

**UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADOS A PARTOS PREMATUROS EN
MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE MATERNIDAD DEL
HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO 2018**

**PRESENTADO POR LAS BACHILLERES:
CARPIO PALOMINO MADAI
SIWIN LOAIZA YULISA**

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**ASESORA: DRA ROSARIO SOTO
BRINGAS**

CUSCO-PERU

2019

DEDICATORIA

Dedico a Dios.

Por haberme guiado en cada paso de mi vida y haberme permitido llegar hasta aquí y lograr un objetivo más, gracias por su infinita bondad y amor.

A mis hijas Steffany Shirley y Majhumi Khiara.

Que fueron el motivo de esfuerzo cada día para cumplir las metas, ser guía y ejemplo para ellas en sus caminos al éxito.

A mi esposo Américo M. M.

Por apoyo constante que me ha brindado, fue muy importante, estuviste a mi lado inclusive en los momentos y situaciones más difíciles, siempre ayudándome. No fue sencillo, sin embargo siempre estuvo motivándome, y colaboro hasta donde le fue posible, incluso más que eso, Muchas gracias, amor.

A mi padre Percy C.D.

Por su esfuerzo y apoyo constante para el logro de mis objetivos, hoy se hace realidad el sueño de un padre de ver a los hijos logrando sus metas

A mi madre Buenaventura P.G.

Por su enseñanza de enfrentar la vida en base a esfuerzo y perseverancia, por sus consejos que me han permitido fortalecerme en la vida diaria y enfrentarlos.

A mis hermanos Percy y Laura.

Por su apoyo constante y que estuvieron pendiente de cada paso que me tocó dar y caminos que andar.

Madai.

DEDICATORIA

A Dios.

Por permitirme llegar hasta esta instancia y haberme dado salud así lograr mis propósitos además de la infinita bondad y amor.

A mi hija. Antonella. Ch.S.

Que es mi motivo primordial para mi educación y superación como persona.

A mi madre. Rosa. L.Ch.

A mi madre por haberse convertido en el pilar fundamental de todo lo que soy, en mi educación, tanto académica, como en la vida, por su apoyo incondicional perfectamente sostenido a través del tiempo.

A mis hermanos. Edwin. Yoni. Hanna.

Por su apoyo constante que estuvieron siempre alentándome a ser una persona de bien.

A una persona especial: Américo. M.

Por brindarnos su apoyo incondicional en la elaboración de nuestra tesis.

AGRADECIMIENTOS

Un eterno agradecimiento a la universidad andina del cusco, por haber sido la institución que permitió cumplir con nuestro sueño de formarnos como profesionales para un futuro veloz y competitivo, formándonos como personas del bien.

A nuestros docentes.

A quienes les debemos gran parte de nuestros conocimientos y estuvieron desde el inicio de nuestra formación profesional y a quienes fuimos conociendo a lo largo de ella. Gracias por habernos brindado los conocimientos necesarios, agradecemos la paciencia y la confianza que pusieron en nosotras para vernos llegar tan alto y seguir motivándonos para ser cada mejor

A nuestra asesora, dictaminantes y replicantes de tesis

Quienes nos ayudaron y guiaron en cada paso de su elaboración, y así lograr nuestros objetivos que es la tesis, estamos infinitamente agradecidas por la paciencia y el tiempo que nos brindaron.

Madai y Yuli

INTRODUCCIÓN.

La presente tesis está dirigida a investigar la relación entre la ansiedad y depresión asociadas a la edad gestacional en mujeres que tuvieron partos prematuros atendidas en los servicios de maternidad del hospital Antonio Lorena durante el primer trimestre del año 2018.

Los cambios fisiológicos que se producen durante la gestación, los factores sociodemográficos y factores gineco- obstétricos asociadas a los partos prematuros suponen supone un estrés materno que puede conducir a estados de ansiedad y depresión perjudiciales para las mujeres que asumen el rol de madre, afectando estados afectivos y psicológicos. Por ello es importante prestar especial atención a la salud mental de las púerperas, por los servicios de atención médicos, obstétricos y sociales.

Por otro lado, ante un cuadro de depresión postparto de la madre las consecuencias en el recién nacido pueden provocar alteraciones en el desarrollo emocional en suma una reducida interacción madre-hijo; la teoría respalda que la ansiedad y depresión postparto genera efectos devastadores no sólo en las madres sino también en el entorno familiar.

En el capítulo I. Se describe la caracterización del problema, donde se plantea la realidad problemática así mismo se formulan el problema principal y los problemas secundarios, así también, se plantea los objetivos de la investigación.

En el capítulo II. Se presenta el marco teórico de la investigación con la revisión de los antecedentes internacionales, nacionales y locales de investigaciones realizadas sobre la

ansiedad y depresión de las mujeres en sus etapas prenatal y posnatal. Así también, se describen las bases teóricas sobre las cuales se fundamentará la investigación.

En el capítulo III. Se establece, la metodología de la investigación, describiéndose el tipo, diseño de la investigación, así mismo, la población y muestra utilizadas en la investigación. También se definen las variables, dimensiones e indicadores, como las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

En el capítulo IV. Se presentan los resultados obtenidos de acuerdo a los instrumentos de recolección de datos aplicados a la muestra y su respectivo análisis y discusión de resultados, conclusión y recomendaciones.

RESUMEN

El objetivo principal de la presente investigación describir y establecer que niveles de ansiedad y depresión están asociados a los partos prematuros en mujeres atendidos en el Servicio de Maternidad del Hospital Antonio Lorena del Cusco durante el primer trimestre del año 2018.

La investigación corresponde a un estudio descriptivo, cuantitativo y de corte transversal, porque busca describir e identificar los factores determinantes para la manifestación de la ansiedad y depresión que son propias de las variables en estudio para luego identificar la relación existente entre las variables en estudios, así mismo el estudio es de tipo básico o sustantivo de carácter cuantitativo.

Los resultados que se obtuvieron muestran que los niveles de ansiedad y depresión no necesariamente se presentaron en madres que tuvieron partos prematuros o con una edad gestacional pre término, aunque si se muestra una ligera diferencia entre las madres que tuvieron partos pre término y a término, pero no se puede concluir a partir de esta diferencia como determinante para los estados de ansiedad y depresión.

Llegando a la conclusión que los niveles de ansiedad y depresión no están asociados con la edad gestacional en mujeres atendidas dentro de los servicios de maternidad del Hospital Antonio Lorena del cusco durante el primer trimestre del año 2018, pero es necesario tomar en cuenta que estas si son de mayor atención en la edad gestacional prematuridad extrema comprendida entre las 26 a 29 semanas de

embarazo que siendo una mínima cantidad de evaluadas mostraron niveles de leve a moderada y moderada a intensa.

Palabras Claves: Parto prematuro Ansiedad, Depresión.

ABSTRAC

The main objective of the present investigation is to describe and establish that levels of anxiety and depression are associated with premature births in women treated at the Maternity Service of the Antonio Lorena Hospital in Cusco during the first quarter of 2018.

The research corresponds to a descriptive, quantitative and cross-sectional study, because it seeks to describe and identify the determining factors for the manifestation of anxiety and depression that are characteristic of the variables under study and then establish the relationship between the study variables, likewise, the study is of a basic or substantive type of a quantitative nature.

The results obtained show that levels of anxiety and depression did not necessarily occur in mothers who had premature births or with a preterm gestational age, although there is a slight difference between mothers who had preterm and full-term deliveries, but did not can conclude from this difference as a determinant for states of anxiety and depression.

Concluding that levels of anxiety and depression are not associated with gestational age in women treated within the maternity services of the Antonio Lorena Hospital in Cusco during the first quarter of 2018, but it is necessary to take into account that these They are of greater attention in gestational age extreme prematurity between the 26 to 29 weeks of pregnancy that being a minimum amount of evaluated showed levels of mild to moderate and moderate to intense.

Key words: Premature delivery Anxiety, Depression.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
INTRODUCCIÓN.	vi
RESUMEN	viii
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE GRÁFICOS	1
CAPITULO I	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Caracterización del problema	1
1.2. Formulación de problema	3
1.2.1. Problema general	3
1.2.2. Problemas específicos.	4
1.3. Justificación de la investigación	4
1.4. Limitaciones de la investigación.	6
1.5. Consideraciones Éticas	6
1.5.1. Delimitación espacial.	6
1.5.2. Delimitación temporal.	6
1.6. Objetivos de la investigación.	7
1.6.1. Objetivo General.	7
1.6.2. Objetivo Específicos.	7
CAPITULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1. Estudios previos	8
2.1.1. Antecedentes internacionales.	8
2.1.2. Antecedentes Nacionales:	9
2.1.3. Antecedentes Locales.	11
2.2. Bases teóricas.	12
2.2.1. Parto prematuro	12
2.2.2. La ansiedad	18
2.2.3. Depresión.	34

2.3. Definición de términos.....	43
2.4. Hipótesis.....	44
2.5. Variables.....	44
2.5.1. Identificación de variables.....	44
2.5.2. Variables en estudio.....	44
2.6. Definiciones operacionales.....	45
CAPITULO III.....	47
DISEÑO METODOLÓGICO.....	47
3.1. Tipo de investigación.....	47
3.2. Diseño de la investigación.....	48
3.3. Población y muestra.....	48
3.3.1 Descripción de la población.....	48
3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	49
3.3.3 Muestra. Tamaño de muestra y método de muestreo.....	49
3.4. Técnica instrumentos y procedimientos de recolección de datos.....	49
3.5. Plan de análisis de datos.....	50
CAPITULO IV.....	51
RESULTADOS.....	51
4.1. Presentación de los resultados en tablas y/o gráficos.....	53
4.2. Respecto al objetivo general.....	60
DISCUSIÓN.....	64
CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES.....	69
BIBLIOGRAFÍA.....	71
ANEXOS.....	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características Gineco-obstétricos.....	53
Tabla 2: Edad Gestacional.	54
Tabla N° 3: Nivel De Instrucción	55
Tabla N° 4: Procedencia	56
Tabla N° 5: Edad de la madre.	57
Tabla 6: Niveles de Ansiedad.	58
Tabla 7: Niveles de Depresión.	59
Tabla 8: NIVELES DE ANSIEDAD Y EDAD GESTACIONAL.	60
Tabla 9: NIVELES DE DEPRESIÓN Y EDAD GESTACIONAL.....	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Características Gineco-obstétricos.....	53
Gráfico 2: Edad Gestacional.	54
Gráfico 3: Nivel de instrucción.....	55
Gráfico 4: Procedencia.....	56
Gráfico 5: Edad de la madre.	57
Gráfico 6: Niveles de ansiedad.	58
Gráfico 7: Niveles de Depresión	59

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Caracterización del problema.

El puerperio o postparto, conocido como cuarentena, “es el período de tiempo que se inicia tras el parto y finaliza a las 6 a 8 semanas del nacimiento, este es un período de vulnerabilidad emocional y de alto riesgo para desarrollar desórdenes emocionales, incluyendo así a la ansiedad y depresión posparto en las mujeres, estos episodios son complicaciones psiquiátricas más comunes de la maternidad”¹

La depresión posparto podemos entender como un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres en un tiempo después del alumbramiento, se escucha en las madres que padecen depresión posparto que ellas manifiestan sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades diarias como: cuidado de sí mismas y de otras personas, estos episodios pueden ocurrir dentro de los primeros días y prolongarse hasta un año después del nacimiento del niño, pero que usualmente ocurre dentro de los tres primeros meses²

¹Oviedo G., Jordan V. Trastornos afectivos post-parto. Vol. 47. 2da ed. Bogotá: Colombia. Javeriana; 2016.

² Evans G, Vicuña M, Marin R. Depresión post-parto realidad en el sistema publico de atención de salud. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2013.

El estudio de la depresión posparto tiene relevancia ya que ésta puede provocar alteraciones en el desarrollo emocional y cognitivo del recién nacido, de igual manera podría verse una reducida interacción madre-hijo, así también una mayor morbilidad y mortalidad materna; según los estudios de Beck, “hay una creciente evidencia de que la depresión posparto tiene efectos devastadores no sólo en las madres, sino también en sus familiares; en algunos estudios se ha mostrado que los hijos de madres deprimidas presentan resultados psicológicos y de comportamiento desfavorable, acompañado de bajo peso al nacer, y dificultades en el aprendizaje”.

Por otra parte, la ansiedad podríamos entender como una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos, tales como acciones, pensamientos, ideas, imágenes y otros, que pueden ser percibidos por el individuo como amenazantes o peligrosos, y normalmente se acompaña de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión que se presenta en mujeres puérperas.³

Según informe de la Dirección Regional de Salud Cusco la situación de la salud en la región Cusco se muestra preocupante. Así, la tasa global de fecundidad está alrededor de 4 hijos por mujer, la mortalidad neonatal aún persiste, así como la mortalidad materna.

³ Bect C.T. Predictors of postpartum depression. Rev. Nurs Res. 2012.

