

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZAN”
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A
PREECLAMPSIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO
VALDIZAN MEDRANO- HUÁNUCO DURANTE EL
PERIODO DE JULIO - NOVIEMBRE DEL 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

TESISTAS:

DUEÑAS SANTILLAN LUIS YOPENAIMER

ROMÁN SANTAMARÍA ANGIE EULALIA

HUANUCO – PERÚ

2017

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedicamos a los profesionales de la salud y estudiantes en formación como un aporte a la investigación, esperando que raíz de este se ahonde en la influencia que puedan tener los factores psicológicos dentro del proceso salud enfermedad

AGRADECIMIENTO

A Dios nuestro creador por sus infinitas bendiciones, a nuestros padres y familiares por su apoyo y amor incondicional, a nuestros maestros que con su dedicación nos transmitieron el amor y la pasión por esta hermosa profesión.

FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A PREECLAMPSIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO- HUÁNUCO DURANTE EL PERIODO DE JULIO - NOVIEMBRE DEL 2015

RESUMEN

Objetivo: Establecer la relación que existe entre el estrés, la ansiedad y la depresión con la preeclampsia en puérperas del servicio de Ginecología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco durante el período de julio-noviembre del 2015. **Método:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo de casos y controles en puérperas del servicio de Ginecología del HRHVM durante el periodo de julio a noviembre del 2015. Participaron en el estudio 120 puérperas, 40 de ellas casos y 80 controles. Se empleó el programa SPSS para el procesamiento de datos. Se estableció asociación estadística ($p < 0.05$). **Resultados:** La edad promedio de las puérperas fue 32.4, el grupo etario en el que hubo más pacientes fue el de 19 años. Con respecto a las características clínicas, de las 40 pacientes preeclámpticas incluidas en el estudio, el 23% tenían preeclampsia leve (28 pacientes), el 10% tenía preeclampsia severa (12 pacientes). El análisis bivariado, mediante chi cuadrado de Mantel Haenzel demuestra que la proporción de puérperas con ansiedad, estrés o depresión es diferente a la proporción de puérperas con preeclampsia que cursan con ansiedad, estrés y depresión, al evaluar el odds ratio encontramos que ninguna de las variables en estudio muestra asociación estadísticamente significativa con la preeclampsia. **Conclusión:** Al analizar la relación que existe entre el estrés, la ansiedad y la depresión con la preeclampsia en las puérperas del servicio de Ginecología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano no encontramos asociación estadísticamente significativa, vimos que la presencia de estos factores no significaba riesgo para la aparición de preeclampsia.

Palabras clave: ansiedad, estrés, depresión, preeclampsia (DeCS)

**PSYCHOLOGICAL FACTORS ASSOCIATED TO PREECLAMPSIA IN
PUERPERAS OF THE GYNECOLOGY SERVICE OF REGIONAL HOSPITAL
HERMILIO VALDIZAN MEDRANO- HUÁNUCO DURING THE PERIOD OF
JULY - NOVEMBER 2015**

SUMMARY

Objective: To establish the relationship between stress, anxiety and depression with preclamsia in postpartum women in the Gynecology service of the Regional Hospital Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco during the period of July-November 2015. **Method:** An observational study, retrospective, case-control study in postmenopausal women at the Gynecology Service of the HRHVM during the period from July to November 2015. 120 postpartum women, 40 of them cases and 80 controls, participated in the study. The SPSS program was used for data processing. Statistical association was established ($p < 0.05$). **Results:** The average age of the puerperal women was 32.4, the age group in which there were more patients was the age of 19 years. Regarding the clinical characteristics, of the 40 preeclamptic patients included in the study, 23% had mild preeclampsia (28 patients), 10% had severe preeclampsia (12 patients). The bivariate analysis by chi square of Mantel Haenzel shows that the proportion of puerperal women with anxiety or stress is different from the proportion of puerperal women with preeclampsia who are anxious, stressful and depressed. When we evaluate the odds ratio, we find that none of the variables In study shows a statistically significant association with preeclampsia. **Conclusion:** When analyzing the relationship between stress, anxiety and depression with preeclampsia in the puerperae of the Gynecology service of the Regional Hospital Hermilio Valdizán Medrano, we did not find a statistically significant association, we saw that the presence of these factors did not represent a risk for The appearance of preeclampsia.

Key words: anxiety, stress, depression, preeclampsia (DeCS)

INTRODUCCION

Durante la gestación, la mujer debe enfrentar tres realidades: la aparición de un nuevo ser; las profundas modificaciones biológicas, anatómicas y fisiológicas que alteran su imagen corporal, que la conducen a transformación física; y su nuevo rol social. Estos hechos generan en la mujer alteraciones psicológicas, sentimientos ambivalentes e incrementan la ansiedad ante las demandas sociales [\(1\)](#).

