). Las nuevas y emergentes herramientas de neurobiología molecular y la imagenología del cerebro funcional nos han brindado un soporte adicional sobre la participación de estos tres sistemas. En contraste, con revisiones anteriores (37,38) contamos actualmente con una considerable evidencia que soporta un papel predominante de los circuitos DA del sistema nervioso central (SNC). Muchos investigadores sugieren que las respuestas terapéuticas parcialmente efectivas, actualmente bien documentadas a los Inhibidores Selectivos de la Reabsorción de la Serotonina (SSRI) y los Inhibidores de Reabsorción Selectiva de Serotonina-norepinefrina (SNRI), puede ser debida, en parte, a su relativa falta de efecto sobre los circuitos DA del cerebro (17). En cuanto se refiere a los sistemas 5HT del SNC, se ha recopilado inclusive una mayor información, la cual toma un rol fundamental en la depresión. Además de la muy impresionante evidencia de la reducción de la actividad de las neuronas de serotonérgicas en la depresión tal como se ha evaluado post-mortem, en el líquido cefalorraquídeo (CSF) y en estudios neuroendocrinos, existen novedosos datos obtenidos a partir de exámenes post-mortem y de tomografías de emisión de

positrones (PET), y estudios de imagenología que demuestran una reducción en el número de sitios de fijación de transporte de serotonina (SERT) (El sitio de acción de los SSRIs) en el cerebro medio y en la amígdala de pacientes deprimidos libres de medicamento, al igual que una reducción en ambas, presináptica (en el cerebro medio) y pos-sináptica (en la corteza mesio-temporal) en la densidad del receptor 5HT 1^a (33,16). Tomados en conjunto, estos datos sugieren una reducción neta en el número y/o funciones de las terminales nerviosas pre sinápticas 5HT y una reducción en la transducción de la señal post-sináptica serotoninérgica, por lo menos en uno de los subtipos receptores 5HT. Estudios anteriores demostraron un aumento en la densidad del receptor 5HT₂, quizás debido a una relativa disminución en la disponibilidad de 5HT. Vale la pena anotar dos nuevas e importantes observaciones sobre los circuitos 5HT en la depresión. El primero es la observación ahora bien replicada de que los pacientes deprimidos en remisión después de un tratamiento con SSRIs, cuando se encuentran con un reto por medio de una maniobra experimental que reducen la disponibilidad de 5HT en el SNC, ejemplo, por el agotamiento del triptófano, exhiben un rápido y profundo retorno de los síntomas depresivos, en cuestión, en algunos casos, de unas cuantas horas (13). Este hallazgo sugiere que en individuos vulnerables, la reducción de la disponibilidad de 5HT está asociada con una rápida presentación de la depresión.

- c) **Factores Sociales:** Muchos autores postulan que en las depresiones, especialmente en las de menor intensidad, es de mayor importancia etiológica la presencia de factores psicógenos ya sean dinámicos o conductuales. Desde el punto de vista psicosocial, se ha demostrado un aumento de depresiones después de situaciones estresantes tales como desastres naturales, guerras, en campos de concentración y periodos de

desintegración social, la viudez, la pérdida de seres queridos, muerte de uno de los padres o separación de ellos, etc.

Seligman postuló que la desesperanza aprendida se presenta cuando un individuo es sometido en forma repetida a estímulos desagradables que no pueden ni predecir, ni controlar, la persona se resigna y se deprime. Además presenta una tendencia a percibir las cosas que están fuera de su control. Es también claro que en muchos casos las crisis son precipitadas por eventos externos, generalmente de tipo negativo y desagradable (pérdida de un ser amado, de un logro importante, etc.); pero también el precipitante puede ser un éxito profesional, un golpe de fortuna o el logro de una meta. Para Beck, el problema básico de la depresión es un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo sería secundario a estos fenómenos cognoscitivos. (22)

2.1.3 EPIDEMIOLOGÍA.

Podemos considerar a la depresión como un problema de salud pública debido a su elevada morbilidad, pues el 5% de la población mundial presenta algún trastorno depresivo. En los Estados Unidos está reportada una incidencia de 10 casos por cada 1000 habitantes (28) con una incidencia del 5-6% de la población, con un prevalencia del 5-11% a los largo de la vida. La probabilidad de que se presente es dos veces mayor en mujeres que en hombres, siendo el pico habitual entre los 20 y los 40 años (19). La prevalencia del trastorno depresivo mayor en el curso de la vida oscila entre el 2 y el 25%, aproximadamente (24). La depresión grave, por su parte, puede desarrollarse a cualquier edad, pero el tiempo promedio de aparición se sitúa alrededor de los 25 años (3). Todos los estudios coinciden en que la incidencia es el doble en las mujeres, y fácilmente se desarrolla como enfermedad crónica. Hay predicciones de que en el año 2020, la depresión será la segunda enfermedad más

incapacitante, después de la cardiopatía isquémica (28). Los intentos de suicidio afectan al 10% de los pacientes deprimidos; el 15% de las personas gravemente deprimidas terminan suicidándose y al menos el 66% de todos los suicidas que han tenido depresión previa (19,42). Los trastornos emocionales están asociados con un trabajo pobremente productivo, y también afecta a los otros miembros de la familia. Existe evidencia de que los niños de mujeres con depresión tienen un mayor número de problemas escolares, de conducta, bajos niveles de convivencia social y autoestima en comparación con sus compañeros cuyas madres no padecen la depresión (42).

El trastorno depresivo mayor suele presentar un curso crónico y con tendencia a las recaídas (31). El desarrollo de formas crónicas de la enfermedad aparece en el 15-20% de los pacientes (24). El 75-80% de los pacientes con trastorno depresivo mayor sufren recidivas, siendo poco frecuente los episodios de depresión aislados no recurrentes en estudios longitudinales y prospectivos de series de pacientes (24). La afección puede evolucionar desfavorablemente, trayendo como consecuencias graves el suicidio y la disfunción socio-familiar.