En el hospital Antonio Lorena del Cusco, no existe un servicio de Psicología plena y exclusivamente que se encargue de velar por el bienestar mental de las mujeres durante el período perinatal, como post natal, por lo que las mujeres embarazadas y las mujeres en período de posparto atendidas en este nosocomio podrían ser afectadas en su salud mental, dejándolas más susceptible a padecer estas patologías, la misma que podría complicarse debido a la presencia de factores tales como: un bajo ingreso económico, la falta de empleo, antecedente genético, abuso sexual en la infancia, rasgo de personalidad, baja autoestima o personalidad neurótica, registro de antecedente con trastornos de ansiedad o, alguna patología de tipo psiquiátrico, apoyo social deficiente, abortos previos, altos niveles de estrés antes o durante el embarazo, estado de salud de la madre y conflictos con la pareja.

Por estas consideraciones la presente investigación busca establecer relación existente entre la ansiedad y depresión asociadas a partos prematuros, atendidas en el servicio de Maternidad del Hospital Antonio Lorena de la ciudad del Cusco durante el primer trimestre del año 2018.

1.2. Formulación de problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión asociados a la edad gestacional en mujeres que tuvieron partos prematuros atendidos en el servicio de maternidad del hospital Antonio Lorena del Cusco durante el primer trimestre del año 2018?

1.2.2. Problemas específicos.

- ¿Cuáles son las características gineco-obstétricos en las mujeres con partos prematuros atendidos en el servicio de maternidad del Hospital Antonio Lorena del Cusco durante el primer trimestre del año 2018?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficos de las mujeres con partos prematuros atendidos en el servicio de maternidad del hospital Antonio Lorena del Cusco durante el primer trimestre del año 2018?
- ¿Cuáles son los niveles de ansiedad que se presentan en las mujeres que tuvieron partos prematuros atendidos en el servicio de maternidad del hospital Antonio Lorena del Cusco durante el primer trimestre del año 2018?
- ¿Cuáles son los niveles de depresión que se presentan en las mujeres que tuvieron partos prematuros atendidos en el servicio de maternidad del hospital Antonio Lorena del Cusco durante el primer trimestre del año 2018?

1.3. Justificación de la investigación

La presente investigación reviste importancia porque permitirá entender en qué medida los partos prematuros en mujeres guardan relación con algún nivel de ansiedad y depresión, a fin de establecer acciones preventivas o intervención y evitar dichos episodios.

Los resultados de la investigación permite entender cuáles son las implicancias que tiene un parto prematuro en la salud mental o emocional de las mujeres, por lo que es relevante para las instituciones o establecimientos encargados de atender el proceso de parto puedan tomarse medidas preventivas así como para las mismas usuarias y familias.

A partir de los resultados de la presente investigación los profesionales de la salud del hospital Antonio Lorena podrán tomar como referencia y entender como estas variables de investigación pueden guardar relación asumiendo acciones preventivas a fin de evitar episodios depresivos y ansiosos de esta manera optimizar la salud emocional del paciente del servicio de maternidad.

La investigación brindara información relevante para el conocimiento general y queda como aporte teórico, porque nos permite entender de manera práctica y didáctica de como las variables de estudio guardan relación en parte, por lo que los profesionales de la salud pueden recurrir como guía teórica a fin de asumir y orientar su labor a partir de los resultados de la presente investigación, así mismo permite a la población en general entender y que la mujer pueda tomar medidas preventivas cuando se encuentran en edad gestacional.

1.4.Limitaciones de la investigación.

La presente investigación se circunscribe netamente a la población de estudio, por lo que los resultados no se pueden extrapolar a otras poblaciones similares.

1.5.Consideraciones Éticas

En la investigación se consideró estrictamente las normas de éticas y protocolos al momento de recabar la información. Se les presento el consentimiento informado, el cual previo a la entrevista fue autorizado.

1.5.1. Delimitación espacial.

La presente investigación se circunscribe a la población de usuarios del servicio de maternidad del hospital Antonio Lorena, por lo que los resultados no pueden ser extrapolados en otras poblaciones.

1.5.2. Delimitación temporal.

La investigación se desarrolló durante el primer trimestre (enero-marzo) del presente año 2018 la aplicación del instrumentos ha sido desarrollado exclusivamente en este espacio temporal.

1.6.Objetivos de la investigación.

1.6.1. Objetivo General.

Describir y establecer que niveles de ansiedad y depresión están asociados a los partos prematuros en mujeres atendidos en el Servicio de Maternidad del hospital Antonio Lorena del Cusco durante el primer trimestre del año 2018.

1.6.2. Objetivo Específicos.

- Identificar las características gineco-obstétricos en las mujeres con partos prematuros que fueron atendidas en el servicio de maternidad del hospital Antonio Lorena del Cusco durante el primer trimestre del año 2018.
- Identificar las características sociodemográfico de las mujeres con partos prematuros atendidos en el servicio de maternidad del hospital Antonio Lorena del Cusco durante el primer trimestre del año 2018.
- Identificar los niveles de ansiedad que registren las mujeres que tuvieron partos prematuros atendidos en el servicio de maternidad del hospital Antonio Lorena del Cusco durante el primer trimestre del año 2018.
- Identificar los niveles de depresión que registran las mujeres que tuvieron partos prematuros atendidos en el servicio de maternidad del hospital Antonio Lorena del Cusco durante el primer trimestre del año 2018.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Estudios previos

2.1.1. Antecedentes internacionales.

Según, Gracia M. Navarro, García C.M, y Parra A. F. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la escala de depresión postnatal de Edimburgo, España 2004. **Objetivos:** Analizar las características psicométricas de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en relación con el Inventario de Depresión de Beck en una población de la Costa y Axarquía de Málaga (España).

- Analizar la consistencia interna y la estructura factorial de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, y la validez de convergencia y la eficacia diagnóstica entre escalas⁴.

Según, Lia A. Ceriani J. Cravedi V. y Rodríguez D. Estrés y depresión en madres de: un programa de intervención, Buenos Aires 2005.

Objetivo: Desarrollar y evaluar un Programa de Intervención Psicológica con la hipótesis que postula, aplicado tempranamente, desde la internación del niño prematuro

⁴ Gracia N, García M, Fernández A. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. [Online]; 2014 [cited 2014 Noviembre 3. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33750206.pdf>.

en la unidad de cuidados intensivos neonatales, reduciría los niveles de estrés y depresión en las madres de esos niños. Para demostrar la hipótesis enunciada se diseñaron un estudio que permitiera aplicar y evaluar un Programa de Intervención Psicológica transdisciplinario y multifactorial, en el recién nacido de muy bajo peso al nacer y a sus padres⁵.

2.1.2. Antecedentes Nacionales:

Según, Gómez C.S. Representaciones maternas en madres primerizas que presentan sintomatología depresiva postparto Perú 2012.

Objetivo. Describir las características de las representaciones maternas en un grupo de madres primerizas que presenten sintomatología depresiva post parto. Describir las representaciones maternas en un grupo de 15 madres primerizas de sector socioeconómico bajo que presentan sintomatología depresiva postparto⁶.

Según, Aramburú P. Arellano R. Jáuregui S. Pari L. Salazar P. Sierra O. Prevalencia y factores asociados a la depresión posparto en mujeres atendidas en el establecimientos de salud del primer nivel de atención en lima metropolitana Perú año 2004.

Objetivo. Determinar la tasa de prevalencia de la depresión posparto en mujeres de uno a seis meses de periodo posparto atendidas en establecimientos de salud

⁵ Lía R., Ceriani J., Cravedi, Rodríguez. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención Buenos Aires: Hospital Italiano; 2005.

⁶ Gómez Cardeña SL. Representaciones maternas en madres primerizas que presentan sintomatología depresiva postparto. Tesis. Lima: Universidad Católica del Perú, Lima; 2011.

del primer nivel del MINSA en Lima Metropolitana; además determinar los factores socio demográficos y gineco-obstétricos asociados⁷.

Según Mercado H. Y. Paccori Y. L. desarrolla la tesis: Factores asociados a la depresión en gestantes del instituto nacional materno perinatal Perú 2014, que tiene una semejanza en parte con nuestra investigación teniendo como objetivo de estudio fue,

- Determinar la asociación entre los factores psicológicos y la depresión en las gestantes y.
- Determinar la asociación entre los factores sociales y La depresión en las gestantes⁸, cuyos objetivos en parte podría asemejar a nuestra investigación.

Según Bustamante m. infante I. nivel de ansiedad en las gestantes adolescentes atendidas en un centro de salud Pomalca Chiclayo - Perú 2014⁹.

Objetivo: identificar el nivel de ansiedad que presentan las gestantes adolescentes atendidas en un centro de salud en agosto de 2014. Esta investigación llega a las siguientes conclusiones:

1. Las gestantes adolescentes presentan un nivel de ansiedad alto (37% y 33% estado y rasgo respectivamente). La mayoría (47%) presenta un nivel de ansiedad medio, tanto para ansiedad estado como para ansiedad rasgo, luego

⁷ Aramburú, Arellano, Jáuregui, Pari, Salazar, Sierra. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana. Revista Peruana de Epidemiología. 2004 Diciembre; 12(3).

⁸ Mercado Y, Paccori Yanac L. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. Tesis. Lima: universidad nacional mayor de san marcos, Lima; 2012.

⁹ Bustamante Santa CM, Infante Julca LJ. Nivel de ansiedad en las gestantes adolescentes atendidas en un centro de salud pomalca 2014. Tesis. Chiclayo: Universidad Privada Juan Mejía Baca, Lima; 2014.

2. Donde se observa que las gestantes adolescentes provenientes de las zonas rurales alcanzan un nivel de ansiedad estado alto (80%), mientras que en la ansiedad rasgo el porcentaje es igual en el nivel medio y alto (40%). La mayoría de gestantes adolescentes de las zonas urbanas alcanzan un nivel medio de ansiedad estado y rasgo (52% y 48% respectivamente).
3. Es este objetivo que guarda similitud en parte, donde según el grado de instrucción las gestantes adolescentes que cursan el nivel secundario tienen un porcentaje mayor de ansiedad (40%) como estado y rasgo en un nivel medio, mientras que en el nivel primario y superior no se encontraron porcentajes significativos de ansiedad.
4. Así mismo muestra que la mayoría de las gestantes adolescentes primigestas, presentan ansiedad estado y rasgo en un nivel alto y medio (40% y 30% respectivamente), mientras que las gestantes multigestas presentan bajos niveles de ansiedad como estado y rasgo.

2.1.3. Antecedentes Locales.

Según Zamalloa M. S. en sus tesis “Relación entre la ansiedad y depresión asociadas a partos prematuros en mujeres atendidas en el servicio de neonatología del hospital regional de Cusco – 2016”.

Objetivo. Determinar la relación existente entre los niveles de ansiedad y depresión que presentan las madres que tuvieron partos prematuros atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Cusco en el 2016.

a. Describir los factores físicos, psicosociales, socioeconómicos y familiares que inciden en la relación que existen entre los niveles de ansiedad y depresión de las mujeres que tuvieron partos prematuros.

b. Conocer los niveles de ansiedad y depresión de las madres que tuvieron partos prematuros atendidos en el Servicio de Neonatología de Hospital Regional de Cusco durante el año 2016.

- c. Determinar el grado de relación existente entre los niveles de ansiedad y depresión de las madres que tuvieron partos prematuros¹⁰.

2.2.Bases teóricas.

2.2.1. Parto prematuro

El peso bajo al nacer define a los recién nacidos que nacen demasiado pequeños; los partos pre término o prematuros son términos que se han sido utilizando para definir a los recién nacidos demasiado pronto, con respecto a la edad gestacional un recién nacido puede ser prematuro a término o de post-término; en la talla los bebés pueden ser de tamaño normal o pequeño, pero es apropiado para la edad gestacional. En estos últimos tiempos los científicos han denominado a la investigaciones como pequeño cuando un bebé está en la etapa gestacional menor a 10 meses que es menor al percentil. Como también hubo otros conceptos que le denominaron a este como restricción del crecimiento¹¹.

¹⁰ Zamalloa M. Relación entre la ansiedad y depresión asociada a partos prematuros en mujeres atendidas en el servicio de neonatología del hospital regional de cusco. Tesis. Cusco: Universidad Alas Peruanas, Lima; 2016.

¹¹Williams Obstetricia. Parto prematuro. In. Madrid: McGraw; 2008. p. 804.

Cuando el peso del bebe es mayor al nacer se le denomina percentil 90, y a este término se le ha denominado como grande en la etapa gestacional, que ira detallando el peso del bebe recién nacido. A todos los bebes recién nacidos se les designa con el termino edad gestacional cuyos bebes recién nacidos que varían entre los 10 y 90. El Peso bajo al nacer designa a los recién nacidos de 500 a 2 500 g de peso; peso muy bajo al nacer se aplica a los nacidos con 500 a 1 500 g de peso; y peso extremadamente bajo al nacer designa a los recién nacidos con 500 a 1 000 g de peso “a todos los bebes recién nacidos se les designa con el termino edad gestacional cuyos bebes recién nacidos que varían entre los 10 y 90”.

En 1960, se dice que un recién nacido que pesaba 1 000 gr y tenía un riesgo de 95% de morir. En la actualidad, un recién nacido con el mismo peso al nacer tiene una posibilidad de vivir en un 95% (Ingelfinger, 2007).

Esta notable mejora en la supervivencia se asume que es por la aplicación generalizada de los cuidados intensivos neonatales desde la década de 1970¹² donde se puso más interés en los cuidados iniciales después del parto.