Además, la gestación es en sí misma una experiencia estresante, ya que la mujer se ve expuesta a una serie de molestias por los cambios biológicos del embarazo, tales como náuseas, mareos, cambio de apetito, aumento de peso; además, experimenta cambios en su modo de vida cotidiano, ya que requiere asistir periódicamente a sus controles, sufrir exploraciones y realizarse pruebas; incrementando la tensión nerviosa [\(2\)](#)

En el mundo actual, especialmente en las poblaciones urbanas el estrés es una realidad. Dada la creciente movilidad y urbanización de las familias, la preeminencia de la familia nuclear y la “modernización”, muchas mujeres en estado de gravidez tienen que trabajar arduamente y están expuestas a múltiples tensiones: privación económica, dificultades psicosociales y tensiones intrafamiliares. Una buena proporción de ellas están expuestas a la violencia doméstica. Además, una proporción significativa de embarazos no son planeados o deseados. El alto nivel de estrés o tensión emocional y la ansiedad excesiva en la futura madre tienen efectos negativos para ella y su bebé [\(3\)](#).

Se ha establecido que cuando las mujeres embarazadas sufren de preeclampsia existe una alta correlación con el nivel del estrés, también se ha podido notar que cuando los niveles socioeconómicos son bajos, los niveles de estrés son altos predisponiendo a la hipertensión arterial. El estrés en la gestante puede deprimir su capacidad de respuesta inmunológica, aumentar significativamente el riesgo para desarrollar complicaciones como preeclampsia y parto prematuro; puede aumentar la resistencia vascular, la resistencia a la insulina, y la producción de citoquinas proinflamatorias como la interleuquina 6 que facilitan el desarrollo de disfunción endotelial y preeclampsia [\(4\)](#).

Se ha demostrado que existe una relación entre la ansiedad y la depresión durante el embarazo y preeclampsia, incrementándose el riesgo de desarrollar dicha enfermedad si la ansiedad y depresión estuvieron presentes desde el primer trimestre del embarazo. Aún no está claro cómo la ansiedad y la depresión podrían provocar preeclampsia; sin embargo se propone que estas entidades pueden aumentar la concentración de hormona liberadora de corticotropina de la placenta, lo cual se asociaría con la hipertensión arterial [\(5\)](#)

INDICE

INTRODUCCION	6
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1 Situación problemática.....	9
1.2 Formulación del problema	10
1.3 Justificación	10
CAPITULO II: MARCO TEORICO	11
2.1 Antecedentes.....	11
2.2 Bases teóricas	12
CAPITULO III. MARCO METODOLOGICO	16
3.1 Objetivos de la investigación.....	16
3.2 Hipótesis de la investigación.....	17
3.3 Definición y Operacionalización de las variables	17
3.4 Diseño de estudio	19
3.5 Población y muestra.....	19
3.6 Técnicas de recolección y tratamiento de datos.....	22
3.7 Aspectos éticos	25
CAPITULO IV: RESULTADOS	26
DISCUSION	28
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	32
LIMITACIONES	33
CONFLICTO DE INTERESES Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO .	33
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	34
ANEXOS	36

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 SITUACION PROBLEMATICA

La preeclampsia ha aumentado 25% en los últimos 20 años y produce morbilidad materna extrema significativa [\(6\)](#). Se presenta aproximadamente en el 3 % de los embarazos en países industrializados [\(7\)](#).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su nota descriptiva N°348 (2012) indica que diariamente fallecen alrededor de 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y con el parto. Dentro de estas causas la preeclampsia se encuentra en el tercer lugar, precedida por las hemorragias graves y las infecciones [\(8\)](#)

En el Perú, las muertes maternas por preeclampsia representan la segunda causa de muerte materna [\(9\)](#) después de las hemorragias- y aumentaron de 19% en 2007 a 30% en 2010 y 32% en 2012 [\(10\)](#). En adolescentes de 12 a 17 años, la PE fue la primera causa de muerte materna en 2009 con 30%, siendo la segunda causa la hemorragia y el aborto, cada una con 20% [\(11\)](#). Las mujeres que viven en distritos 'pobres' tienen 2,3 veces más riesgo de morir por preeclampsia que las de distritos 'no pobres' [\(12\)](#).

La etiología de la preeclampsia sigue siendo un enigma, rodeado de múltiples hipótesis que llevan a concluir que tiene una etiología multifactorial. Se han identificado diversos factores que incrementan el riesgo de preeclampsia, entre ellos: primigestación, edades maternas extremas, antecedente de preeclampsia, obesidad, así como también, se ha asociado un amplio espectro de factores psicológicos y sociales, que pueden generar estados de depresión y estrés influyendo negativamente en la gestación [\(13\)](#)

Sabemos, que el entorno psicológico y social juega un rol importante en el proceso salud- enfermedad por su intervención como un factor condicionante que facilita o inhibe la expresión de factores de riesgo.

En nuestro medio no se cuentan con estudios que relacionen netamente factores psicológicos como el estrés, depresión y ansiedad con el aumento de riesgo de preeclampsia, es por tal motivo que proponemos realizar esta investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿El estrés, la ansiedad y la depresión están relacionados con la preeclampsia en puérperas del servicio de Ginecología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco durante el período de julio-noviembre del 2015?

1.3 JUSTIFICACION

El conocimiento que se tiene de la génesis de la preeclampsia, sus factores involucrados, bioquímica y fisiopatología está enfocada solo desde el punto de vista biologicista dejándose de lado el enfoque psicológico e incluso social que existe dentro del proceso salud-enfermedad.