2.1.4 CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO.

Según la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM 5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (6):

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas: estado de ánimo deprimido o, pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por

- parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto-reproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

2.1.5 TRATAMIENTO.

El objetivo del tratamiento es la mejora del estado afectivo, del funcionamiento socio-laboral y de la calidad de vida global del paciente, disminuir la morbimortalidad, prevenir las recaídas de la

depresión y minimizar en lo posible los efectos adversos del tratamiento.

Para un mejor tratamiento se debe tener en cuenta la presencia de ansiedad (6) definida como la presencia de dos o más de los síntomas siguientes durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia):

1. Se siente nervioso o tenso.
2. Se siente inusualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible.
5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

Especificar la gravedad actual de la Depresión:

Leve: Dos síntomas.

Moderado: Tres síntomas.

Moderado-grave: Cuatro o cinco síntomas.

Grave: Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora.

Nota: Ansiedad que se aprecia como característica destacada tanto del trastorno bipolar como del trastorno de depresión mayor en la asistencia primaria y en los servicios especializados en salud mental. Los altos grados de ansiedad se han asociado a un riesgo mayor de suicidio, duración más prolongada de la enfermedad y mayor probabilidad de falta de respuesta al tratamiento.

Por lo tanto, para planificar el tratamiento y controlar la respuesta terapéutica es clínicamente útil especificar con precisión la presencia y la gravedad de la ansiedad.

Tratamiento según Severidad de la Depresión:

Una revisión Cochrane (5) publicada en 2012, encontró una mejora significativamente mayor en los adultos con depresión tratados con el modelo de atención colaborativo en el corto plazo, mediano plazo y largo plazo. Sin embargo, estos beneficios significativos no fueron sostenibles a muy largo plazo (RR 1,12, IC 95%: 0,98 a 1,27). No hubo evidencia de beneficios en las medidas de resultado

secundarias, tales como uso de medicamentos, salud mental y calidad de vida subsecuente, satisfacción del paciente, aunque la menor evidencia encontrada estuvo en los beneficios de la salud física y su calidad de vida subsecuente.

A. Depresión Leve: El tratamiento más efectivo es la atención clínica de apoyo, complementada con psicoeducación y con herramientas de resolución de problemas o por consejería de apoyo (18). La evidencia respecto de la efectividad de las intervenciones psicosociales que puede realizar el médico general, parece ser elevada, aunque aún el número de estudios controlados es bajo (23).

B. Depresión Moderada: De acuerdo al modelo de atención por niveles escalonados, el tratamiento de personas con trastornos depresivos de intensidad moderada, incluye las intervenciones descritas para el episodio depresivo leve y agrega el uso de medicamentos antidepresivos (35). Si bien no existen diferencias importantes en la efectividad de los diferentes fármacos antidepresivos, se utilizan de preferencia, los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) por su mejor perfil de efectos colaterales (4)(9)(21). Si bien los inhibidores de la recaptura de serotonina son una buena primera opción de tratamiento, debe considerarse en la elección además otros factores como: respuesta a tratamientos previos, antecedente de respuesta a tratamiento en familiares, comorbilidad, costo y acceso, preferencias del paciente (29) (8)

C. Depresión Grave: El tratamiento de las personas con episodios depresivos de intensidad grave, incluye intervenciones descritas para la depresión leve, antidepresivos para el tratamiento de la depresión moderada y psicoterapia. Se han encontrado diferencias significativas al añadir TCC al tratamiento con antidepresivos, sobretodo mientras mayor es el grado de severidad (41).

D. Depresión Con Psicosis: En ensayos controlados, se ha mostrado la efectividad del uso de fármacos antidepresivos y antipsicóticos en el tratamiento de la depresión con psicosis (tanto cuando los síntomas psicóticos son congruentes con el estado de ánimo como cuando no lo son). La efectividad se ha visto tanto con los antipsicóticos tradicionales (haloperidol, perfenazina) (25) (34) (46) (47), como con los atípicos (olanzapina, risperidona) (43).

E. Depresión Refractaria: El mayor peso de las evidencias disponibles en el tratamiento de personas con depresión refractaria, viene de las intervenciones biológicas. Sin embargo, los equipos especializados deben desarrollar todas sus habilidades psicosociales para la adecuada evaluación integral de estas personas y para la implementación de un plan terapéutico individual que contemplen las dimensiones psicológicas, familiares, educacionales, laborales y comunitarias. Las estrategias biológicas que se deben considerar en estos casos son:

- **Optimizar dosis de antidepresivos:** Utilizando las dosis más altas que tolere la persona y que contribuyan al alivio sintomático.
- **Cambio a un antidepresivo diferente:** En este caso además de los ISRS y duales, se podrían considerar los antidepresivos tricíclicos, ya que en algunas personas pueden tener menos efectos colaterales y adecuada respuesta terapéutica.
- **Potenciación con Litio:** Se recomienda como terapia coadyuvante en los trastornos depresivos que no responden a tratamiento con antidepresivos. Niveles plasmáticos entre 0,8 a 1,2 mmol/ltr.
- **Potenciación con Hormona Tiroidea:** La liotironina o triyodotironina, ha probado que cuando se combina con antidepresivos mejora aquellas personas que no tienen un

hipotiroidismo. La levotiroxina no parece tener el mismo efecto. No se ha demostrado utilidad en adolescentes.

- **Combinación de dos antidepresivos y potenciación con antipsicóticos atípicos:** algunos ensayos clínicos han mostrado efectividad de estas estrategias en personas con depresiones refractarias.
- **Tratamiento Electroconvulsivante:** Se utiliza en adultos y adolescentes con depresión severa y refractaria a otras formas de tratamiento, según Norma Técnica del Ministerio de Salud. Puede ser indicado cuando las condiciones del paciente configuran un riesgo vital para sí mismo o para terceros.

2.2 EMBARAZO.

2.2.1 DEFINICIÓN.

Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses-calendario).