Causas del parto prematuro

1. Muchos partos por indicaciones maternas o fetales donde se induce el trabajo de parto o el neonato nace mediante cesárea antes del trabajo de parto.

¹² Villalon H., Álvarez P., Baria E. et al. Contacto precoz piel a piel: efecto sobre los parámetros fisiológicos en las cuatro horas posteriores al parto en recién nacidos de término sanos. Revista Chilena de Pediatría, 2014

2. Se han desarrollado trabajos de partos prematuros espontáneos pero inexplicable con membrana intacta.
3. Cuando se dan rupturas prematura de membranas a pre término idiopáticas (PPROM, **idiopathic preterm premature ruptura of membranes**).
4. Partos gemelares y múltiples.

✓ **Ruptura prematura de membranas pretérmino.**

La ruptura prematura o temprana de membranas pre término, es definida como la ruptura de membranas que se da antes del trabajo de parto y antes de las 37 semanas, podría deberse a una amplia variedad de mecanismos patológicos incluida la infección intra-amniótica. Otros factores intervinientes pueden ser la condición socioeconómica baja, por otra parte el bajo índice de masa corporal (menos de 19.8), deficiencias nutricionales y tabaquismo.

Las mujeres con rotura de membranas a pre termina previa presentan un riesgo más alto de recurrencia durante el embarazo (Bloom et al., 2001). Sin embargo, casi todos los casos de rotura a pre término se presentan sin factores de riesgo.

✓ **Trabajo de parto prematuro espontáneo**

Muy a menudo, el parto prematuro (hasta 45% de casos presentados) es posterior al trabajo de parto espontáneo. Goldenberg. (2008) analizaron la patogenia de trabajos en partos prematuros y señalan factores:

(1) retiro de la progesterona, (2) inicio de la oxitocina y (3) una activación decidual.

Así mismo han observado desviaciones en el crecimiento fetal normal durante el trabajo de parto prematuro espontáneo resaltando la participación del feto (Morken et al., 2006).

La teoría del retiro de progesterona proviene de estudios realizados en corderos. En la medida que se acerca un parto, se dice que el eje fetal-suprarrenal se vuelve más sensible a una hormona llamada adreno corticotrópica este incrementa la secreción de cortisol (cap. 6, pág. 157). (Citado por Carpio 2019) “El cortisol fetal estimula la actividad de la 17 ahidroxilasa placentaria, lo que disminuye la secreción de progesterona e incrementa la producción de estrógeno”. Igualmente se resalta que la inversión del cociente de estrógeno o progesterona da por resultado hasta un incremento de la formación de prostaglandina, esto da inicio una cascada que culmina en un trabajo de parto. En los seres humanos, las concentraciones séricas de progesterona no descienden a medida que se acerca el trabajo de parto.

Aun así, puesto que los antagonistas de la progesterona como el RU486 inician el trabajo de parto prematuro y los progestágenos lo impiden, es posible que la disminución de las concentraciones locales de progesterona tenga una función importante en que la oxitocina intravenosa va incrementando la asiduidad y su ímpetu de las convulsiones uterinas, la oxitocina rescata una única parte al inicio del compromiso de nacimiento, pero vale aclarar que las míticas séricas de

oxitocina no siempre aumentan antes de un trabajo de parto y la depuración de oxitocina seguirán siendo continuas.

Se conoce que una camino significativo transporta al rudimento del compromiso de alumbramiento implicara la aceleración calumniosa de la decidua. Al final la aceleración entiende ser intervenida, por el método paracrino fetal-decidual quizá en intermedio de deflaciones limitadas en la muchedumbre de progesterona. Empero, en varios asuntos de adeudo de alumbramiento precoz, la aceleración decidual aumenta en el momento de hemorragia intrauterina o de una infección intrauterina oculta.

Los antecedentes y factores que contribuyen son:

▪ **Amenazas de aborto**

La hemorragia vaginal en las primeras etapas del embarazo se asocia a un incremento de los desenlaces adversos posteriores. Weiss et al. (2004) comunicaron las consecuencias de hemorragia vaginal a las seis a 13 semanas en cerca de 14 000 mujeres. Tanto la hemorragia leve como la intensa se acompañaron de un parto prematuro subsiguiente, desprendimiento prematuro de placenta y pérdida posterior del embarazo antes de las 24 semanas.

Clasificación de Prematuridad

Definición.

Es el recién nacido con edad gestacional menor de 37 semanas o 259 días.

Clasificación e incidencia.

Según el MINSA 2016 “La incidencia acumulada de prematuridad registrada para el año 2004 en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud es de 3,4 por 1000 nacidos vivos”.

CLASIFICACIÓN	EDAD GESTACIONAL
Prematuridad leve	34 a 36 Semanas
Prematuridad moderada	30 a 33 Semanas
Prematuridad extrema	26 a 29 Semanas
Prematuridad muy extrema	22 a 25 Semanas

Fuente: MINSA – 2016.

(Según William) los factores de riesgo asociados a la prematuridad considerados para la presente investigación son:

- a) Anemia de la madre.
- b) Desnutrición Materna.
- c) Infecciones del tracto urinario.
- d) Infecciones maternas (Toxoplasmosis, Rubéola, Citomegalovirus, Herpes simple, Sífilis: TORCHS).
- e) Enfermedad hipertensiva del embarazo.
- f) Embarazo múltiple.
- g) Ruptura prematura de membranas > 18 horas.
- h) Polihidramnios.

- i) Corioamnionitis.
- j) Intervalo intergenésico corto.
- k) Leiomiomatosis uterina.
- l) Útero bicorne.

2.2.2. La ansiedad

Se conoce a la ansiedad como una respuesta emocional o un patrón de respuestas, la misma que encierra aspectos cognitivos poco placenteros, además de tensión y aprensión; además de aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y de los aspectos motores que van a implicar comportamientos adaptados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad pueden darse tanto por estímulos externos o situacionales como también por estímulos internos al sujeto al cual llamaremos respuestas anticipatorias, tales como pensamientos, ideas, imágenes, que son percibidos por el individuo como algo peligrosos o amenazantes¹³.

Se considera como la respuesta de anticipación involuntaria que el organismo responde frente a los estímulos provenientes del exterior o interior, como pueden ser los pensamientos, ideas, imágenes, etc., lo que pueden ser percibidos por la persona como amenazantes y/o peligrosos, acompañados de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión, se trata de una señal que nos advierte a cada persona sobre un peligro inminente y nos permite a la vez adoptar medidas necesarias para enfrentarse a esa amenaza.

¹³ Sierra JC. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-estar E Subjetividade. 2003 Marzo; 10(3).

Se conoce que la ansiedad adaptativa o también no patológica se considera como sensaciones emocionales, que tiene distintas situaciones que estresan al paciente, se podría decir que esto es algo normal pero cuando la ansiedad supera lo normal se le considera patológica, que traerá muchas consecuencias tanto físicos como psicológicos y hasta en otros casos mayores puede producir graves conductas que en muchas veces son inespecíficos.

Se entiende que muchas enfermedades médicas podrían producir síntomas de ansiedad en las personas, lo que puede entenderse como el resultado funcional inmediata de un padecimiento clínico, para ello debe evaluarse la leyenda clínica, la investigación mecánica, las ensayos de estancia así como las culturas suplementarios ineludibles según las señales del sufrido(a), se entiende que los niveles altos de neocriticismo podrían aumentar el riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad¹⁴.

Ansiedad patológica.

Según los estudios cuando la ansiedad pasa a otro nivel que es desconocido afectando al paciente en muchos factores se le denomina ansiedad patológica. Dentro de estos síntomas de la ansiedad patológica hay muchas enfermedades en común que se acoplan a esta como son los traumas, trastornos de ansiedad y entre muchas más enfermedades que hasta en casos extremos pueden ser mortales.

¹⁴ PERSIC. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista mal estar. 2013 Agosto; 2.

No solamente existe estas definiciones sino que también al miedo se le denomina como ansiedad social, la cual expresa temor ante socializarse con las demás personas de su entorno. Si comparamos con la ansiedad patológica es complicado poder identificar las razones por las cuales uno tiene este síntoma, ya que te hace sentir angustiado y de mucho miedo, esa enfermedad tiene su relación con los problemas de las personas ya que nace cuando cuando una persona tiene temor a tomar decisiones el da como resultado problemas.

Hubo muchos estudios tratando de conocer con precisión cuales son las causas de la ansiedad, pero solo se detalla que se favorece con las complicaciones de las personas, se le denomina a esto como un común entre los síntomas en comparación con el trastorno mental de la depresión”

Se conoce como rarezas armónicas al el sistema límbico (córtex paralímbico), ya que está ubicado en la parte del cerebro que tiene muchas complicaciones físicas, por causas de medicinas, drogas y alcohol entre u otras medicamentos que solo complican las cosas”¹⁵.

¿Cuál es la diferencia entre ansiedad normal y patológica?

Se conoce que la ansiedad es normal y adaptativa permite a la persona responder a un estímulo de una forma adecuada, esta se presenta ante estímulos reales o potenciales que podrían ser no imaginarios o inexistentes, la reacción es

¹⁵ Reyes Ticas. Trastornos De Ansiedad Honduras; 2013.

proporcional cualitativa y cuantitativamente, en el tiempo, duración y la intensidad.

Se entiende que la ansiedad es considerada patológica cuando un estímulo supera la capacidad de adaptación del organismo y aparece una respuesta no adaptativa, intensa y desproporcionada, que obstruye con el funcionamiento cotidiano y reduce el rendimiento laboral, académico físico. Es acompañada de sensaciones desagradables y desmotivadoras.

La característica más común de la ansiedad patológica que se presentan es transversal sin estímulo, tiene su inicio por estímulos que no precisamente deben de provocar ansiedad en las personas, pero se asocia a las preocupaciones del individuo

La diferencia entre una ansiedad normal y ansiedad patológica es que esta enfermedad tiene su variación según sea el comportamiento de cada individuo y el nivel de preocupación que surge de su vida cotidiana. Estudios recientes afirman que según la (DSM-IV y DSM-5, que es ansiedad patológica cuando genera en un individuo malestar o aislamiento social, es muy importante trata de distinguir estas enfermedades y el tipo de ansiedad que está generando esta enfermedad.

Además señala que “Si una persona reacciona en alguna ocasión con altos niveles de ansiedad ante una situación, ante la que otras no experimentan tanta ansiedad, se puede considerar simplemente una reacción ansiosa de alta

intensidad, o aguda en un nivel no considerable, que es puntual y no extrema. Esto no suele suponer ningún trastorno”.

Se le puede denominar a esta enfermedad casi como un problema mortal cuando el individuo presenta síntomas excesivos dando un alcance a un nivel supremo de ansiedad, controlando las emociones de una persona, hasta tal punto que puede llegar a convertirse en una enfermedad crónica.

Un síntoma de ansiedad no siempre será patológico. Entendemos esto cuando la situación que la provoca requiere una fuerte reacción de alarma que prepare para la acción (si se exige una gran concentración en una tarea para la que se necesitan muchos recursos de la atención o si requiere una gran activación a nivel fisiológico, porque se necesita tensar más los músculos, bombear mayor cantidad de sangre, más oxígeno, etc.). Esta reacción de ansiedad ayuda a responder mejor ante esta situación”¹⁶.

Síntomas.

Se entiende que cuando la ansiedad se convierte en patológica provoca malestar significativo en la persona, con síntomas que pueden afectar tanto al plano físico como también al conductual y psicológico, entre los que cabe destacar¹⁷:

Físicos: Entre los que se consideran los siguientes síntomas y signos.

- Vegetativos: como la sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.

¹⁶ DSM V, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. American Psychiatric Association.

¹⁷ Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad Madrid: Gran Vía; 2008.

- Neuromusculares: temblores, tensión muscular, cefaleas, parestesias.
- Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.
- Respiratorios: disnea.
- Digestivos: tenemos náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento.
- Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.

Entre lo psicológicos y conductuales: tenemos

- Aprensión y preocupación.
- Sensación de abatimiento.
- Temor a perder el control, a veces sensaciones de muerte inminente.
- Dificultad para concentrarse, sensaciones de pérdida de memoria.
- Inquietud, irritabilidad, y desasosiego.
- Conductas de evitativas a determinadas situaciones.
- Inhibición psicomotor.
- Obsesiones y a veces compulsiones.

Por otro lado estos niveles pueden influírse los unos en los otros, es decir, los síntomas cognitivos pueden influir en los síntomas fisiológicos y estos a su vez activar los síndromes. Sin embargo esos síntomas se pueden confundir con algunas enfermedades, tales como son la arritmia cardíaca, la hipoglucemia o la enfermedad celíaca o ventral por ello se recomienda a los pacientes someterse a un examen médico completo para evaluarlos.

Tipos de ansiedad y características

En vista que las personas a lo largo de su vida experimentan los trastornos de ansiedad de una u otra manera, los psicólogos y psiquiatras han establecido categorías para cada uno de los diferentes tipos de ansiedad.

De acuerdo al DSM V-TR, esta son las siguientes¹⁸.

- Trastorno Obsesivo compulsivo (TOC)
- Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT)
- Trastorno de pánico
- Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAD)
- Fobia Social
- Agorafobia
- Fobia específica

1. Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Como su mismo nombre le denomina este síntoma se caracteriza por los extraños comportamientos que opta el individuo.