Basándonos en esto y conociendo que el estado de salud engloba el bienestar físico, mental y social, realizamos esta investigación sobre estrés, ansiedad y depresión y su asociación con la preeclampsia que tendrá a bien proporcionarnos mayores luces sobre la influencia que pueden tener los factores psicológicos en la génesis de la preeclampsia.

Al comprobar que mencionados factores influyen en el estado hipertensivo de la gestante podremos considerar la necesidad de apoyo psicológico a la futura madre y así trabajar no solo en la parte médica de la paciente sino en su entorno psicológico y familiar, de esta forma podríamos reducir la morbimortalidad materna perinatal que conlleva la preeclampsia

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

A nivel mundial encontramos las siguientes investigaciones:

En el año 1999 Luis Flórez-Alarcón, realizo un estudio descriptivo en 100 pacientes Instituto Materno Infantil de la ciudad de Santafé de Bogotá, evaluando el estado de stress de las embarazadas, encontrando resultados contradictorios entre la relación del estrés y la aparición de preeclampsia. [\(14\)](#)

En el 2006 Stefano Vinaccia et al. Realizo un estudio con un total de 60 mujeres embarazadas con preeclampsia y 60 mujeres con embarazo normal en la Entidad Promotora de Salud Coomeva S.A. de Medellín, Colombia. Con el objetivo de detectar la relación entre la preeclampsia y la depresión, encontrando que las gestantes con preeclampsia tienen niveles más altos de depresión. [\(15\)](#)

En el año 2000, Tapio KurKi et al, realizo un estudio prospectivo con 423 casos en el Helsinki City Maternity Hospital, en el cual evaluó la presencia de ansiedad y depresión en embarazadas con preeclampsia encontrando que existe asociación entre la presencia de ansiedad y depresión y la aparición de preeclampsia [\(16\)](#)

A nivel nacional existen las siguientes investigaciones:

En el año 2009 Matilde Lena Luna Matos et al. Realizo un estudio descriptivo transversal de asociación simple en el Departamento de Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Con 222 gestantes, con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión mayor durante el embarazo encontrando que la prevalencia de depresión mayor en las gestantes estudiadas fue muy elevada [\(17\)](#)

En el año 2010 Carlomagno Morales Ruiz, realizo un Estudio de Casos y Controles en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC). Con 132 participantes. Encontrando que la incidencia de preeclampsia fue de 10.8%. Los factores de riesgo identificados fueron: antecedente de violencia física, no planificación del embarazo, primigravidad antecedente previo de preeclampsia e IMC alto. [\(18\)](#)

En el 2014 Elia Ku. Realizo un estudio de casos y controles en 120 puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal con el objetivo de analizar la relación que existe entre los factores psicosociales y la presencia o ausencia de preeclampsia, encontrando que la ansiedad, la depresión y la violencia se asociaron significativamente con preeclampsia(19)

2.2 BASES TEORICAS

PREECLAPMSIA

Síndrome específico del embarazo que puede afectar todos los sistemas orgánicos (20). Definido por:

Presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg, presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg que ocurre después de la semana 20 de gestación en una mujer con presión arterial previamente normal.

Proteinuria ≥ 300 mg/24 h o $\geq 1+$ con tira reactiva

O evidencia de daño en distintos órganos que pueden existir sin signos de proteinuria como:

Disminución de plaquetas ≤ 100000 , cefaleas, disturbios visuales, aumentos de transaminasas, edema agudo de pulmón (20)

PREECLAMPSIA LEVE

Presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg, presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg que ocurre después de la semana 20 de gestación en una mujer con presión arterial previamente normal.

Proteinuria ≥ 300 mg/24 h o $\geq 1+$ con tira reactiva

PREECLAMPSIA SEVERA

Se define preeclampsia severa si uno o más de los siguientes criterios están presentes:

Presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg, presión arterial diastólica ≥ 110 mmHg medida en dos ocasiones con un intervalo de 4 horas entre cada medición

Trombocitopenia (plaquetas ≤ 100000)

Daño de la función hepática manifestada como concentración sérica anormalmente elevada de enzimas hepáticas (dos veces el valor normal), persistencia severa de dolor a nivel de epigastrio o cuadrante superior derecho que no responde a la medicación y no se explica por diagnósticos alternativos, o ambos.