El embarazo se caracteriza por el cese de los periodos menstruales, náuseas al despertar por las mañanas (nauseas matutinas), aumento del tamaño de los pechos y pigmentación de los pezones; aumento progresivo del abdomen. Los signos absolutos del embarazo son los movimientos fetales, los ruidos cardiacos fetales y demostración del feto mediante ultrasonografía (45).

2.2.2 CAMBIOS EMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO.

Cambios en el primer trimestre: Esta primera etapa del embarazo viene caracterizada por una gran inseguridad emocional y estrés; muchas de las mujeres experimentan una sensación de felicidad inmensa y, es esta sensación la que a la vez le provocará como efecto rebote un clima de duda, desconcierto y temor. Aparecerán dudas sobre la realidad del embarazo, sobre de si éste llegará a

término o no. Pero lo que tiene que quedar bien claro es que todas estas dudas y sensación inicial de desconcierto irán disminuyendo, atenuándose a medida que la gestación avance. La primera visita al ginecólogo será muy importante para dar confianza y resolver aquellas dudas que en estos momentos tanto le preocupan. Esta etapa también irá acompañada por deseos de dormir más de lo habitual (hipersomnias), de fatiga y de falta de fuerza o astenia, que estarán producidos por un aumento de los requerimientos energéticos que comporta el comer para dos. También es corriente en esta etapa una disminución del deseo sexual.

Cambios en el segundo trimestre: Este es un período caracterizado por la estabilidad, adaptación y seguridad. Es en este período cuando empieza la comunicación entre madre e hijo. Aparecerán los "antojos" y, haciendo referencia a las relaciones de pareja, se producirá un aumento de los deseos sexuales respecto al primer trimestre.

La mujer disfruta plenamente del embarazo; mediante los controles ecográficos observa con detenimiento el desarrollo de su bebé, se le dice el sexo de su criatura, el vientre no es aún lo suficientemente grande como producirle incomodidades físicas, empieza a notar los movimientos, etc. Es por todo esto que esta etapa se caracteriza por estabilidad, felicidad y plenitud.

Cambios en el tercer trimestre: Este período se caracteriza por la sobrecarga. En sus inicios persiste la sensación de tranquilidad observada en el segundo trimestre, pero a medida que nos acercamos al momento del parto, vuelven a aparecer los temores. Preguntas como si será o no parto vaginal, temor a una cesárea, temor a que el bebé sufra empiezan a rondar por la cabeza de la madre. También es corriente que la mujer en este período suela sentirse poco atractiva. La mujer se encuentra "poco agradecida" desde el punto de vista físico y les preocupa el no gustar a su pareja. En este período de la gestación también se produce un descenso de las relaciones sexuales.

2.2.3 DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO.

Las mujeres son más propensas que los varones a presentar depresión mayor en cualquier período de sus vidas en una proporción de 2:1 (39) y esta es una de las principales causas de enfermedad en mujeres de 15 a 44 años en todo el mundo. Cada año, entre 7% y 13% de las mujeres experimenta depresión mayor (7) (10), especialmente en los años reproductivos; la prevalencia en embarazadas puede ser de 4% a 30% (26) (33), en dependencia del sistema de tamizaje utilizado. En mujeres gestantes de bajos recursos económicos se han informado frecuencias de hasta 50% (14). El estudio de la depresión mayor en embarazadas presenta dificultades, ya que su diagnóstico se basa en los mismos criterios usados para el diagnóstico del cuadro depresivo en mujeres no gestantes. Esto hace difícil distinguir los síntomas de depresión mayor de los que se presentan normalmente durante el embarazo, por lo que ha sido necesario desarrollar instrumentos específicos que permitan identificar y cuantificar la depresión mayor en las embarazadas. La depresión mayor durante el embarazo está asociada con diferentes factores de riesgo y, aunque constituye una causa frecuente de trastornos psiquiátricos y está bien identificada como un problema de salud, no está suficientemente bien diagnosticada y tratada y aún no se conoce con precisión su incidencia real. A esto puede contribuir que con frecuencia no se documentan adecuadamente los episodios depresivos y su intensidad. Esta situación tiene un impacto negativo sobre la salud de la madre y el hijo, provoca una mayor carga social, clínica y económica, e impide diseñar e implementar intervenciones adecuadas para la prevención y el tratamiento oportunos de las complicaciones asociadas (40).

2.3 AMENAZA DE ABORTO.

2.3.1 DEFINICIÓN.

La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana completa de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. (15) Además el ultrasonido debe revelar que el feto muestra signos de vida (latido cardíaco o movimiento). Aquí está en riesgo el embarazo que aún no es viable, pero la gestación continúa (38). Es un estado que sugiere que se podría presentar un aborto espontáneo. Por lo menos 20-30% de las embarazadas tienen hemorragia en el primer trimestre. Se cree que representa un sangrado por la implantación. El cérvix se mantiene cerrado y puede haber una ligera hemorragia, con o sin dolor cólico. (2) El aborto espontáneo ocurre sólo en un pequeño porcentaje de mujeres que tienen sangrado vaginal durante el embarazo.

2.3.2 FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo crónicos son: Diabetes Mellitus tipo 1 descompensada, Hipertensión Arterial, Enfermedad Renal, Lupus; entre las agudas están las infecciones y traumatismo, la más importante es la incompetencia istmico-cervical, entre otras está el alcohol, tabaco, cocaína y radiaciones.

Los riesgos de la amenaza de aborto son más altos en mujeres mayores de 35 años, con antecedentes de tres o más abortos espontáneos y aquellas con enfermedad sistémica (como la diabetes o la disfunción tiroidea). (1)

2.3.3 CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO.

Los síntomas de una amenaza de aborto abarcan:

- Amenorrea secundaria.
- Prueba de embarazo positiva.
- Presencia de vitalidad fetal.

- Cólicos abdominales con o sin sangrado vaginal.
- Volumen uterino acorde con amenorrea.
- Sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas de embarazo (el último período menstrual se presentó hace menos de 20 semanas).