No todos los síntomas serán malos un ejemplo de este trastorno es que sería beneficioso para uno en el punto de vista de que previene los problemas futuros que pueda pasar, dando una problemática de repetición del acto se le denominara trastorno de preocupación.

Una de las características más generales de esta enfermedad es que produce actitudes impulsivas, que tiene relación con los pensamientos intrusivos que tienen como objetivo dar preocupación a las personas dando

¹⁸ Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad Madrid: Gran Vía; 2008.

como resultado ansiedad al individuo , es como un ciclo vicioso que da vuelta en los pensamientos una y otra vez.

Por ejemplo, una obsesión puede caracterizarse por el siguiente pensamiento “si no encendemos y apagamos el interruptor de la habitación diez veces seguidas nos vamos a morir”. La compulsión, en cambio, “es el acto de encender y apagar las luces, el hecho de no realizar las compulsiones provoca un gran malestar y un sentimiento fuerte de ansiedad¹⁹ .

2. Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Este trastorno se da cuando el individuo tuvo un recuerdo emocional que impacto su vida y trae recuerdos consecutivamente por qué no lo puede olvidar, un ejemplo seria ver como matan a tu mama en tu vista, esto sería algo traumaste para uno.

Dependiendo al nivel que tuvo el acto a recordad del individuo y a las complicaciones que le genera en su vida, es necesario que en caso ocurra este fenómeno reciba apoyo psicológico, porque será complicado resolverlo individualmente.

Los síntomas pueden ser:

- Revivir el trauma
- Responder a estresores.
- Ansiedad recidivante

¹⁹ Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad Madrid: Gran Vía; 2008.

- Problemas emocionales.

3. Trastorno de pánico

Este trastorno se debe a un temor que tuvo el individuo siente que le falta el aire constantemente y que se está muriendo, son síntomas que son literales que hubo casos en las cuales los pacientes fueron hospitalizados, es necesario tomar medidas precavidas de todos estos trastornos²⁰.

Los síntomas son altamente debilitantes y estas incluyen los siguientes síntomas:

- Arremetidas de espanto inesperados y además repetidos.
- Si una vez le ha pasado ataque de pánico, el individuo piensa que esta escena volverá a suceder de nuevo.
- Intensa preocupación por estos síntomas de ataque de pánico, por ejemplo, al pensar que es una enfermedad médica no diagnosticada o que van a sufrir un infarto.
- Suceden cambios en su comportamiento habitual, pues evitan hacer actividad física por los síntomas que experimenta la persona.
- Estos ataques pueden durar una media hora, y el pico más alto se da a los 10 minutos aproximadamente.
- la frecuencia puede variar, por ejemplo varias veces al día o como podría ser una vez al año.

²⁰ Armando J. Tipos de Trastornos de Ansiedad y sus características. [Online].; 2015 [cited 2016 Agosto 12. Available from: <https://psicologiyamente.com/clinica/tipos-de-trastornos-de-ansiedad>.

Pánico al parto

Kristina Hofberg e Ian Brockington dicen en su totalidad todas las mujeres tienen pánico al parto que es un tema que se supone siempre y el cual deben de superarlo, según Louis en su libro “Tratado de la locura de las mujeres embarazadas, madres primerizas y nodrizas” refiriéndose a los miedos de la futura madre en los siguientes términos: “Si son primerizas, la expectativa de un dolor desconocido les preocupa hasta tal punto que pueden desarrollar un estado de ansiedad indescriptible”.

Si ya han sido madres anteriormente, les aterra el recuerdo del pasado y la perspectiva del futuro; tienen la íntima convicción que deben sucumbir a la prueba que les espera”. También, “que esta idea adquiere la proporción de idea fija y se convierte en el punto de partida de una disposición melancólica que opaca todos sus pensamientos”.

Esto puede entenderse en nuevas cláusulas, que, incumbe a una efectiva aversión degradante que el conveniente autor narra en referencia.

- Según Mariano Querol “la tocofobia primaria, en su estudio analizando a mujeres sacó conclusiones de que cuatro de ellas, que el parto se relaciona con las relaciones obtenidas de adolescente, usando diferentes métodos anticonceptivos con el temor de quedar embarazadas los otros cuatro mujeres estuvieron embarazadas porque ansiaban tener un bebé .

- Sin embargo La tocofobia secundaria que se aplicó a 14 mujeres, que 12 de ellas tuvieron miedo de dar el parto porque pensaron que sus hijos iban a nacer muertos y que no aguantaban el dolor del parto, que posiblemente esto les cause ansiedad por el temor que a las finales dieron parto por cesaría, y solo dos mujeres dieron el parto normal²¹.
- La tocofobia, tiene su origen cuando el individuo tiene miedo a quedar embarazada y a correr con los síntomas de ello y afrontar esta nueva etapa, esta logra conducir indicios degradante del cual la tocofobia puede constituir porción.

4. Trastorno de ansiedad generalizada

Casi todas las personas tienen este síntoma pero de forma leve, se ponen preocupantes o nerviosos cuando es la primera vez, un ejemplo seria cuando una persona tiene una entrevista de trabajo y se poner nervioso y preocupante por lo que sucederá existen situaciones en las cuales esto puede generar estrés²².

En el TAD, existe muchas preocupaciones en este ámbito las situaciones suelen ocurrir periódicamente hasta a veces de forma

²¹ Doctissimo. Tocofofia, pánico al parto. [Online]. 2014 [cited 2015 Marzo 15. Available from: <http://www.doctissimo.com/es/bienestar/psicologia/fobias/tocofofia-panico-al-parto>.

²² Armando J. Tipos de Trastornos de Ansiedad y sus características. [Online].; 2015 [cited 2016 Agosto 12. Available from: <https://psicologiamente.com/clinica/tipos-de-trastornos-de-ansiedad>.

persistente afectando la vida del individuo, brindando afección a su vida cotidiana y en su vida social con los familiares amigos entre otros.

5. Fobia Social

Muchos investigadores lo han confundido como timidez, sin embargo no es así ya que la fobia social es más comprometedor y los que lo poseen no saben cómo controlarlo y están en busca de ayuda y de cómo superarlos, por lo general siempre tratan de evitar estas circunstancias.

Casi todos sentimos temor de hablar con una persona pero en la fobia social es más extremo porque no es algo normal ya que trae consecuencias graves en la vida de uno mismo, estas son el tipo de personas que van a comer solos a un restaurante con un temor a ser criticado o regañado.

6. Fobias Específicas

Estas fobias con miedos, temores que siente una persona al no querer toparse con un objeto, insecto o situación, siempre tratan de evitar los momentos aterradores que puedan pasar, son miedos que no se les entiende o muy exagerados²³.

²³ Ruiz M. Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia Madrid: Begoña; 2014.

Escala de ansiedad de Zung

Según Buenaño (2012) la escala de ansiedad fue diseñada por Zung en 1971 con objeto de “disponer de un instrumento que permitiera la comparación de casos y datos significativos de pacientes con ansiedad”. Según su autor, debería permitir el seguimiento, cuantificar los síntomas en números, ser corta y simple y de fácil aplicación a la vez estar disponible en dos formatos. En realidad es dos escalas. (Anxiety Status Inventory) (ASI) y otro auto administrado (Self-rating Anxiety Scale) (SAS) Las 2 escalas constan de 20 ítems.

Pero están adaptados a la forma de administración de cada una. 5 ítems hacen referencia a síntomas afectivos y 15 ítems a síntomas somáticos de ansiedad, los ítems deben ser valorados por el examinador en una entrevista con el paciente y utilizando tanto las observaciones clínicas como la información aportada por el paciente nos permitirá entender el nivel de ansiedad que posea la paciente en este caso las parturientas..

Al aplicar la escala, las preguntas deben hacer referencia más o menos a un periodo anterior de una semana, con objeto de estandarizar los datos, pues cada ítem debe valorarse de forma independiente como una unidad, para intentar evitar el efecto “halo”. Cada puntuación debería ser el promedio de un amplio rango de respuestas observadas u obtenidas y no necesariamente imprimir la máxima severidad. Concluida la prueba las respuestas son cuantificadas

mediante una escala de cuatro puntos (1 a 4) en función de la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas, tiene un margen de confiabilidad:

Además los coeficientes de correlación fueron estudiados por Zung es de 0.66.

“El Zung es un test estandarizado que tiene normas elaboradas en percentiles, tanto para la evaluación de la ansiedad (EAA) como para la medición de la depresión. El test de Zung, que esta baremado permite medir el grado sintomatológico de los evaluados y los ubica en categorías de ansiedad (EAA): - No existe Ansiedad Presente. - o Ansiedad Mínima A Moderada. – tampoco Ansiedad Marcada A Severa. - Ansiedad En Grado Máximo. 17
5.2.2.2. Inventario de Ansiedad, Rasgo – Estado (IDARE) Inventario de Ansiedad, Rasgo – Estado (IDARE)” Spielberger, Charles; Díaz – Guerrero, Rogelio (1975)

la procedencia de este instrumento es Estado Unidos, de ellos se hizo la adaptación en México, en 1975, en cambio Rojas adapto en Lima Perú ene l año 1997, “su administración puede ser individual y colectiva, su estimado de duración en su aplicación varía entre 15 minutos, su significación es medir dos dimensiones de ansiedad: Estado (se refiere a como se siente el sujeto en ese momento) y rasgo (cómo se siente generalmente), su uso puede darse en las áreas de Educativo, Clínico y en investigación, su aplicación debe darse en personas con nivel educativo Medio – superior, su puntuación es de Calificación manual”.

El inventario de ansiedad rasgo – estado IDARE fue construido por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970 con el propósito de ofrecer una escala relativamente breve y confiable para medir rasgos y estados de ansiedad, sin embargo la versión en español de dicho inventario fue publicada en el año 1975 por Spielberger, Martínez, Gonzales, Natalicio y Díaz con asistencia de otros psicólogos de 10 países latino americanos, entre ellos el Perú.

(Spielberger y Díaz – Guerrero, 1975). Refieren “El IDARE está conformado por 40 ítems separados en dos escalas de autoevaluación para medir la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado. La escala A Rasgo (SXR) está conformado por ítems (7 directos y 13 inversos) en la cual se presentan afirmaciones para describir cómo se sienten generalmente las personas ante situaciones de estrés ambiental. Mide la propensión a la ansiedad; la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en A-Estado”. Por su parte, la escala A-Estado (SXE) está conformado por 20 ítems (10 directos e inversos) donde se pide a los participantes que indiquen cómo se sienten en situaciones específicas de presión ambiental. Este mide el nivel de ansiedad transitorio experimentada en una situación determinada; evaluando los sentimientos de tensión, como nerviosismo, preocupación y aprehensión que experimentan los sujetos.

Aquí los evaluados contestan a cada una de las afirmaciones ubicándose en una escala likert de cuatro dimensiones que van de 1 a 4. En la escada A – Estado las opciones de respuestas en la escala Likert de intensidad son:

1- no en lo absoluto, 2- Un poco, 3 – Bastante, 4- Mucho;

2- Mientras que en la escala A- Rasgo, las opciones en la escala Likert de frecuencia son: 1- 18 Casi nunca, 2- Algunas veces, 3- Frecuentemente, 4- Casi siempre.

Cabe señalar que en el IDARE, en la escala estado hay 10 ítems positivos de ansiedad (a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativos (a mayor puntuación menor ansiedad). De igual forma en la escala rasgo hay 13 ítems positivos (a mayor puntuación mayor ansiedad) y 7 negativos negativos (a mayor puntuación menor ansiedad) (Castro, 2016).²⁴

Escala de autoevaluación para la depresión de Zung

Esta escala de Autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo. La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar en nivel de depresión en la que se encuentra un paciente. Contiene 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras, otras 10 preguntas elaboradas de forma positiva, y otras 10, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4.

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49. Rango normal

²⁴ Buenaño J. (2012). Eficacia de la musicoterapia como técnica psicoterapéutica para la eliminación de sintomatología en pacientes con trastornos ansiosos en el hospital pablo arturo suárez de la ciudad de quito, en el período de enero del 2010 a junio del 2010.

- 50-59. Ligeramente deprimido
- 60-69. Moderadamente deprimido
- 70 ó más, severamente deprimido²⁵.

2.2.3. Depresión.

La depresión proviene del latín, que significa ‘opresión’, ‘encogimiento’ o ‘abatimiento’ es el diagnóstico psiquiátrico que describe al trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, que se caracteriza por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además que puede provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida diaria. Estos desórdenes depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de un estado de ansiedad²⁶.

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la dimensión afectiva: mostrando tristeza patológica, un decaimiento, irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo además limitar la actividad vital habitual, independientemente de que la causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.

²⁵ GuiaSalud. Tratamiento de la ansiedad. [Online]. [cited 2015 Enero 18. Available from: http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/apartado06/tratamiento_ansiedad.html.

²⁶ Kramer PD. Contra la depresión Barcelona: Seix Barral; 2006.

Entre los principales tipos de depresión se considera el trastorno depresivo mayor, trastorno ciclotímico, trastorno distímico, trastorno afectivo estacional y depresión bipolar.