Insuficiencia renal progresiva (concentración sérica de creatinina superior a 1.1 mg/dL o el doble de concentración del nivel sérico de creatinina basal en ausencia de otro daño renal)

Edema pulmonar

Cefaleas y disturbios visuales [\(21\)](#)

DEPRESION

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren [\(22\)](#)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EPISODIO DEPRESIVO CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos:

- ✓ Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
- ✓ Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
- ✓ Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
- ✓ Empeoramiento matutino del humor depresivo
- ✓ Presencia de enlentecimiento motor o agitación
- ✓ Pérdida marcada del apetito
- ✓ Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
- ✓ Notable disminución del interés sexual

Según su intensidad, los Trastornos Depresivos se pueden clasificar como:

- Leves
- Moderados
- Graves

La gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional. [\(23\)](#)

ANSIEDAD

Estado emocional en el que se experimenta una sensación de angustia y desesperación permanente por causas no conocidas a nivel consciente

Los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo [\(24\)](#)

Tanto la ansiedad como la depresión se pueden expresar como estados emocionales más o menos transitorios y como rasgos de la personalidad relativamente estables. Ellos no son más que el reflejo subjetivo de la situación vital de la persona, en un momento determinado (en el caso de los estados emocionales) o a lo largo de su vida (en el caso de los rasgos de la personalidad), que se produce de forma activa, modulado por factores intrínsecos (biológicos, histórico biográficos, etc.) y factores extrínsecos (emocionales y conductuales). El factor que determina la fenomenología de las diferentes formas de expresión de los estados de ansiedad y depresión es la forma particular en la que la persona valora la situación estresante y sus recursos o posibilidades de afrontamiento [\(25\)](#)

ESTRÉS

Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de

la vivienda, etc.). El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos (por ejemplo, en el anciano).

También juegan un papel en la aparición y en la gravedad de las reacciones a estrés agudo, la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, como se deduce del hecho de que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional presentan este trastorno. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo) o a una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio.

Pautas para el diagnóstico

Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato. Además los síntomas:

a) Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de "embotamiento", depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.

b) Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días [\(26\)](#).

CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO

3.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo general:

Establecer la relación que existe entre el estrés, la ansiedad y la depresión con la preeclampsia en puérperas del servicio de Ginecología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco durante el período de julio-noviembre del 2015

Objetivos específicos:

- ✓ Determinar la prevalencia de preeclampsia en puérperas del servicio de Ginecología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco durante el período de julio-noviembre del 2015
- ✓ Determinar la relación que existe entre el estrés y la preeclampsia en puérperas del servicio de Ginecología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco durante el período de julio-noviembre del 2015
- ✓ Determinar la relación que existe entre la depresión y la preeclampsia en puérperas del servicio de Ginecología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco durante el período de julio-noviembre del 2015
- ✓ Determinar la relación que existe entre la ansiedad y la preeclampsia en puérperas del servicio de Ginecología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco durante el período de julio-noviembre del 2015
- ✓ Identificar las características sociodemográficas de las puérperas con preeclampsia del servicio de Ginecología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco durante el período de julio-noviembre del 2015

3.2 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION

Hipótesis general:

El estrés, la ansiedad y la depresión están relacionados con la preeclampsia en puérperas del servicio de Ginecología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco durante el periodo de julio-noviembre del 2015

Hipótesis estadística

ESTRES

$H_0 = P \text{ estrés (preeclampsia)} = P \text{ estrés (sin preeclampsia)}$

$H_1 = P \text{ estrés (preeclampsia)} \neq P \text{ estrés (sin preeclampsia)}$

ANSIEDAD

$H_0 = P \text{ ansiedad (preeclampsia)} = P \text{ ansiedad (sin preeclampsia)}$

$H_1 = P \text{ ansiedad (preeclampsia)} \neq P \text{ ansiedad (sin preeclampsia)}$

DEPRESION

$H_0 = P \text{ depresión (preeclampsia)} = P \text{ depresión (sin preeclampsia)}$

$H_1 = P \text{ depresión (preeclampsia)} \neq P \text{ depresión (sin preeclampsia)}$

3.3 DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

- ✓ **Preeclampsia:** Trastorno hipertensivo del embarazo caracterizado por aumento de la presión arterial $> 140/90$ y otros trastornos asociados (trombocitopenia, aumento de enzimas hepáticas, disturbios visuales, cefaleas, edema agudo de pulmón) después de las 20 semanas de gestación
Variable dependiente, tipo cuantitativo, escala de medición continua dicotómica

- ✓ **Estrés:** Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un

estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. Estrés

Variable independiente, cualitativo, escala nominal, categorías presencia / ausencia

- ✓ **Depresión:** Síndrome caracterizado por una profunda tristeza y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos

Variable independiente, cualitativa, escala ordinal categorías: leve, moderado y severo

- ✓ **Ansiedad:** Estado emocional en el que se experimenta una sensación de angustia y desesperación permanente por causas no conocidas a nivel consciente

Variable independiente, cualitativa, escala ordinal categorías; leve, moderado y severo.

- ✓ **Edad:** Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.

Variable interviniente, cuantitativas categorías menores de 35 años y mayores de 35 años

- ✓ **Lugar de procedencia:** Localidad de donde proviene el individuo. Según el lugar la procedencia que consigna el individuo en la ficha de recolección de datos

Variable interviniente, cualitativa, escala nominal, categorías; rural, urbano, urbano-marginal

- ✓ **Psicoprofilaxis Obstétrica:** Programa de atención en psicoprofilaxis.