Para el diagnóstico se puede hacer una ecografía abdominal o vaginal para verificar el desarrollo del bebé, los latidos cardíacos y la cantidad de sangrado. (11) Ésta tiene la capacidad de establecer de manera rápida y exacta si un feto está vivo o no, y de predecir si un embarazo tiene posibilidades de continuar cuando hay hemorragias. En ámbitos don-de está disponible, esta capacidad ha racionalizado el cuidado de las mujeres con amenaza de aborto espontáneo en el primer trimestre de embarazo. (30) Se realizará asimismo un examen pélvico para revisar el cuello uterino.

Se pueden llevar a cabo los siguientes exámenes:

- Examen de beta GCH (cuantitativa) durante un período de días o semanas para confirmar si el embarazo continúa.
- Conteo sanguíneo completo para determinar la cantidad de pérdida de sangre
- GCH en suero para confirmar el embarazo.

2.3.4 TRATAMIENTO.

La actitud debe ser expectante, a la espera de dilatación cervical o evidencia ecográfica de aborto fallido. (11) Si se establece el diagnóstico de amenaza de aborto, casi siempre se recomienda reposo en cama y reposo pélvico, aunque no se ha demostrado que alguno de ellos ayude a prevenir el aborto posterior. La amenaza de aborto está asociada con un aumento en la actividad uterina, aunque no está claro si se trata de una causa o de un efecto. Debido a la función fisiológica documentada de la progesterona en el mantenimiento del embarazo, ha sido utilizada para tratar a las mujeres con amenaza de aborto espontáneo y presunta deficiencia de

progesterona a fin de mejorar las expectativas para la continuidad del embarazo. No se ha establecido el valor terapéutico de la progesterona en la prevención o el tratamiento de la amenaza de aborto espontáneo (16). El uso de progesterona es controvertido. La progesterona podría relajar los músculos lisos, incluyendo los músculos del útero; sin embargo, también podría aumentar el riesgo de un aborto incompleto o de un embarazo anormal. A menos que haya una insuficiencia luteínica, no se debe usar la progesterona. (11) El coito, los tampones y las duchas vaginales están contraindicados.

3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

A. A NIVEL LOCAL

- **AUTOR:** Miluska Fiorella Ticse Aguirre

TITULO: *“Aspectos epidemiológicos relacionados a la ansiedad y depresión en mujeres atendidas por aborto en el hospital Goyeneche de Arequipa, 2011”*

El aborto produce consecuencias psicológicas como ansiedad y depresión en las mujeres, además de las consecuencias en su salud física.

Objetivo: Identificar los aspectos epidemiológicos relacionados a la presentación de ansiedad y depresión en mujeres atendidas por aborto en el Hospital Goyeneche de Arequipa.

Métodos: Entrevista a mujeres hospitalizadas para atención de aborto, aplicando la escala de Goldberg para determinar la presencia de ansiedad y/o depresión.

Resultados: Se identificó niveles de ansiedad en 61,11% de pacientes, un 36,11% de casos que presentaron ansiedad y depresión y no se presentaron casos de depresión. El único factor significativamente diferente en los grupos con ansiedad fue la ocupación (85% de mujeres que no trabajan), y con ansiedad se encontró en mujeres adolescentes, mujeres con baja instrucción (OR=2,46) y aborto previo (OR=16,13).

Conclusiones: Los síntomas de ansiedad son muy frecuentes, y la presentación del trastorno depresivo es casi el doble en relación a la población general, por lo que requieren medidas de intervención.

- **AUTOR:** Fiorella Giovanna Casanova Madueño.

TÍTULO: *“Factores Psicosociales Asociados a Depresión en Gestantes que acuden a control prenatal en el Hospital Honorio Delgado según el test de Zung, Arequipa-2008”*

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de diferentes países. Dado que el embarazo es una experiencia de gran carga emocional para la mujer y que puede repercutir en la aparición de reacciones psicopatológicas tales como la propia depresión y ansiedad.

Objetivos: Determinar la frecuencia de depresión y sus factores psicosociales asociadas según el Test de Zung en mujeres gestantes que acuden a control prenatal en el hospital Honorio Delgado de Arequipa.

Método: Se realizó un estudio de tipo observacional, analítico, prospectivo y de corte transversal, donde intervinieron 91 gestantes que acudieron al control prenatal al hospital Honorio Delgado de Arequipa, en el mes de febrero 2008; a quienes se les aplicó el Test de Zung; siendo el muestreo no probabilístico por conveniencia.

Resultados: La frecuencia de depresión en las gestantes estudiadas fue el 79,12% según la escala de Zung, principalmente de tipo leve (65,28%). Finalmente, las características de las gestantes que resultaron diferentes se analizaron mediante el Odds ratio, y todas con excepción de la instrucción, se asociaron de manera importante a depresión en embarazo, siendo las más importantes el embarazo no planificado (OR=7,41) una pareja sin trabajo estable (OR=7,05) y el antecedente previo de depresión (OR=6,45).

Conclusiones: Se llegaron a las siguientes conclusiones, la frecuencia de depresión según el test de Zung en las gestantes estudiadas fue un porcentaje elevado (79,12%); se encontró depresión

predominantemente leve en las gestantes que acuden a control prenatal en el Hospital Regional Honorio Delgado y por último los factores psicosociales más frecuentes que se asocian significativamente a la depresión en este grupo de mujeres fueron un embarazo no planificado, una pareja sin trabajo estable y el antecedente previo de depresión.

B. A NIVEL NACIONAL

- **AUTOR:** Mercado Huachupoma, Yisell Diana Paccori Yanac, Leonor Vanesa

TÍTULO: *“Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima – Perú, 2012”*

Objetivo: Analizar los factores asociados a la depresión en gestantes.