Los trastornos depresivos mayores, el distímico y el ciclotímico son las formas más comunes de depresión, pero el trastorno distímico y ciclotímico son más crónicos, se presentan con una tristeza persistente, episodio que dura durante al menos dos años. El trastorno afectivo estacional tiene los mismos síntomas que el trastorno depresivo mayor, en lo que difiere es que este se produce en una época del año, suele ser el invierno. La depresión bipolar es la fase depresiva de un trastorno llamado trastorno bipolar²⁷.

Criterios diagnósticos según la CIE 10 y los criterios diagnósticos Episodio Depresivo Mayor. Cinco síntomas o más de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan cambios respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es: 1) estado de ánimo depresivo o 2) pérdida de los intereses o de placer²⁸.

Síntomas:

1. Estado de ánimo depresivo durante la mayor parte del día, o casi todos los días.
2. Disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante parte del día, casi todos los días.

²⁷ Fundación Lescer. Depresión. [Online].; 2013 [cited 2013 Setiembre 18. Available from: http://www.infodca.com/ficha_show/455.

²⁸ MORENO A., DOMÍNGUES L., FRANÇA P. Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2010.

3. Pérdida marcada de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito.
4. Insomnio o también hipersomnia casi todos los días.
5. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
6. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.
7. Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).
8. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autor reproches o culpa por estar enfermo).
9. Pensamientos recurrentes de muerte y no sólo temor de morir, se presentan ideas suicidas recurrentes sin un plan específico o un intento de suicidio.

La depresión en las mujeres

Es mayor o doble a la que presenta un varón, quizás los factores hormonales con los que contribuyen a la regulación crecidamente alta de depresión en las mujeres, lo otro seria el contexto de las mujeres, su forma de vivir que va relacionado al machismo (enfoque de naturaleza).

Hay muchos factores por las cuales una mujer puede tener depresión, una de ellas es la menstruación, el embarazo, entre otros, esto se que tiene su función con la etiopatogenia debe a que las hormonas en las mujeres son en menores

niveles de estrógenos. Posparto es un trastorno depresivo que puede afectar a las mujeres después del nacimiento de un hijo. Está ampliamente considerada como tratable²⁹.

Revisión de literatura sobre la depresión

Según la OMS (2012), “en el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión, un trastorno mental que altera sus vidas. La depresión se caracteriza por una sensación persistente de tristeza que interfieren con las actividades laborales, escolares o domésticas del ser humano”³⁰.

Según Aron Beck comenta que, “la depresión cuando uno es vulnerable al estrés en gran manera, creando en si pensamientos negativos, tristeza”. Desde hace unos años, la depresión se ha definido como “la reunión de síntomas afectivos, cognitivos y somáticos, los cuales crean en la persona sensaciones de malestar e impotencia frente a la vida. Ramírez (2003) considera que “la depresión afecta tanto el estado de ánimo como la mente de la persona quien la presenta, teniendo repercusiones no solo en la alimentación, descanso, sino también en la autoestima”.

De acuerdo a lo escrito anteriormente las mujeres tienden a tener estrés en mayor proporción que los hombres y el estrés se diagnostica como una enfermedad evaluando los síntomas que presenta el paciente viendo los ánimos depresivos que tiene. Además, “las frecuencias de estos trastornos se elevan

²⁹ Ecured. la Depresión en la mujer. [Online].; 2013 [cited 2013 Noviembre 8. Available from: <https://www.ecured.cu/Depresión>.

³⁰ OMS. La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. [Online]. [cited 2012 Abril 28. Available from: https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/.

importantemente en el embarazo y en la etapa después del parto que en otras épocas del ciclo vital”.

Según los resultados de la OMS (2012), indica que anualmente hay 136 millones de nacimientos de los cuales 20 poseen dificultades las más frecuentes son la depresión, anemia entre otras. También se sabe que la mujer antes de dar a luz es la etapa en la que es más vulnerable emocionalmente ya que después del parto necesariamente tendrá estrés esto es un 13% el cual genera tristeza y ansiedad en las mujeres³¹.

La depresión postparto

La depresión post-parto también conocida como depresión post natal, DPP, es una forma de depresión que puede afectar a las mujeres, esta se después del parto, los síntomas más frecuentes son los sentimiento de tristeza en la mujer, raras veces son síntomas depresivos, en comparación con la depresión pre parto ambos casos son tratables”.

Hay muchas referencias estudios sobre esta enfermedad, según la OMS hay un 5% y 25% de prevalencia, pero no se tiene una cifra exacta por que no se puede determinar con exactitud cuáles son los factores del cambio hormonal de

³¹ OMS. La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. [Online]. [cited 2012 Abril 28. Available from: https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/.

la mujer para poder determinar los factores que tiene esta en su evaluación a la depresión. »³².

Generalmente en las mujeres se presenta el babyblues que es un trastorno temporal que aparecerá a los 2 a 4 días después del nacimiento del bebé y que tendrá su déficit levemente sin graves consecuencias. Médicos definen que babyblues es la existencia de una alteración leve en el estado de ánimo de la madre puérpera, causando depresión de forma espontánea en las mujeres, que normalmente la depresión se da por tener cambios hormonales afectando al carácter.

La depresión posparto se considera “a la depresión que se inicia en las primeras doce semanas tras el parto debido al gran cambio que se produce con la llegada de un niño, con síntomas depresivos típicos: tristeza, sentimientos de desesperanza y de minusvalía, insomnio, pérdida de apetito, lentitud de movimientos, pensamientos recurrentes de muerte, síntomas físicos varios – molestias digestivas, dolor de cabeza, fatiga –, ansiedad elevada, etc”. Las agresiones de la madre hacia el niño durante este estado pueden ser excepcionales³³.

³² Medline Plus. Depression posparto. [Online]. 2015 [cited 2015 Junio 24. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007215.htm>.

³³ ROJAS G., FRITSCH R., SOLIS J., GONZÁLEZ M., GUAJARDO V., ARAYA R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. Rev. Méd. Chile. 2006.

Desarrollo de la depresión postparto

Normalmente se dan con frecuencias la depresión después del postparto, hay mujeres que la tienen en menor proporción según sea su contexto de vida, como también hay mujeres que desarrollan una depresión alta continuamente trayendo conclusiones graves a la mujer por factores de temor, de cómo criar a su hijo si tendrá la ayuda necesaria para criar a su hijo las dificultades que tendrá en su familia causando en la mujer una profunda tristeza al estar pensando en todas estas cosas cuando depresión en si puede haber otros factores desconocidos.

Revisión de literatura sobre la depresión postparto

Es importante abordar los factores de riesgo que se encuentran inmersos en la mujer que presenta depresión postparto, con el propósito de evaluar las variables psicológicas asociadas a la maternidad y de cierto modo la influencia de estas para generar cambios marcados en la conducta de la mujer.

Según Sarton (2006), En este orden de ideas, el primer documento médico a cerca de los desórdenes psicológicos después del parto fue descrito por el físico francés Jean Esquirol en el año 1838. Así mismo, en 1859 Marcé estableció la relación entre los síntomas físicos y psicológicos tales como confusión y delirio en madres después del parto, ya con el paso del tiempo se ha podido distinguir 5 desordenes del humor asociados al periodo postparto, entre

estos síntomas son más frecuentes los actos compulsivos, trastorno, cabe mencionar que mayormente se da la depresión después del parto.³⁴

Según estudios se determinó que 1 de cada 20 mujeres tienen depresión después del parto que estará con ellas hasta los 12 meses después de tener su bebe, la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año postparto (Zaconeta, y França, 2004).

Del mismo modo Ayala, 2007, refiere “que la depresión postparto es la causante de sufrimiento tanto para la madre como para la familia de la misma manera este trastorno se caracteriza por las mamás que experimentan síntomas tales como irritabilidad, cambios de humor, fatiga, interrupción del sueño, miedo de estar sola, falta de concentración, tristeza, culpa, pérdida de interés y placer en actividades y cambios en el apetito” (Zauderer & Davis, 2012).

A la depresión no se le designa como una enfermedad propia si no que se le diagnostica como relación de los trastornos según sea el estado de ánimo del paciente en el DSM-V-TR como en el CIE-10, según este manual la depresión nace cuatro semanas después de haber dado luz y la intensidad es mayor que en el pre parto.”.

Así mismo, el DSM V TR y Zaconeta et al (2004), coinciden que los síntomas de depresión postparto son: estado de ánimo depresivo, disminución de la capacidad para el placer, pérdida de energía, ansiedad, labilidad emocional,

³⁴ Hasbún J., Risco L., Jadresic E. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2010.

irritabilidad, llanto, sentimientos de culpa, ideación suicida, pensamientos recurrentes de muerte o sentimiento de culpa, dificultades para concentrarse, pérdida del deseo sexual, sentimientos de incompetencia como madres y excesiva preocupación por el estado de salud del bebé.

Espíndola y Morales (2004) refieren que “La depresión después del parto se caracteriza por iniciar en las cuatro primeras semanas después del alumbramiento de un hijo. Su sintomatología no difiere en general de la sintomatología de los episodios afectivos que no cuentan con esta característica de inicio, Sin embargo, puede ser más frecuente el curso fluctuante y la labilidad del estado de ánimo”.

Sin embargo, todos los síntomas depresivos mencionados anteriormente pueden guardar relación con distintos factores en las madres. Por ejemplo, Costas, Fornieles, Botet y Boatella (2007), “aseguran que el tener un hijo supone cambios en todas las dimensiones de la mujer, es decir, la mujer puede presentar cambios psicológicos, sociales, emocionales y por supuesto físicos, lo que puede posiblemente conllevar a que la madre presente duelos por pérdida de la independencia, de la imagen corporal anterior, de la vida en pareja sin hijos y de la vida laboral que llevaba”.

2.3. Definición de términos.

1. **Ansiedad.** – Es el miedo anticipado a padecer un daño o desgracias futuras, acompañado de un sentimiento de temor o síntomas somáticos de tensión.
2. **Depresión.** - Conducta frente a situaciones de frustración, pérdida, privación o dolor, que tiene un carácter unico en su aparición, estructura y función, pues mediante este concepto, Pichón Riviere “unifica las enfermedades mentales a través de su teoría de la enfermedad única, y en este marco discrimina diferentes tipos de depresión: depresión del desarrollo, depresión desencadenante, depresión regresional y depresión iatrogenia, constituyendo ellas el núcleo básico del acontecer de la enfermedad y de la curación”.
3. **Prematuro.** - Nombre genérico con el que se conoce a los recién nacidos antes del tiempo esperado.
4. **Puérpera.** - Mujer que se encuentra en el periodo posterior al alumbramiento.
5. **Grupo etario.** - Relativo o perteneciente a la edad de las personas.
6. **Prenatal.** - Procesos que abarca desde la concepción que comprende sus tres fases: cigoto, embrionario y fetal hasta los momentos previos al parto.
7. **Perinatal.** - Determina las fases del parto que son 3, el primer período de labor respectiva a la etapa de nacimiento, un segundo período de labor es del transcurso de alumbramiento y una tercera la fase del posparto.
8. **Postnatal.** – Se conoce como aquella etapa posterior al nacimiento y que se extiende desde la infancia hasta la senectud.

2.4.Hipótesis

2.5.Variables.

2.5.1. Identificación de variables.

2.5.2. Variables en estudio.

Variable independiente.

- V. I: Partos prematuros. (edad gestacional)

Variable dependiente.

- V.D: Ansiedad.
- V.D: Depresión.

2.6. Definiciones operacionales

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	EXPRESION FINAL	ESCALA	INSTRUMENTO
PARTOS PREMATUROS	Parto ocurrido antes de 37 semanas de gestación.	Los partos prematuros serán medidos a través del test de Capurro	Biologica	Fecha de parto registrado en la historia clínica	Historias clínicas	Test de Capurro
			Cronológica			
ANSIEDAD POSTPARTO	Respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos, cognitivos y fisiológicos	Para obtener los niveles de ansiedad post parto en las mujeres con parto prematuro sera por la aplicación de la escala de autoevaluacion de la ansiedad de Zung	Afectiva	Expresión de los Niveles de ansiedad en mujeres post parto con partos prematuros	Likert	(EAA) Escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung.
			Somáticos			
			Conductuales			
			Factores sociodemograficos	Grado de estudios, lugar de nacimiento	likert	cuestionario

			Factores gineobstetricos	Manifestaciones según factores		
DEPRESIÓN POSTPARTO	Trastorno del estado de ánimo transitorio o permanente es caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, que provocan una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y los acontecimientos de la vida cotidiana.	Para la obtencion de los niveles de depresión post parto en las mujeres sera a traves de la aplicación de la escala de autoevaluacion de la depresion de Zung.	Afectiva	Expresión de los Niveles de depresión en mujeres post parto con partos prematuros	Likert	EAMD Escala de autoevaluación de la depresión de zung.
			Factores sociodemograficos	Grado de estudios, lugar de nacimiento,	likert	cuestionario
			Factores gineobstetricos	Manifestaciones según factores		

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO.