Variable interviniente, cualitativa, escala nominal, categorías; SI / NO

- ✓ **Embarazo deseado:** Que el embarazo se haya planificado

Variable interviniente, cualitativa, escala nominal, categorías; SI/NO

- ✓ **Estado Civil:** Situación conyugal
Variable interviniente, cualitativa, escala nominal, categorías; Soltera /Casada /Conviviente

- ✓ **Grado de Instrucción:** Nivel educativo alcanzado por la gestante.
Variable interviniente, cualitativa, categorías; Primaria incompleta / Primaria Completa / Secundaria incompleta / Secundaria completa /superior Técnico / Superior Universitario

3.4. DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio observacional, retrospectivo, tipo casos y controles

Analizamos la relación entre las variables independientes y dependiente sin manipular las variables.

3.5. POBLACION Y MUESTRA

3.5.1. TIPOS DE POBLACION

- POBLACION DIANA

Mujeres embarazadas del departamento de Huánuco

- POBLACION ELEGIBLE

Está determinada por los criterios de inclusión y exclusión

- POBLACION ACCESIBLE

Puérperas hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano que acepten participar de la investigación.

- UNIDAD DE ANÁLISIS

Puérperas con diagnóstico médico de preeclampsia y Puérperas sin preeclampsia cuyo parto fue atendido en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco - 2015.

3.5.2. SELECCIÓN DE MUESTRA. TAMAÑO DE MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

En los casos:

- Pacientes que aceptaron ingresar al estudio.
- Puérperas con diagnóstico de preeclampsia.

En los controles:

- Pacientes que aceptaron ingresar al estudio.
- Puérperas sin antecedente de preeclampsia.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

En los casos:

- Mujer diagnosticada como hipertensa previamente o al inicio de la gestación (antes de las 20 semanas).

Mujeres con retardo mental, con problemas psiquiátricos y/o problemas en el habla.

En los controles:

- Mujer diagnosticada como hipertensa previamente o al inicio de la gestación (antes de las 20 semanas).
- Mujeres con retardo mental, con problemas psiquiátricos y/o problemas en el habla.

METODO DE MUESTREO

Muestreo no probabilístico, por conveniencia

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó la expresión:

$$n = \frac{[Z_{\alpha} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Calculo del tamaño Muestral mínimo necesario para detectar un odds ratio significativamente diferente de 1

Frecuencia de exposición entre los casos: 0.15

Frecuencia de exposición entre los controles: 0.38

Odds ratio a detectar: 2.00

Nivel de seguridad: 0.95

Potencia: 0.80

Número de controles por caso: 2

p1:0.15

p2: 0.38

OR 2.00

TAMAÑO MUESTRAL MÍNIMO

Casos = 41

Controles = 82

Donde $p = p_1 + p_2$ y los valores $Z_{1-\alpha/2}$ y $Z_{1-\beta}$ son valores que se obtienen de la distribución normal estándar en función de la seguridad y el poder elegidos para el estudio

3.6. TECNICAS DE RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE DATOS

3.6.1 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

TECNICAS

- Cuestionario estructurado: de los instrumentos de inventario rasgo-estado (IDARE, IDERE, prenatal psychosocialprofile: stress scale)
- Observación documental de la historia clínica
- Entrevista estructurada

INSTRUMENTOS

- Ficha de recolección de datos

Se trata de un formulario estructurado, donde se recopiló la información a partir de la historia clínica de la paciente; incluye: edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, lugar de procedencia, religión, fórmula obstétrica, número de controles prenatales, si el embarazo fue deseado y si realizó psicoprofilaxis obstétrica.

- INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE)

El IDARE es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Cada una de ellas contenía 20 ítems.

En el IDARE estado, había 10 ítems positivos de ansiedad y 10 ítems negativos, cuyas respuestas tomaban valores de 1 a 4. La paciente debía seleccionar la alternativa que mejor describía su estado en ese momento, teniendo cuatro opciones de respuesta: No, en lo absoluto (que valía 1 punto), un poco (valía 2 puntos), bastante (3 puntos) y mucho (4 puntos).

En la escala rasgo había 13 ítems positivos y 7 negativos. La forma de respuesta iba de 0 a 4 en ambas subescalas y las opciones de respuesta eran: casi nunca (1 punto), algunas veces (2 puntos), frecuentemente (3 puntos) y casi siempre (4 puntos). Se orientó a la paciente que debía responder cómo se sentía generalmente en relación a los ítems de la escala de ansiedad como rasgo.

Para calificar se debía conocer el puntaje alcanzado en cada ítem, utilizando la clave a manera de saber que grupos de enunciados se sumaban, a partir de que algunas proposiciones estaban formuladas de manera directa, como evaluando la ansiedad y otras de manera inversa. Se utilizaba posteriormente una fórmula, cuyo resultado final permitía conocer el nivel de ansiedad, pudiendo ser baja, moderada o alta.

Para el presente estudio se utilizó el IDARE en su versión en español de Díaz-Guerreo y Spielberger, que tiene una elevada confiabilidad, alfa de Cronbach de 0.83 para el IDARE-R y de 0.92 para el IDARE-E(27).