Diseño: Casos y controles, corte transversal, retrospectivo. Lugar: Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima Perú. Métodos: Se aplicó en 226 gestantes (113 deprimidas (casos) y controles 113 no deprimidas (controles) el test de Edimburgo, y el formulario de factores asociados a la depresión en el embarazo; con una alfa de Cron Bach= 0.807.

Resultados: Se encontró factores de riesgo con asociación significativa tales como: violencia psicológica en la niñez (OR=1.9 IC 95% 1.1-3.4), violencia psicológica en la adolescencia (OR=2.2 IC 95% 1.2-3.8), antecedente de episodio depresivo (OR=3.7 IC 95% 2.0-7.0), relación regular con la familia (OR=2.8 IC 95% 1.4-5.5), relación regular con la pareja (OR=2.3 IC 95% 1.2-4.3) y violencia psicológica por la pareja (OR=2.6 IC 95% 1.4-4.8). También se halló factores protectores con asociación significativa: buena relación con la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.6), apoyo emocional de la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.4), buena relación con la pareja (OR=0.3 IC 95% 0.2-0.6), apoyo emocional de la pareja (OR=0.4 IC 95% 0.1-0.9) y embarazo deseado por la pareja (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.7). Además, el modelo multivariado encontró que presentar el antecedente de episodio depresivo (OR ajustado=3.4 IC 95% 1.7-6.7), violencia psicológica por la pareja (OR ajustado=2.03 IC 95% 1.01-3.9) y ausencia de embarazo deseado por

la pareja (OR ajustado=3.6 IC 95% 1.2-10.57), predicen el 67.3% del problema.

Conclusiones: Los factores psicológicos personales, familiares y de pareja están asociados significativamente al desarrollo de la depresión en el embarazo.

- **AUTOR:** Matilde Lena Luna Matos, Joel Salinas Piélago y Antonio Luna Figueroa.

TÍTULO: “*Depresión mayor, en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú - 2010*”

Objetivos. Determinar la prevalencia de depresión mayor durante el embarazo y establecer las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres embarazadas con depresión mayor atendidas en la consulta externa de un hospital de Lima, Perú.

Métodos. Estudio descriptivo transversal de asociación simple. Se analizaron 222 gestantes de 16 a 42 años con bajo riesgo obstétrico que acudieron a la consulta externa del Departamento de Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú, entre el 2 de junio y el 28 de noviembre de 2006. A cada embarazada se le aplicó la escala de depresión de Edimburgo y un cuestionario sobre datos sociodemográficos y obstétricos. Se determinó la relación entre las variables de estudio según la presencia de depresión mayor mediante las pruebas de la χ^2 y de la Z, según el tipo de variable.

Resultados. De las 222 gestantes estudiadas, 89 (40,1%) presentaron depresión mayor. Las mujeres casadas tendían a deprimirse menos; las que no planificaron su embarazo y que presentaron complicaciones durante su gestación tendieron a deprimirse más que sus pares. No se encontró que la edad, el número de hijos, la edad gestacional, el nivel educacional, los antecedentes de aborto, el consumo de alcohol u otras sustancias, la falta de apoyo familiar y la percepción de tener problemas de pareja, familiares, económicos o personales influyeran en la frecuencia de depresión.

Conclusiones. La prevalencia de depresión mayor en las gestantes estudiadas fue muy elevada. Se debe prestar especial atención a las mujeres que manifiestan tener un embarazo no planificado y las que sufren complicaciones durante su embarazo, a fin de llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos.

C. A NIVEL INTERNACIONAL

- **AUTOR:** Alexis Rodrigo Picech, Lisandro Javier Flores. Raúl Alberto Lanser. Mirta Alejandra Elizalde Cremonte Ortiz.

TITULO: *“Depresión y Embarazo, Argentina - 2004”*

Resumen: El objetivo del presente trabajo es conocer la prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo transversal, para ello se usó una encuesta voluntaria a 200 embarazadas que concurrieron a la consulta en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del “Hospital Ángela I. Llano de la ciudad de Corrientes, en el período comprendido entre el 1/9/04 al 31/12/04. La encuesta tenía 2 partes: una en donde se recopilaban datos generales: edad materna, edad gestacional, patología del embarazo actual, tratamiento antidepresivo, estudios cursados. La otra parte de la encuesta estaba formada por el test de Zung para evaluar la presencia de sintomatología depresiva. Esta escala cuantifica la frecuencia de los síntomas utilizando una escala 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre), el rango de puntuación es de 20-80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100. Tomamos como punto de corte un valor de 40 puntos, para la detección de depresión.

Resultados: de las 200 embarazadas encuestadas se obtuvo una prevalencia de 42 embarazadas (21%) con sintomatología depresiva.

Conclusión: Nuestro porcentaje hallado (21 %) es similar al encontrado por otros autores (26%).

- **AUTOR:** Ana Pía López García de Madinabeitia.

TÍTULO: “*Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio, España 2011*”

Resumen: La muerte del feto durante el embarazo, en el parto o pocos días después del nacimiento constituye un tema delicado, condicionado por numerosos factores. Esta pérdida puede desencadenar reacciones de duelo en los progenitores y situaciones de difícil manejo para los profesionales sanitarios. Son duelos que reciben escasa consideración y que pueden complicarse dando lugar a trastornos psiquiátricos.

Objetivos: Es necesario conocer el significado de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los progenitores para no caer en posturas paternalistas o en protocolos dogmáticos que consideran iguales a todos los progenitores ante pérdidas a las que ellos atribuyen significados diferentes.

Conclusiones: En esta revisión hemos pretendido hacer visible el duelo perinatal, que en España cuenta con una escasa consideración social y sanitaria. Hace apenas 50 años se empezó a plantear en otros países la conveniencia de modificar las prácticas paternalistas hacia la madre, negligentes para con el padre y evitadoras con el feto.