3.1. Tipo de investigación.

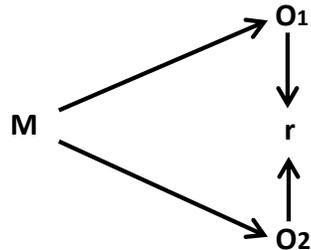
La presente de investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo correlacional, porque busca describir e identificar los factores determinantes para la manifestación de la ansiedad y depresión para luego establecer la relación entre las variables en estudio, con un enfoque cuantitativo porque confía en la medición numérica, el conteo y frecuente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en la población, de corte transversal porque la información se obtuvo una vez y en un solo momento, es de tipo básico o sustantivo porque utilizó la recolección de la información a través de los instrumentos pre establecidos,

Presenta un nivel de investigación no experimental porque en el proceso de la investigación no se manipuló las variables en estudio, observándose los fenómenos en su ambiente natural para posteriormente analizarlos. (Hernández Sampieri, 2014).

3.2. Diseño de la investigación.

El diseño de la investigación se puede diagramar de la siguiente manera:

Donde.



Donde.

M = Muestra.

O1 = Observación de la V.1

O2 = Observación de la V.2

r = Correlación de las variables.

3.3. Población y muestra.

3.3.1. Población.

3.3.1 Descripción de la población.

Para la presente investigación la población es el total de usuarias del servicio de maternidad consideradas como parto prematuro que hacen un total de 195 mujeres atendidas y evaluadas durante el primer trimestre del año 2018.

3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión.

Inclusión: Todas las mujeres que tuvieron partos prematuros en el hospital Antonio Lorena del Cusco.

Exclusión: Mujeres que tuvieron partos normales, madres con trastornos cognitivos y madres que no desearon ingresar al estudio.

3.3.3 Muestra. Tamaño de muestra y método de muestreo

Se usó el muestreo no probabilístico, y por conveniencia propia e intencionada por lo que se evaluó al total de la población conformada por 195 mujeres atendidas en el servicio de maternidad considerada como parto prematuro durante el primer trimestre del año 2018.

3.4. Técnica instrumentos y procedimientos de recolección de datos

- Test psicológico, para la investigación se utilizó el test de Ansiedad y Depresión de Zung, instrumento validado y de uso permanente en el área de psicología en el Ministerio de Salud.
- Entrevista no estructurada, utilizada para recopilar datos de filiación y otros así como explicar al encuestado el protocolo y desarrollo de la prueba psicométrica utilizada.

- Observación utilizada para recabar información in situ de los encuestados tales como expresión corporal, facial, conductual y otros. Información que nos ayuda para corroborar la fiabilidad de sus respuestas.
- Toma de apuntes situacional, en caso ocurra acontecimientos no previstos o interesantes para mencionar en la investigación.

3.5. Plan de análisis de datos.

Para el presente estudio se utilizó la estadística descriptiva, mediante el programa Microsoft Excel (2013), organizando los datos obtenidos a través de los instrumentos de recojo de información en una tabla de frecuencias, organizados como categorías o valores, frecuencias relativas simples, frecuencia relativa acumuladas y las expresiones en cifras porcentuales.

Para establecer la correlación de variables se usó el coeficiente de correlación de Pearson.

CAPITULO IV

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS.

<i>Características</i>	<i>Específicas</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje Parcial</i>	<i>Total</i>	<i>Porcentaje Total</i>
Edad de la madre	25 a mas	20	10.25%	195	100%
	30 a 35	25	17.94%		
	25 a 30	83	42.56%		
	15 a 25	57	29.23%		
Nivel de instrucción	Universitaria	35	17.95 %	195	100%
	Técnico	30	15.38 %		
	Secundaria	40	20.51 %		
	Primaria	47	24.10 %		
	Analfabeta	43	22.06 %		
Procedencia	Urbana	110	56.41	195	100%
	Rural	85	43.58		
Edad gestacional	34 a 36 semanas	100	51.28	195	100%
	30 a 33 semanas	88	45.12		
	26 a 29 semanas	7	3.58		
	22 a 25 semanas	0	0		

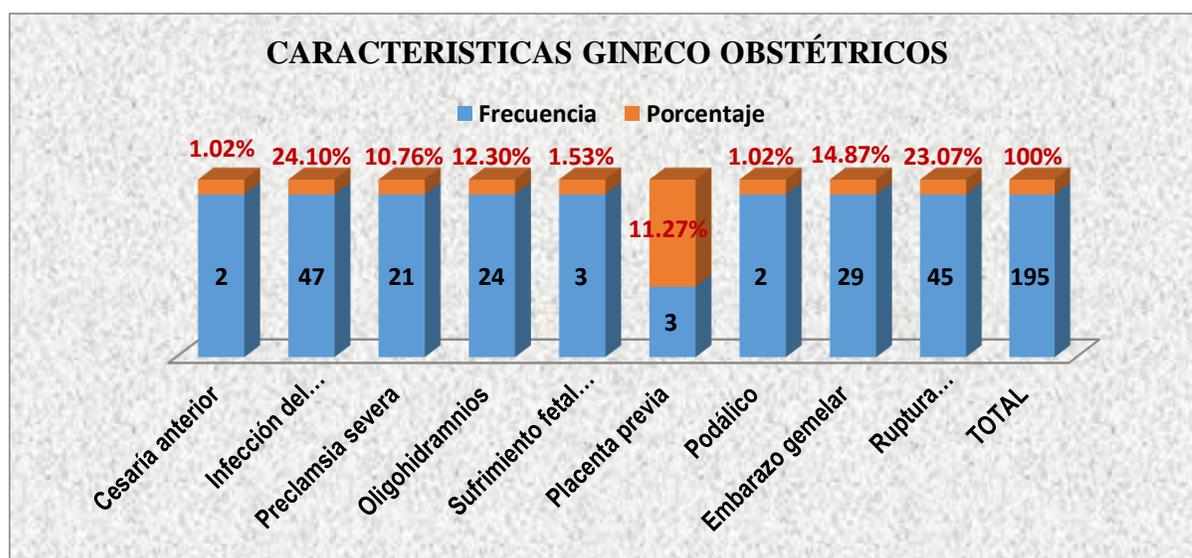
4.1. Presentación de los resultados en tablas y/o gráficos.

Tabla 1: Características Gineco-obstétricos.

<i>Categorías</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Cesaría anterior.	2	1.02 %
Infección del tracto uterino.	47	24.10 %
Preclamsia severa.	21	10.76 %
Oligohidramnios.	24	12.30 %
Sufrimiento fetal agudo.	3	1.53 %
Placenta previa.	3	11.27 %
Podálico.	2	1.02 %
Embarazo gemelar.	29	14.87 %
Ruptura prematura de membranas.	45	23.07 %
TOTAL	195	100 %

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 1: Características Gineco-obstétricos.



Interpretación.

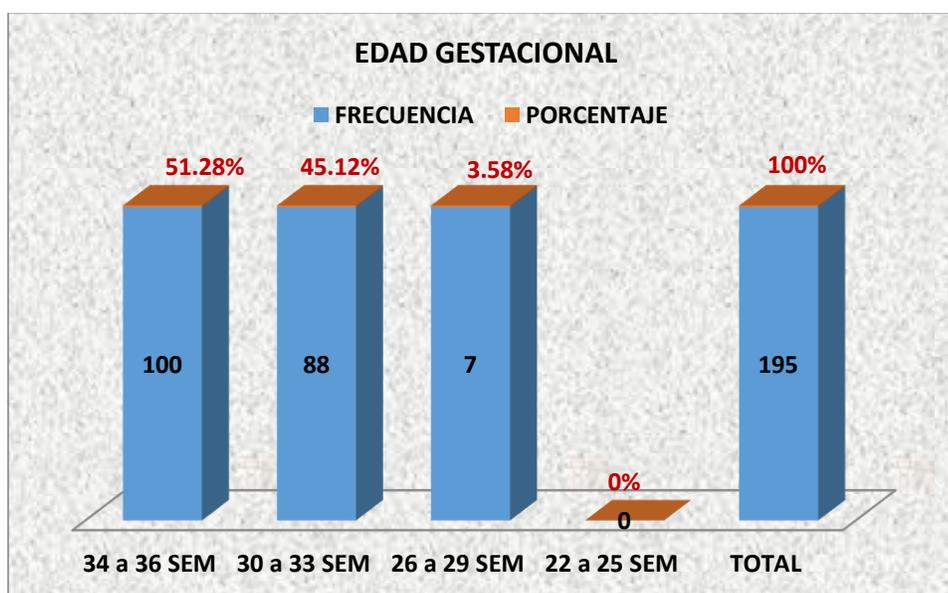
La presente tabla y gráfico N° 1, Nos muestra una frecuencia mayor de partos por ruptura prematuro de membranas con un 45%, seguido por infección del tracto uterino con un 47%, embarazo gemelar con 29% y por el factor Oligohidramnios con un 24%, esto nos hace entender que en este hospital reportan mayor número de partos por estas características.

Tabla 2: Edad Gestacional.

<i>Edad gestacional</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
34 a 36 semanas	100	51.28%
30 a 33 semanas	88	45.12%
26 a 29 semanas	7	3.58%
22 a 25 semanas	0	0%
TOTAL	195	100%

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 2: Edad Gestacional.



Interpretación:

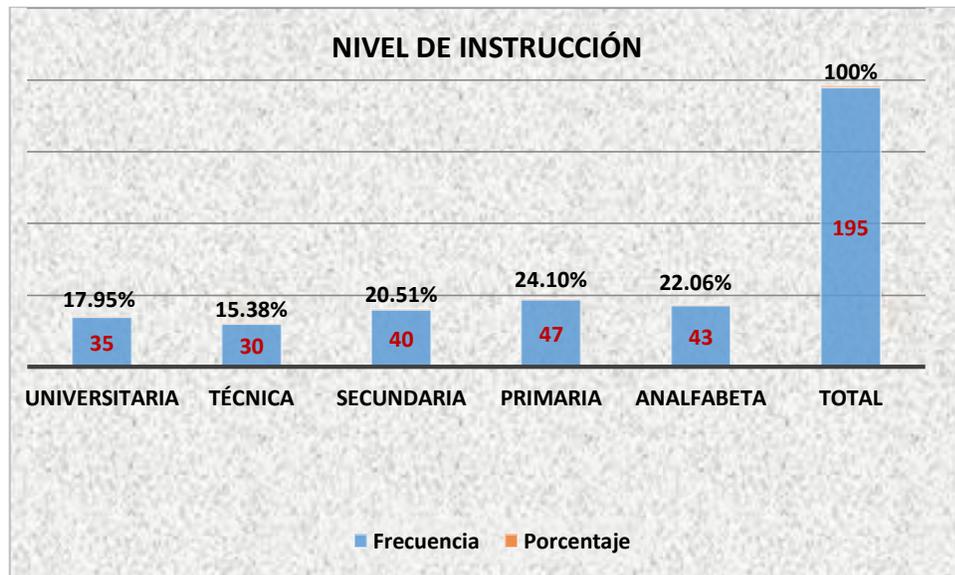
El gráfico y tabla nos describe que el mayor número de mujeres en edad gestacional que fueron evaluadas en la presente investigación, se encuentran entre las 34 a 36 semanas consideradas como prematuridad leve, mientras 88 personas se encuentran entre las 30 a 33 semanas de gestación consideradas como prematuridad moderada, y 7 personas que tuvieron partos con 26 a 29 semanas de gestación consideradas como prematuridad extrema, nos hace entender que la mayor parte de esta población tuvo partos relativamente dentro de los límites de edad gestacional sin mayor complicación.

Tabla N° 3: Nivel De Instrucción

<i>Categorías</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Universitaria	35	17.95 %
Técnica	30	15.38 %
Secundaria	40	20.51 %
Primaria	47	24.10 %
Analfabeta	43	22.06 %
TOTAL	195	100 %

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 3: Nivel de instrucción



Interpretación:

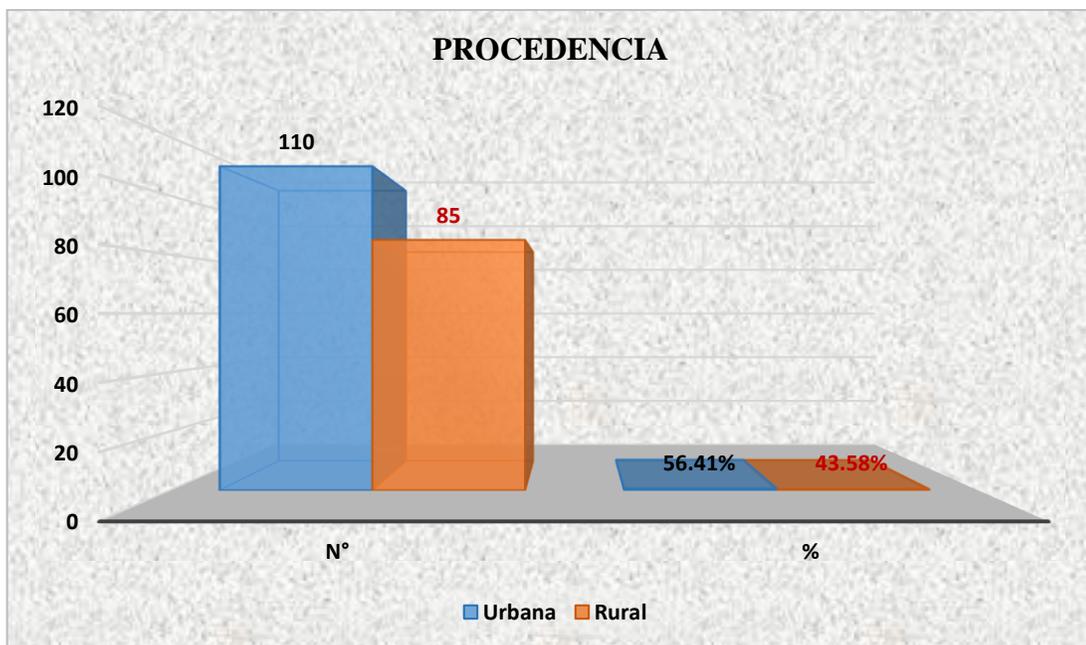
En la presente tabla y gráfico se percibe que el nivel de instrucción que posee la población en estudio en su gran mayoría está conformada por mujeres con educación primaria que hacen un 24.10%, seguido de un 22.06% de mujeres analfabetas, nivel secundario con un 20.51%, nivel técnico que hace un 15.38 y finalmente mujeres con nivel universitario que hacen el 10.25% de la población.