- INVENTARIO DEPRESIÓN RASGO- ESTADO (IDERE)

El IDERE es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la depresión: la depresión como estado (condición emocional transitoria) y la depresión como rasgo (propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable). La escala que evalúa la depresión como estado permite identificar, de manera rápida, a las personas que tienen síntomas depresivos, así como sentimientos de tristeza reactivos a situaciones de pérdida o amenaza, que no necesariamente se estructuran como un trastorno depresivo, aunque provoquen malestar e incapacidad. Tenía 20 ítems, cuyas respuestas tomaban valores de 1 a 4. La mitad de estos ítems por su contenido, eran positivos en los estados depresivos, mientras que la otra mitad eran ítems antagónicos con la depresión. La paciente debía seleccionar la alternativa que mejor describía su estado en ese momento, teniendo cuatro opciones de respuesta: No, en lo absoluto (que valía 1 punto), un poco (valía 2 puntos), bastante (3 puntos) y mucho (4 puntos).

La escala de depresión como rasgo permitió identificar a las pacientes que tenían propensión a sufrir estados depresivos y además brindaba información sobre la estabilidad de esos síntomas. Constaba de 22 ítems que también, adquirirían valores de 1 a 4 puntos y las opciones de respuesta eran: casi nunca (1 punto), algunas veces (2 puntos), frecuentemente (3 puntos) y casi siempre (4 puntos).

Los valores oscilaban entre 20 y 80 puntos para la escala de estado y 20 y 88 puntos para la escala rasgo.

Para calificar se debía conocer el puntaje alcanzado en cada ítem, utilizando la clave a manera de saber que grupos de enunciados se sumaban, a partir de que algunas proposiciones estaban formuladas de manera directa, como evaluando la depresión y otras de manera inversa. Se utilizaba posteriormente una fórmula, cuyo resultado final permitía conocer el nivel de depresión, pudiendo ser baja, moderada o alta.

El coeficiente alfa de Cronbach era de 0.78 para la escala de depresión como rasgo y de 0.79 para la escala de depresión como estado [\(28\)](#)

- PRENATAL PSYCHOSOCIAL PROFILE: STRESS SCALE

El estrés se midió utilizando el Prenatal Psychosocial Profile: Stress Scale, instrumento empleado anteriormente en estudios con poblaciones extranjeras y validadas para su uso en gestantes.

Consiste en una encuesta de 11 preguntas con una escala de respuesta tipo Likert con puntuaciones posibles que oscilan entre los 11 y 44, con un punto de corte mayor o igual a 23 para determinar la presencia de estrés [\(29\)](#).

3.6.2. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la validez del instrumento, fue sometido a la validez de contenido y constructo mediante el juicio de 5 expertos, dentro de ellos 4 ginecólogos y 1 psiquiatra.

Para la confiabilidad se utilizó el alfa de Cronbach que tuvo un valor de 0,8 indicándonos buena confiabilidad del instrumento

3.6.3. PLAN DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE DATOS

Previo a la recolección de datos, se realizó la coordinación respectiva con las autoridades del HRHVM y del servicio de ginecología de dicho hospital. Se recolectó información a partir de las historias clínicas de las pacientes púerperas del servicio de ginecología a las cuales posteriormente se les aplicó la encuesta previo consentimiento informado.

Procesamiento y presentación de datos

Se utilizó el software estadístico SPSS, el Epidat 3.1 para el análisis estadístico apoyado con el programa Microsoft Excel.

3.6.4 PLAN DE ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Para el análisis bivariado de variables cualitativas se utilizó Chi².

Para determinar la relación entre el estrés y la preeclampsia se utilizó el test de chi cuadrado con un valor de significancia estadística $p < 0.05$. al igual que para la relación de la ansiedad y la preeclampsia y la depresión para la preeclampsia.

3.7. ASPECTOS ETICOS

El estudio se realizó previa información a las participantes, mediante el consentimiento informado, asimismo se conservó la autonomía de cada uno de los participantes, sin vulnerarse sus derechos.

Se respetó la confidencialidad de las pacientes, en el instrumento de recolección de datos solo se consideró las iniciales de las pacientes, los cuales posteriormente fueron codificados.

Asimismo esta investigación tuvo la aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

CAPITULO IV: RESULTADOS

El estudio se realizó con una muestra de 120 mujeres puérperas del servicio de Ginecología del Hospital Regional Hermilio Valdizán, 80 de las cuales pertenecían al grupo de los controles y 40 al grupo de los casos. La edad promedio de las puérperas fue 32.4, el grupo etario en el que hubo más pacientes fue el de 19 años. El 50 % de las pacientes eran solteras, solo el 24% eran casadas. Respecto al grado de instrucción el 40.8% (49 puérperas) menciono tener secundaria completa, el 1.7% (2 puérperas) no culmino la primaria y el 5% culmino estudios superiores técnicos o universitarios. El 40.8% de las puérperas (49 pacientes) tenían como ocupación las labores de su casa. El 38.3% (46 puérperas) provenían del ámbito rural. Tabla 1

Con respecto a las características clínicas, de las 40 pacientes preeclámplicas incluidas en el estudio, el 23% tenían preeclampsia leve (28 pacientes), el 10% tenía preeclampsia severa (12 pacientes). Con lo que respecta a las variables, la ansiedad como estado se presentó en la mayoría de los casos (43.3%) en forma moderada. La ansiedad como rasgo de la personalidad se presentó en la mayoría de los casos (48.3%) en forma leve. La depresión como estado se presentó en el 50% de las pacientes en forma leve y la depresión como rasgo se presentó en el 73.3% en forma leve, no se tuvieron pacientes con depresión severa como rasgo. Respecto al estrés el 50% curso con estrés moderado. Tabla 2

Con respecto al corte de edad fue 33.6% en menor de 35 años (37 puérperas) y el 30% en mayor de 35 años (3 puérperas) para el grupo de los casos, en comparación con el corte de edad fue 66.4% en menor de 35 años (73 puérperas) y el 70% en mayor de 35 años (7 puérperas) para el grupo de los controles.