Cada persona es diferente, como lo es su apego con el recién nacido o el no nacido, y también lo es su manera de afrontar la pérdida. Por lo tanto, el aprendizaje de los profesionales para desenvolverse en estas situaciones tiene que ver con saber estar, escuchar y comprender la pena ajena. Sin embargo, hay que ser conscientes de que la intervención hospitalaria es muy recortada, y que en la mayoría de los casos solo da tiempo a prestar unos “primeros auxilios psicológicos”, que no eliminan el dolor de la pérdida pero sí facilitan el comienzo del proceso de duelo. El equipo hospitalario deberá gestionar que tras el alta los progenitores tengan unos cuidados físicos y emocionales que den continuidad a los iniciados durante el ingreso para poder asimilar

progresivamente lo vivido y seguir adelante con su vida. Los profesionales deben saber que “los padres nunca olvidan la comprensión, el respeto y el calor genuino que recibieron de los cuidadores, que llega a ser tan duradero e importante como los recuerdos materiales del embarazo perdido y de la corta vida de su bebé”

- **AUTOR:** Yanneth Cecilia Ardila Villarreal, Claudia Patricia Lara Villarreal, Adriana del Pilar Perugache Rodríguez

TITULO: *“Relación entre niveles de depresión y estrategias de afrontamiento en mujeres con riesgo gestacional, Colombia - 2013”*

Objetivo: Determinar la relación que existe entre los niveles de depresión y las estrategias de afrontamiento de mujeres con alto riesgo gestacional. **Métodos:** Se realizó un estudio correlacional de corte transversal, en el que participaron 70 mujeres con riesgo gestacional. Los instrumentos utilizados fueron: el inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) en la versión española de Cano, Rodríguez y García, que cuenta con coeficientes de consistencia interna entre 0,63 y 0,89 y la Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D) que cuenta con validez factorial y con una alta consistencia interna expresada en un coeficiente de Alfa de Cronbach igual a 0,87. Los datos obtenidos se organizaron con ayuda del paquete estadístico SPSS versión 13.0 y para analizar la relación entre las variables se aplicó la prueba estadística del coeficiente de correlación de Pearson.

Conclusiones: La depresión presenta una relación inversa altamente significativa con las estrategias resolución de problemas y apoyo social y una relación directa altamente significativa con las estrategias autocrítica, evitación de problemas y retirada social. Los sentimientos de culpa como una forma de afrontamiento son comunes durante el embarazo de riesgo. La presencia de síntomas de depresión durante el embarazo de riesgo tiene una relación directa con las estrategias de afrontamiento autocrítica, evitación, retirada social y pensamiento desiderativo. Existe relación inversa entre depresión y las estrategias

de afrontamiento: resolución de problemas y apoyo social. Las estrategias más utilizadas por las adolescentes que presentan embarazo de riesgo son autocrítica y evitación, las mujeres en edad adulta, utilizan en mayor proporción estrategias de afrontamiento como resolución de problemas y reevaluación positiva. Las mujeres que realizan alguna actividad laboral presentan mayor uso de la estrategia búsqueda de apoyo social. No existe asociación entre los niveles de depresión presentados por las gestantes de alto riesgo y las variables sociodemográficas.

- **AUTOR:** Inés Ceballos Martínez, Luis Sandoval-Jurado, Erika Jaimes Mundo, Gloria Medina Peralta, Joel Madera Gamboa, Yuri Francisco Fernández Arias.

TÍTULO: *“Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas, 2010”*

Objetivo: estimar la frecuencia de depresión en mujeres embarazadas, las características epidemiológicas y factores asociados, en una unidad de primer nivel de atención médica.

Métodos: estudio transversal comparativo con una muestra de 220 embarazadas de 18 a 32 semanas de gestación. Se excluyeron aquellas con tratamiento psiquiátrico o depresivo en los seis meses previos al embarazo actual.

Resultados: 6.4% presentó depresión, una media de 26 años de edad y 21.4% fue adolescente. La escolaridad máxima fue secundaria en 50 %, 71.4 % con nivel socioeconómico medio bajo, 21.4% sin pareja, 35.7 % con depresión en la familia y 28.6% con historia de tratamiento antidepressivo previo.

Conclusiones: aun cuando en la población estudiada no existieron factores de riesgo como en una unidad de alta especialidad con servicio de perinatología, la frecuencia fue alta en comparación con población abierta, por lo que es importante realizar la búsqueda intencionada, principalmente en las mujeres que han cursado con algún evento depresivo que ameritara tratamiento, en las adolescentes

embarazadas o con antecedente de hijos previos con peso bajo al nacer.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo principal

- Comparar los aspectos clínico-epidemiológicos de las gestantes con y sin depresión que cursan con amenaza de aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Honorio Delgado

4.2 Objetivo secundario

- Determinar la asociación de los aspectos epidemiológicos con la Depresión en gestantes con Amenaza de Aborto en el Hospital Regional Honorio Delgado.
- Determinar la asociación de los aspectos clínicos con la Depresión en gestantes con Amenaza de Aborto en el Hospital Regional Honorio Delgado.

5. HIPOTESIS

Es probable que los aspectos clínico-epidemiológicos de las gestantes que cursan con amenaza de aborto estén asociados a depresión en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Honorio Delgado.

6. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.

6.1 Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.

Técnica: En la presente investigación se aplicara la técnica de la entrevista.

Instrumento: El instrumento que se utilizará consiste en una ficha dividida en dos partes, la primera consiste en una hoja de recolección de datos que incluyen información de antecedentes Gineco-Obstétricos y antecedentes clínico- epidemiológicos; la segunda es un instrumento que mide el nivel de depresión denominado “Inventario de Depresión de Beck” que califica a la depresión en mínima, leve, moderada y grave.

Materiales:

- Ficha de investigación.
- Material de escritorio.
- Computadora con programa de procesamiento de datos, de texto y software estadístico.

6.2 Campo de verificación.

6.2.1 Ubicación espacial: Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa – Perú.

6.2.2 Ubicación temporal: El estudio se realizara en forma coyuntural el primer trimestre del 2015.

6.2.3 Unidades de estudio: Mujeres gestantes hospitalizadas por Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado.

Universo: Totalidad de gestantes hospitalizadas por amenaza de aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado.