Tabla N° 4: Procedencia

<i>Categorías</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Urbana	110	56.41 %
Rural	85	43.58 %
TOTAL	195	100 %

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 4: Procedencia.



Interpretación.

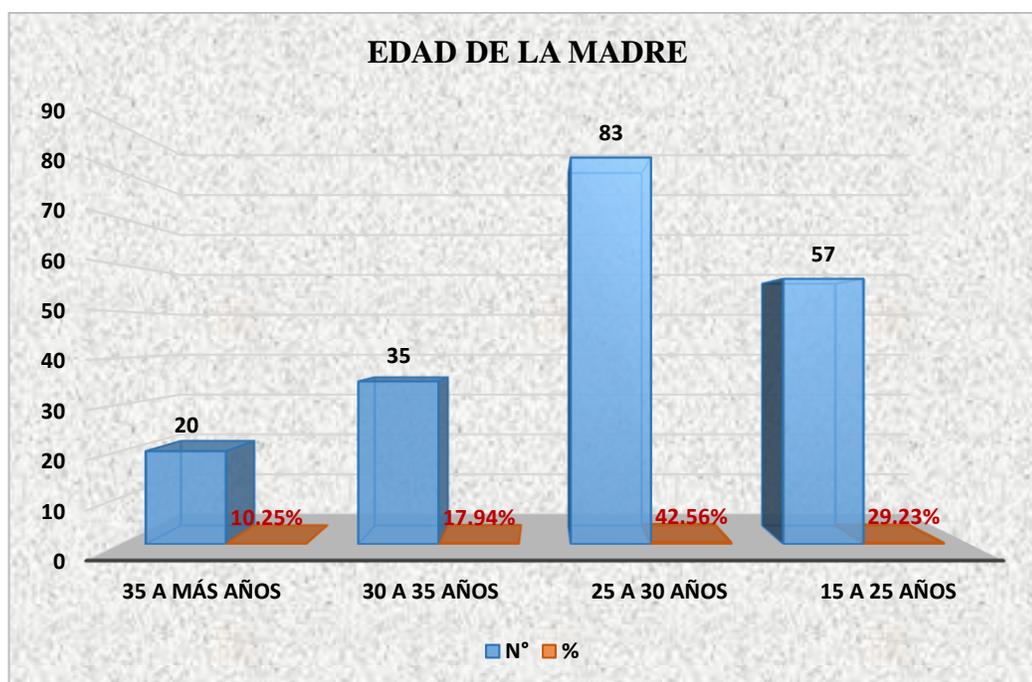
En siguiente la tabla y grafico describe que la mayoría de las mujeres con partos prematuros atendidas en el hospital Antonio Lorena son de procedencia urbana con un 56.41% mientras que un 43.58% proceden de zonal rural.

Tabla N° 5: Edad de la madre.

<i>Categorías</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
35 A más Años	20	10.25 %
30 A 35 Años	35	17.94 %
25 A 30 Años	83	42.56 %
15 A 25 Años	57	29.23 %
TOTAL	195	100 %

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 5: Edad de la madre.



Interpretación.

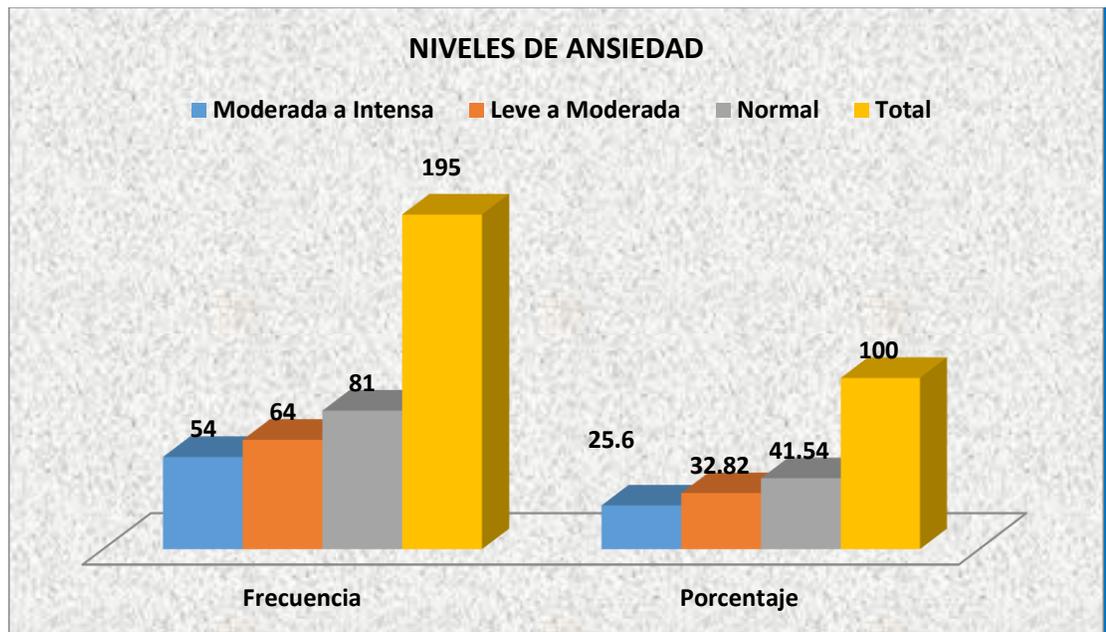
La presente tabla y gráfico, nos muestra que un 10.25% de mujeres son de 35 años de edad a mas, mientras que un 17.94% se encuentran entre las edades de 30 a 35 años, así mismo un 42.56% se encuentran entre las edades de 25 a 30 años, y finalmente 29.23% de mujeres se encuentran entre las edades de 15 a 25 años de edad.

Tabla 6: Niveles de ansiedad.

<i>Categorías</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Moderada a Intensa	54	25.64 %
Leve a Moderada	64	32.82 %
Normal	81	41.54%
TOTAL	195	100 %

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 6: Niveles de ansiedad.



Interpretación.

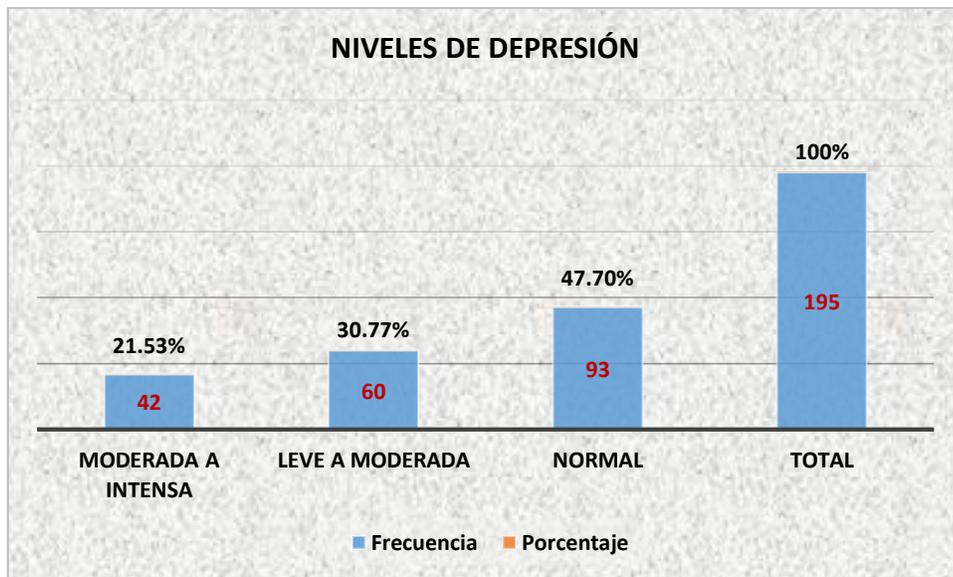
En la presente tabla y gráfico se observa los niveles de ansiedad de las mujeres que tuvieron partos prematuros donde 25.6% de mujeres presentan ansiedad de moderada a intensa, un 32.8% presentan niveles de ansiedad leve a moderada, mientras un 41.54% presentan un nivel de ansiedad normal, mostrándonos claramente que los niveles de ansiedad se encuentran dentro de los niveles normales en su mayoría.

Tabla 7: Niveles de depresión.

<i>Categorías</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Moderada a intensa	42	21.53 %
Leve a moderada	60	30.77 %
Normal	93	47.70 %
TOTAL	195	100 %

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 7: Niveles de Depresión



Interpretación.

En la presente tabla y gráfico se percibe que un 21.53% muestran nivel de depresión de moderada a intensa, mientras que un 30.77% tienen un nivel de depresión leve a moderada y finalmente un 47.70% tiene un nivel de depresión normal, estos datos también muestran claramente que no se presentan episodios depresivos después del parto sino de manera aislada y en un porcentaje mínimo.

4.2. Respecto al objetivo general.

Tabla 8: NIVELES DE ANSIEDAD Y EDAD GESTACIONAL.

<i>Categoría edad gestacional</i>	<i>frecuencia</i>	<i>Categoría niveles de ansiedad</i>	<i>Frecuencia</i>
Prematuridad leve (34-36 semanas)	28	Moderada a intensa	14.35
	29	Leve a moderada	14.87
	43	Normal	22.05
Prematuridad moderada (30-33 semanas)	20	Moderada a intensa	10.25
	30	Leve a moderada	15.95
	38	Normal	19.48
Prematuridad extrema (26-29 semanas)	2	Moderada a intensa	1.02
	5	Leve a moderada	2.56
	0	Normal	0
Prematuridad muy extrema (22-25 semanas)	0	Moderada a intensa	0
	0	Leve a moderada	0
	0	Normal	0
TOTAL	195		100 %

Fuente: elaboración propia.

Interpretación.

La tabla N° 8, nos describe que el mayor porcentaje de madres que fueron evaluadas para la presente investigación muestran que tienen un nivel de ansiedad postparto Normal, incluso considerando las diferentes edades gestacionales, seguido por un nivel de ansiedad leve a moderada, aunque siempre se observa que un número menor de mujeres presenta un nivel de ansiedad moderada a intensa.

Tabla 9: NIVELES DE DEPRESIÓN Y EDAD GESTACIONAL.

<i>Categoría edad gestacional</i>	<i>frecuencia</i>	<i>Categoría niveles de ansiedad</i>	<i>Frecuencia</i>
Prematuridad leve (34-36 semanas)	32	Moderada a intensa	16.41
	32	Leve a moderada	16.41
	48	Normal	24.61
Prematuridad moderada (30-33 semanas)	9	Moderada a intensa	4.61
	26	Leve a moderada	13.33
	40	Normal	20.51
Prematuridad extrema (26-29 semanas)	1	Moderada a intensa	0.51
	2	Leve a moderada	1.02
	5	Normal	2.56
Prematuridad extrema (26-29 semanas)	0	Moderada a intensa	0
	0	Leve a moderada	0
	0	Normal	0
TOTAL	195		100%

Fuente: elaboración propia.

Interpretación. La tabla N° 9, nos describe que el mayor porcentaje de madres que fueron evaluadas para la presente investigación muestran que tienen un nivel de ansiedad postparto Normal, incluso considerando las diferentes edades gestacionales, seguido por un nivel de ansiedad leve a moderada, aunque siempre se observa que un número menor de mujeres presenta un nivel de ansiedad moderada a intensa.

COMPROBACIÓN DE CORRELACION ENTRE VARIABLES DE ESTUDIO
SEGÚN COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON.

Ansiedad con respecto a la edad de gestacional.

fi	fi			
X	Y	xy	x ²	y ²
35	28	980	1225	784.00
35	29	1015	1225	841.00
35	43	1505	1225	1849.00
31.5	20	630	992.25	400.00
31.5	30	945	992.25	900.00
31.5	38	1197	992.25	1444.00
27.5	2	55	756.25	4.00
27.5	5	137.5	756.25	25.00
27.5	0	0	756.25	0.00
23.5	0	0	552.25	0.00
23.5	0	0	552.25	0.00
23.5	0	0	552.25	0.00
352.5	195	6464.5	10577.25	6247.00

Luego de haber establecido la correlación a través del coeficiente de correlación de Pearson .entre las variables edad gestacional y la ansiedad, se obtuvo el resultado $R_r=0.476216$, por lo que no se puede establecer relación entre las variables de estudio.