Con respecto a la ansiedad como estado en el grupo de los casos el 37.9%(33 puérperas) presentaban algún grado de ansiedad, y el 21.2%(7 puérperas) no presentaban ansiedad y con respecto al grupo de los controles el 62.1%(54 puérperas) presentaban algún grado de ansiedad y el 78.3%(26 puérperas) no se presentaba la característica; del mismo modo en la variable ansiedad como

rasgo en el grupo de los casos el 37.1%(23 puérperas) presentaban algún grado de ansiedad, y el 29%(17 puérperas) no presentaban ansiedad y con respecto al grupo de los controles el 62.9%(39 puérperas) presentaban algún grado de ansiedad y el 70.7%(41 puérperas) no se presentaba la característica.

Con respecto a la depresión como estado en el grupo de los casos el 36.7%(22 puérperas) presentaban algún grado de depresión, y el 30%(18 puérperas) no presentaban depresión y con respecto al grupo de los controles el 63.3%(38 puérperas) presentaban algún grado de depresión y en el 70%(42 puérperas) no se presentaba la característica; del mismo modo en la variable depresión como rasgo en el grupo de los casos el 43.8%(14 puérperas) presentaban algún grado de depresión, y el 29.5%(26 puérperas) no presentaban depresión y con respecto al grupo de los controles el 56.3%(18 puérperas) presentaban algún grado de depresión y en el 70.5%(62 puérperas) no se presentaba la característica.

Con respecto a la variable estrés en el grupo de los casos el 42.9%(33 puérperas) presentaban algún grado de estrés, y el 16.3%(7 puérperas) no presentaban estrés y con respecto al grupo de los controles el 57.1%(44 puérperas) presentaban algún grado de estrés y en el 83.7%(36 puérperas) no se presentaba la característica.

El análisis bivariado, mediante chi cuadrado de Mantel Haenzel demuestra que la proporción de puérperas con ansiedad estrés o depresión es diferente a la proporción de puérperas con preeclampsia que cursan con ansiedad, estrés y depresión, al evaluar el odds ratio encontramos que ninguna de las variables en estudio muestra asociación estadísticamente significativa con la preeclampsia.

Tabla 3

DISCUSION

El Hospital Regional de Salud “Hermilio Valdizán Medrano” de Huánuco es una Unidad Ejecutora 402, establecimiento de salud II-2, del segundo nivel de atención de salud, órgano desconcentrado y referencial, responsable de brindar prestaciones asistenciales de prevención, recuperación (ambulatoria, hospitalaria y de emergencia) y rehabilitación de las especialidades clínico - quirúrgicas de mediana complejidad, en concordancia con las normas y lineamientos emitidos por la Dirección Regional de Salud Huánuco.(30).

Según nuestro estudio la relación entre los factores psicológicos como el estrés, ansiedad y depresión no es estadísticamente significativo; en contraposición a investigaciones como el de Elia Ku. (2014) en el Instituto Nacional Materno Perinatal encontró que la ansiedad, la depresión y la violencia familiar se asociaron significativamente con preeclampsia(19); la investigación de Stefano Vinaccia et al (2006) en Medellín, Colombia halló que las gestantes con preeclampsia tienen niveles más altos de depresión. (15); así mismo, Tapio Kurki et al, (2000) En Helsinki City Maternity Hospital, también encontró que existe asociación entre la presencia de ansiedad y depresión y la aparición de preeclampsia(16).sin embargo el estudio de Flórez y Alarcón (1999) en el Instituto Materno Infantil de la ciudad de Santafé Bogotá, apoya nuestros hallazgos debido a que encuentra resultados contradictorios en relación al estrés y la aparición de preeclampsia. (14)

Al evaluar los factores psicológicos y su asociación con preeclampsia encontramos que la variable ansiedad no se asocia significativamente con la preeclampsia (OR=0,441 IC 0,172-1,1128), dato que coincide con los resultados de Zahra Abedian y col. (2015) los cuales realizaron un estudio de cohortes con 122 pacientes en Irán no encontrando diferencias significativas entre la gravedad de la preeclampsia y las puntuaciones de ansiedad como rasgo y como estado, concluyendo que la ansiedad no es un factor de riesgo para la preeclampsia, pero esta si influía en la conducción de postparto en aquellas mujeres que han tenido preeclampsia leve y severa (31). En contraposición a estos resultados se encuentran los de Rocío Angulo y col. (2013), los cuales al realizar un trabajo sobre psicología de la hipertensión en el embarazo utilizando un diseño

correlacional, retrospectivo con 90 mujeres, encuentran que la ansiedad se relaciona con estados hipertensivos durante el embarazo(32). La diferencia de estos resultados pueden ser explicados por el tipo de población de estudio y el número de la muestra que conformaba cada una de ellas.