Muestra: Las pacientes serán seleccionadas por conveniencia durante el primer trimestre del 2015, según aquellas que accedan a participar en el estudio.

6.2.4 Criterios de selección:

• **Criterios de Inclusión:**

- Gestantes hospitalizadas por amenaza de aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Honorio Delgado.
- Pacientes mayores de edad.
- Participación voluntaria en el estudio.

• **Criterios de Exclusión:**

- Pacientes iletradas o quechua-hablantes.
- Pacientes con trastornos del sensorio o alteración de las funciones superiores.

6.3 Estrategia de recolección de Datos.

6.3.1 Organización: El estudio tendrá una organización en conjunto previa coordinación con la Dirección del Hospital y Jefatura del servicio de Gineco-Obstetricia

Se identificara a las pacientes diagnosticadas por amenaza de aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia, se les abordará explicando la intención del estudio y se solicitará su participación voluntaria, entre aquellas que cumplan los criterios de selección se realizara una entrevista para obtener las variables de estudio y se aplicara el Inventario de Depresión de Beck.

Terminada la fase de recolección de datos, se tabularan los mismos para su posterior análisis e interpretación.

6.3.2 Recursos:

Humanos:

- Investigador.
- Asesora.
- Gestantes hospitalizadas.

Materiales:

- Fichas de investigación.
- Material de escritorio.
- Computadora con programa de procesamiento de datos, de texto y software estadístico.

Financieros:

- Autofinanciado.

6.3.3 Validación de los Instrumentos.

La primera parte no requiere validación por ser una hoja de recolección de datos (Anexo 1).

El Inventario de Depresión de Beck es un instrumento validado y adaptado en España el 2011 para medir el nivel de depresión en pacientes mayores de 13 años (Anexo 2).

6.3.4 Criterios o estrategias para el manejo de resultados.

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. Se realizarán comparaciones entre grupos de variables categóricas con la prueba de chi cuadrado, y se comparará las proporciones con la prueba de la Z. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el programa estadístico SPSS v.22.0.

6.4 Cronograma de trabajo.

Cuadro Nº2. Cronograma de trabajo.

Actividades	DIC. 2014				ENE. 2015				FEB. 2015				MAR. 2015			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elección del Tema	■	■														
Revisión Bibliográfica			■	■												
Elaboración del proyecto					■	■	■	■								
Ejecución							■	■	■	■	■	■				
Análisis e Interpretación													■			
Informe Final														■		

Fuente: Elaboración propia.

Fecha de Inicio: 1 de diciembre del 2014

Fecha probable de término: 16 de marzo del 2015

ANEXO 1
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

“Depresión en pacientes hospitalizadas por Amenaza de Aborto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado”

Estimada señora, estamos llevando a cabo un estudio de investigación a fin de averiguar los factores asociados a la depresión en la gestante hospitalizada por amenaza de aborto, su participación en este estudio es muy importante, de carácter voluntario e incluirá solamente pacientes que deseen participar. Para ello, se está pidiendo su autorización para dicho estudio, si usted acepta, le rogamos responda a las siguientes preguntas.

Nº caso: _____

- | | |
|--------------------------|--|
| 1. Edad: | 6. Antecedentes Obstétricos: |
| a) 18 – 25 | a) Nulípara. |
| b) 26 – 30 | b) Primípara. |
| c) 31 – 35 | c) Secundaria. |
| d) 36 – 40 | d) Multípara. |
| e) 40 – 45 | |
| 2. Ocupación: | 7. Abortos Previos: |
| a) Ama de casa. | a) Sí. |
| b) Estudiante. | b) No. |
| c) Empleada. | |
| d) Obrera. | 8. Embarazo Deseado: |
| e) Independiente | a) Sí. |
| | b) No. |
| 3. Estado Civil: | 9. Relación de pareja: |
| a) Soltera. | a) Muy mala. |
| b) Conviviente. | b) Mala. |
| c) Casada. | c) Regular. |
| d) Divorciada. | d) Buena. |
| e) Viuda. | e) Muy Buena. |
| 4. Grado de Instrucción: | 10. Apoyo Familiar: |
| a) Analfabeta | a) Sí. |
| b) Primaria | b) No. |
| c) Secundaria | |
| d) Técnico. | 11. Consumo de alcohol o sustancias psicoactivas previo al cuadro: |
| e) Superior. | a) Sí. |
| | b) No. |
| 5. Edad Gestacional: | 12. Diagnostico o Tratamiento por el servicio de Psiquiatría: |
| a) 6 - 10 semanas. | a) Sí. |
| b) 11 - 15 semanas. | b) No. |
| c) 16 - 20 semanas. | |

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

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

1.
 - a. No me siento triste
 - b. Me siento triste.
 - c. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 - d. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2.
 - a. No me siento especialmente desanimada respecto al futuro.
 - b. Me siento desanimada respecto al futuro.
 - c. Siento que no tengo que esperar nada.
 - d. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3.
 - a. No me siento fracasada.
 - b. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 - c. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 - d. Me siento una persona totalmente fracasada.

4.
 - a. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - b. No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - c. Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.
 - a. No me siento especialmente culpable.
 - b. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - c. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - d. Me siento culpable constantemente.

6.
 - a. No creo que esté siendo castigado.
 - b. Me siento como si fuese a ser castigado.
 - c. Espero ser castigado.
 - d. Siento que estoy siendo castigado.

7.
 - a. No estoy decepcionada de mí misma.
 - b. Estoy decepcionada de mí misma.
 - c. Me da vergüenza de mí misma.
 - d. Me detesto.