Depresión con respecto a la edad de gestacional.

fi	fi			
X	Y	xy	x ²	y ²
35	32	1120	1225	1024.00
35	32	1120	1225	1024.00
35	48	1680	1225	2304.00
31.5	9	283.5	992.25	81.00
31.5	26	819	992.25	676.00
31.5	40	1260	992.25	1600.00
27.5	1	27.5	756.25	1.00
27.5	2	55	756.25	4.00
27.5	5	137.5	756.25	25.00
23.5	0	0	552.25	0.00
23.5	0	0	552.25	0.00
23.5	0	0	552.25	0.00
352.5	195	6502.5	10577.25	6739.00

Luego de haber establecido la correlación a través del coeficiente de correlación de Pearson entre las variables edad gestacional y la depresión, se obtuvo el resultado $R_r=0.456216$, por lo que igualmente no se puede establecer relación entre las variables de estudio.

DISCUSIÓN

- En los resultados de la investigación referidos a los niveles de ansiedad que registran las mujeres que tuvieron partos prematuros atendidos en el Servicio de maternidad del Hospital Antonio Lorena del Cusco durante el primer trimestre del año 2018, se pueden verificar que el nivel de ansiedad normal concentra una mayor parte de la población de estudio con 81 mujeres que representa el 41.54% de la población, lo que claramente muestra que los partos prematuros no generan estados de ansiedad preocupante, pero ello también puede deberse a que la gran mayoría de mujeres se encuentran dentro de la edad gestacional prematuridad leve, sin embargo en la tesis de Silvia Zamalloa Montoya los niveles de ansiedad y depresión de la muestra tienen un coeficiente de correlación de 0.683**, este resultado tiende al valor positivo, es decir, que la relación entre los niveles de ansiedad y depresión es positiva y significativa, pese a que las características de la población son relativamente similares, lo que podría obedecer a la diferencia en la muestra que fue menor la que consideró por conveniencia.
- Referidos a los niveles de depresión se obtiene similar resultado de 91 madres que representa el 41.54% de la población en estudio con un nivel de depresión normal, lo que muestra que la mayor parte de la población no ha sido afectada por la ansiedad postparto, sin embargo en el resto de la población se han mostrado niveles de ansiedad que podrían asemejar a una reacción ansiosa temporal, Lucía del Carmen Quezada Berumen y Mónica Teresa González Ramírez observan en su

investigación que se presentan niveles de ansiedad y depresión, pero esto se debe a los factores asociados como madres solteras, que viven o no con su pareja, factores que no fueron abordados en la presente investigación y que estas podría ser determinante para la manifestación de la depresión, así mismo no coincide con la investigación de Silvia Zamalloa Montoya en el año 2016.

- En cuanto a los aspectos sociodemográfico como un factor determinante para la manifestación de niveles de ansiedad y depresión se puede ver que el nivel de educación ligeramente influye en la aparición de ansiedad y depresión como episodios reactivos ante la situación de parto, es así que las mujeres a mayor grado de instrucción registran menor número ansiedad o depresión, en cambio las mujeres con menor grado de instrucción registran mayor porcentaje de niveles de ansiedad y depresión, asimismo la procedencia no es un factor que pueda influir en los estados de ánimo, sin embargo referidos a la edad de la madre es importante fijar la atención en las madres comprendidas entre los 15 a 25 años de edad ya que de ellos buen porcentaje si presentan niveles de ansiedad y depresión ligeramente, pero de acuerdo al análisis estadístico no es determinante para establecer una media, y de acuerdo a los antecedentes de estudio considerados no se han podido establecer similitudes con otras investigaciones que consideren estos aspectos.
- Los factores gineceo obstétricos por los que más partos prematuros se registraron fue la categoría infección del tracto uterino con 47 mujeres que representan el

24.10% de la población, seguido de la categoría rompimiento prematuro de membranas con 45 mujeres atendidas que representan el 23.07% de la población; en ellas se pudo observar que no existe registro de niveles de ansiedad y depresión que superen el nivel leve a moderada, por tanto no es un factor que provoque estados de ansiedad o depresión según nuestra investigación, referidos a esta investigación no se tiene antecedentes que pudieran considerarse o comparar.

- Dentro de las características edad gestacional, la categoría edad gestacional prematuridad extrema comprendida entre 26 a 29 semanas se han registrado 5 de 7 mujeres con un nivel de ansiedad leve a moderada y para los niveles de depresión 5 de 8 mujeres mostraron nivel de depresión normal, de lo que se deduce que a mayor prematuridad los niveles de ansiedad, y para depresión se observa que dicha ansiedad no es permanente por lo que no se puede establecer como estado o episodio depresivo, estas variables no fueron abordados en investigaciones que se consideró como antecedente para poder establecer similitudes sea por el contexto de la población u otros factores.

CONCLUSIONES.

PRIMERA: Las características gineco-obstétricas por las que más partos prematuros se han registrado son infección del tracto uterino, rompimiento prematuro de membranas, y el embarazo gemelar, entre estas tres características que hacen un 62% de la muestra en estudio, en su mayoría se encuentran con niveles de ansiedad normal y leve a moderada así la depresión también con niveles normal y leve a moderada.

SEGUNDA: Dentro de las características sociodemográficos se han establecido que la mayor cantidad de usuarias del servicio de maternidad son las mujeres con nivel de instrucción primaria y analfabetas, así como de procedencia rural son segmentos que al ser evaluadas no mostraron niveles de ansiedad y depresión, de igual modo la edad de la madre comprendido en dos niveles que fluctúan de 15 a 30 años son la mayoría de la población en estudio quienes no registran niveles de ansiedad y depresión.

TERCERA: Los niveles de ansiedad que presentan las mujeres que tuvieron partos prematuros atendidos en el servicio de maternidad del hospital Antonio Lorena del Cusco durante el primer trimestre del año 2018, ha mostrado ligeramente un mayor registro en el nivel leve a moderada con un 49%, lo que nos lleva a la conclusión que estando próximo a ser la mitad de la población en estudio, si existen niveles de ansiedad dentro de los parámetros esperados como consecuencia de un parto prematuro.

CUARTA: Los niveles de depresión que presentan las mujeres que tuvieron partos prematuros atendidos en el servicio de maternidad del hospital Antonio Lorena del Cusco durante el primer trimestre del año 2018, han mostrado un mayor registro en el nivel normal con un 47.70 %, seguida de un nivel leve a moderado, lo que demuestra que en la población de estudio, los niveles de ansiedad registrados en un porcentaje mínimo no se convierten en un episodio depresivo que genere preocupación.

QUINTA: Por lo tanto podemos afirmar que los niveles de ansiedad y depresión no están asociados con la edad gestacional en las mujeres atendidas en el servicio de maternidad del hospital Antonio Lorena del Cusco durante el primer trimestre del año 2018, conforme se ha efectuado la correlación de variables a través del coeficiente de correlación de Pearson, que indica que no existe relación entre las variables de estudio..

RECOMENDACIONES

PRIMERA: El servicio de psicología del hospital Antonio Lorena debe desarrollar trabajos de sensibilización y preparación para evitar que se presenten episodios ansiosos o depresivos que por muy bajos registros que existan pueden ser perjudiciales para aquellas mujeres que son afectadas, sea por causa de partos prematuros o por el simple hecho de estar en una situación de alumbramiento.

SEGUNDA: Es necesario que el personal de obstetras que desarrollan trabajos en el servicio de maternidad y neonatología, desarrollen técnicas y habilidades en el manejo de reacciones ansiosas y depresivas, a fin de evitar que las mujeres atendidas con partos prematuros pasen esta transición a episodios mayores.

TERCERA: Es necesario que el servicio de psicología implemente un programa que permita el desarrollo de trabajos preventivos promocionales en los servicios de maternidad de los hospitales dirigidas al cien por ciento de la población de gestantes, a fin de mantener y salvaguardar la salud mental y la salud física del recién nacido.

CUARTA: Se requiere mayor atención psicológica a las mujeres con partos prematuros en edad gestación prematuridad extrema y prematuridad muy extrema, porque la misma situación de no haber completado la edad gestacional puede afectar y dejar secuelas traumáticas en dichas mujeres.

QUINTA: La Universidad Andina del Cusco, a través de la Escuela Profesional de Obstetricia, debe desarrollar campañas de sensibilización preventiva promocional como parte de la proyección social hacia la comunidad en los temas abordados en la presente investigación.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Oviedo G., Jordan V. Trastornos afectivos post-parto. Vol. 47. 2da ed. Bogotá: Colômbia. Javeriana; 2016.
2. Evans G, Vicuña M, Marin R. Depresión post-parto realidad en el sistema public de atención de salud. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2013.
3. Bect C. Predictors of postpartum depression. Rev. Nurs Res. 2012.
4. Gracia Maroto N, García Calvente MdM, Fernández Parra A. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. [Online]; 2014 [cited 2014 Noviembre 3. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33750206.pdf>.
5. Lía Ruiz, Ceriani Cernadas JM, Cravedi, Rodríguez. Estrés y depresión en madres de prematuros: un programa de intervención Buenos Aires: Hospital Italiano; 2005.
6. Gómez Cardeña SL. Representaciones maternas en madres primerizas que presentan sintomatología depresiva postparto. Tesis. Lima: Universidad Católica del Perú, Lima; 2011.
7. Aramburú , Arellano , Jáuregui , Pari , Salazar , Sierra. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del

- primer nivel de atención en Lima Metropolitana. Revista Peruana de Epidemiología. 2004 Diciembre; 12(3).
8. Mercado Huachupoma YD, Paccori Yanac LV. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. Tesis. Lima: universidad nacional mayor de san marcos , Lima; 2012.
 9. Bustamante Santa CM, Infante Julca LJ. Nivel de ansiedad en las gestantes adolescentes atendidas en un centro de salud pomalca 2014. Tesis. Chiclayo: Universidad Privada Juan Mejia Baca, Lima; 2014.
 10. Zamalloa Montoya. Relación entre la ansiedad y depresión asociada a partos prematuros en mujeres atendidas en el servicio de neonatología del hospital regional de cusco. Tesis. Cusco: Universidad Alas Peruanas, Lima; 2016.
 11. Williams Obstetricia. Parto prematuro. In. Madrid: McGrall; 2008. p. 804.
 12. Villalon H., Álvarez P., Baria E. et al. Contacto precoz piel a piel: efecto sobre los parámetros fisiológicos en las cuatro horas posteriores al parto en recién nacidos de término sanos. Revista Chilena de Pediatría, 2014.
 13. Sierra JC. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista Mal-estar E Subjetividade. 2003 Marzo; 10(3).
 14. PERSIC. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista mal estar. 2013 Agosto; 2.
 15. Reyes Ticas. Trastornos De Ansiedad Honduras; 2013.
 16. DSM V, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. American Psychiatric Association.

17. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad Madrid: Gran Via; 2008.
18. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad Madrid: Gran Via; 2008.
19. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad Madrid: Gran Via; 2008.
20. Armando Corbin J. Tipos de Trastornos de Ansiedad y sus características. [Online]; 2015 [cited 2016 Agosto 12. Available from: <https://psicologiaymente.com/clinica/tipos-de-trastornos-de-ansiedad>.
21. Doctissimo. Tocofofia, pánico al parto. [Online]. 2014 [cited 2015 Marzo 15. Available from: <http://www.doctissimo.com/es/bienestar/psicologia/fobias/tocofofia-panico-al-parto>.
22. Armando Corbin J. Tipos de Trastornos de Ansiedad y sus características. [Online]; 2015 [cited 2016 Agosto 12. Available from: <https://psicologiaymente.com/clinica/tipos-de-trastornos-de-ansiedad>.
23. Ruiz Sancho AM. Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia Madrid: Begoña; 2014.
24. Buenaño Cadena, J. J. (2012). Eficacia de la musicoterapia como técnica psicoterapéutica para la eliminación de sintomatología en pacientes con trastornos ansiosos en el hospital pablo arturo suárez de la ciudad de quito, en el período de enero del 2010 a junio del 2010.
25. GuiaSalud. Tratamiento de la ansiedad. [Online]. [cited 2015 Enero 18. Available from:

http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/apartado06/tratamiento_ansiedad.html.

26. Kramer PD. Contra la depresión Barcelona: Seix Barral; 2006.
27. Fundacion Lescer. Depresión. [Online].; 2013 [cited 2013 Setiembre 18. Available from: http://www.infodca.com/ficha_show/455.
28. MORENO A., DOMÍNGUES L., FRANÇA P. Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2010.
29. Ecured. la Depresión en la mujer. [Online].; 2013 [cited 2013 Noviembre 8. Available from: <https://www.ecured.cu/Depresión>.
30. OMS. La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. [Online]. [cited 2012 Abril 28. Available from: https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/.
31. OMS. La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. [Online]. [cited 2012 Abril 28. Available from: https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/.
32. Medline Plus. Depression posparto. [Online]. 2015 [cited 2015 Junio 24. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007215.htm>.
33. ROJAS G., FRITSCH R., SOLIS J., GONZÁLEZ M., GUAJARDO V., ARAYA R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. Rev. Méd. Chile. 2006.
34. Hasbún J., Risco L., Jadresic E. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2010.