8.
 - a. No me considero peor que cualquier otro.
 - b. Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 - c. Continuamente me culpo por mis faltas.
 - d. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.
 - a. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - b. A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 - c. Desearía suicidarme.
 - d. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. a. No lloro más de lo que solía llorar.
b. Ahora lloro más que antes.
c. Lloro continuamente.
d. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. a. No estoy más irritada de lo normal en mí.
b. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
c. Me siento irritada continuamente.
d. No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. a. No he perdido el interés por los demás.
b. Estoy menos interesado en los demás que antes.
c. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
d. He perdido todo el interés por los demás.
13. a. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
b. Evito tomar decisiones más que antes.
c. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
d. Ya me es imposible tomar decisiones.
14. a. No creo tener peor aspecto que antes.
b. Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
c. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
d. Creo que tengo un aspecto horrible.
15. a. Trabajo igual que antes.
b. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
c. Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
d. No puedo hacer nada en absoluto.
16. a. Duermo tan bien como siempre.
b. No duermo tan bien como antes.
c. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
d. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. a. No me siento más cansada de lo normal.
b. Me canso más fácilmente que antes.
c. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
d. Estoy demasiado cansada para hacer nada.
18. a. Mi apetito no ha disminuido.
b. No tengo tan buen apetito como antes.
c. Ahora tengo mucho menos apetito.
d. He perdido completamente el apetito.

19. a. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
b. He perdido más de 2 kilos y medio.
c. He perdido más de 4 kilos.
d. He perdido más de 7 kilos.
20. a. No estoy preocupada por mi salud más de lo normal.
b. Estoy preocupada por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
c. Estoy preocupada por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
d. Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. a. No he observado ningún cambio reciente en mi interés hacia el sexo.
b. Estoy menos interesada por el sexo que antes.
c. Estoy mucho menos interesada por el sexo.
d. He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Muchas gracias.



BASE DE DATOS

ID	Edad	Ocupación	Estado Civil	Grado de Instrucción	Edad Gestacional	Antecedentes Obstétricas	Abortos Previos
1	25	1	2	4	5	2	2
2	36	1	2	3	17	4	2
3	21	1	2	2	6	2	2
4	19	3	2	3	7	3	1
5	33	1	2	4	8	2	1
6	28	1	2	3	12	1	1
7	34	5	3	2	4	1	1
8	20	1	2	3	20	2	2
9	28	2	1	3	16	1	2
10	34	4	2	3	8	2	1
11	18	2	1	3	16	1	1
12	36	3	2	5	6	1	2
13	29	3	2	3	13	3	2
14	35	1	2	5	11	2	1
15	23	2	1	3	13	1	2
16	25	2	1	3	13	1	2
17	18	2	1	3	11	1	2
18	38	5	2	3	9	3	2
19	44	5	2	2	7	3	2
20	22	1	2	2	19	4	1
21	38	3	3	2	15	4	1
22	21	1	2	4	17	1	2
23	32	1	2	3	14	2	1
24	21	1	2	2	6	3	2
25	34	1	2	3	20	4	2
26	20	2	1	3	20	1	2
27	20	1	2	4	13	1	2
28	39	4	2	2	16	4	1
29	39	1	2	3	7	4	1
30	37	3	1	3	14	1	2
31	19	2	1	3	5	1	2
32	19	2	1	3	9	1	2
33	18	1	2	3	13	1	2
34	33	1	2	3	12	2	2
35	36	1	2	4	10	1	1
36	29	1	2	3	14	2	1
37	27	1	2	3	5	3	2
38	35	3	2	4	12	1	1
39	24	1	2	5	5	1	1
40	27	1	2	3	12	2	2
41	33	1	3	4	8	3	1
42	27	3	2	4	6	2	2
43	27	3	2	3	8	2	2
44	23	2	1	3	10	1	2
45	26	1	2	3	13	2	1
46	23	1	2	3	8	2	1
47	26	1	2	2	9	2	2
48	34	1	2	2	13	3	1
49	31	3	3	4	8	2	2
50	21	2	1	3	13	1	2

ID	Embarazo deseado	Relación de Pareja	Apoyo Familiar	Consumo de Alcohol o sustancias	Neurología	Psiquiatría	NIVEL DE DEPRESION
1	2	3	2	2	1	1	3
2	2	3	1	2	2	2	1
3	2	4	2	2	2	2	1
4	2	5	2	2	2	2	1
5	1	4	1	2	2	2	2
6	2	3	2	1	2	2	1
7	1	4	2	2	2	2	1
8	1	4	1	2	2	1	2
9	1	3	1	2	1	2	2
10	2	3	1	2	2	2	1
11	1	4	1	2	2	2	3
12	1	3	1	2	2	2	2
13	2	4	1	2	2	2	2
14	1	3	1	2	2	1	4
15	1	5	1	2	2	2	1
16	1	3	1	2	2	2	1
17	2	3	2	2	2	2	2
18	2	3	2	2	2	2	4
19	1	4	1	2	2	2	2
20	2	4	1	2	2	2	1
21	2	3	1	2	2	2	3
22	1	4	1	2	2	2	1
23	1	4	1	2	2	2	2
24	2	4	1	2	2	2	3
25	2	4	1	2	2	2	1
26	2	3	1	2	2	1	2
27	1	4	1	2	2	2	1
28	2	3	2	2	2	2	1
29	2	3	2	2	2	2	2
30	2	3	2	2	2	2	3
31	2	4	1	2	2	2	3
32	2	4	1	2	2	2	2
33	2	3	1	2	2	2	1
34	1	4	1	2	2	2	1
35	1	4	1	2	2	2	3
36	1	3	1	2	2	2	2
37	1	4	1	2	2	2	1
38	1	4	1	2	2	2	1
39	1	3	1	2	2	2	4
40	1	3	1	2	2	2	2
41	1	4	1	2	2	2	3
42	1	3	1	2	2	2	1
43	1	4	1	2	2	2	1
44	2	3	1	2	2	2	3
45	2	3	1	2	2	2	2
46	1	5	1	2	2	2	1
47	1	3	1	2	2	2	1
48	2	3	1	2	2	2	3
49	1	4	2	2	2	2	1
0	2	3	2	2	2	2	3