Respecto a la depresión ya sea como estado o como rasgo, encontramos que esta no actúa como factor de riesgo para preeclampsia (OR=0,740 IC: 0,346-1.586), dato que difiere del encontrado por RoghiehKharagahani y col. (2012) también en un estudio de casos y controles realizado en Tehran con 312 pacientes, donde la depresión moderada y severa se asocian a la preeclampsia (95% CI 1,05–6.02; P = 0,03) (33). Asimismo RongHu y col (2015) en un metanálisis realizado para buscar la asociación entre síntomas depresivos y riesgos de preeclampsia, encontrando resultados estadísticamente significativo entre estos (OR=1.63, 95% CI, 1,32 a 2,02)(34). Otro estudio realizado por Palmsten, el cual evaluó el riesgo de preeclampsia en mujeres con depresión y consumo de antidepresivos, encontró que las mujeres con depresión tenían un riesgo 2.4 veces más de cursar con preeclampsia. (35) Deborah R. kim y col. (2013) al realizar un estudio de cohortes entre el 2008 y 2009 con 261 mujeres afroamericanas, encuentra que la depresión se asociaba a incremento de riesgo de múltiples efectos adversos obstétricos, entre ellos preeclampsia (36). La diferencia sustancial que se encuentra entre nuestros resultados comparados con otros estudios puede deberse a la pequeña proporción de casos con los que contamos.

El tercer factor psicológico que estudiamos buscando su asociación con la preeclampsia fue el estrés, encontrándose que este no es un factor de riesgo para preeclampsia (OR= 0,259 IC: 0,103- 0.66), resultado que se opone al encontrado por UzmaShamsi y col. (2013) en un estudio observacional para estudiar la epidemiología y factores de riesgo de preeclampsia, encontrando que las mujeres sometidas a estrés laboral durante su gestación tienen mayor riesgo de preeclampsia (OR 2,1; 95% CI 1,1 a 4.4)(37). YunxianYu y col. (2013) en un estudio de casos y controles con 4,314 pacientes incluidas en el estudio que se realizó desde 1998 a 2008 encontraron que el estrés antes o durante el embarazo sumado a la hipertensión crónica se asocia dramáticamente con el riesgo de preeclampsia ((OR(95%CI)=2.1(1.6–2.8)) comparado con las mujeres

normotensas y sin estrés o bajo estrés durante el embarazo [\(38\)](#). Una revisión hecha por Priscila Viana y col. (2011) revela que los altos niveles de estrés pueden conducir a preeclampsia [\(39\)](#).

Como podemos apreciar los resultados son contradictorios, por lo que constituye todavía un campo abierto para seguir investigando.

CONCLUSION

Al analizar la relación que existe entre el estrés, la ansiedad y la depresión con la preeclampsia en las puérperas del servicio de Ginecología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano no encontramos asociación estadísticamente significativa, vimos que la presencia de estos factores no significaba riesgo para la aparición de preeclampsia.

La prevalencia de preeclampsia en nuestro estudio fue de 33.3%, en las puérperas del servicio de Ginecología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco durante el periodo de Julio a Noviembre del año 2015.

La relación que existe entre el estrés y la preeclampsia no es estadísticamente significativo en puérperas del servicio de Ginecología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco durante el período de julio-noviembre del 2015

La relación que existe entre la depresión y la preeclampsia no es estadísticamente significativo en puérperas del servicio de Ginecología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco durante el período de julio-noviembre del 2015.

La relación que existe entre la ansiedad y la preeclampsiano es estadísticamente significativo en puérperas del servicio de Ginecología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco durante el período de julio-noviembre del 2015

Dentro de las características sociodemográficas de las puérperas pudimos evidenciar que en su mayoría las pacientes superaban los 30 años y solo la mitad de ellas era casada, además el 40 % eran amas de casa y cerca de la mitad de participantes provenía de zonas rurales.

RECOMENDACIONES

Los datos obtenidos por nuestro estudio proceden de una muestra pequeña cuyos resultados no podrían ser extrapolados, por tal motivo sugerimos hacer estudios con mayor muestra poblacional enfocadas a nuestra realidad.

Debido a las diferencias que se encuentran en una paciente durante el periodo de gestación y su puerperio se recomienda realizar estudios prospectivos de los factores psicológicos durante la gestación.

Cuando se realicen estudios de investigación de este tipo deben ser con asesoría de psicólogos o psiquiatras.

Los pacientes deben ser bien informados e instruidas con el significado de cada una de las preguntas para obtener respuestas sinceras.

Durante la psicoprofilaxis se deben tener en cuenta el abordaje y manejo de estados psicológicos como la ansiedad, estrés y depresión, para poder evitar complicaciones que están puedan generar en la gestante.

LIMITACIONES

Las principales limitaciones que encontramos fueron:

- La falta de cooperación de las mujeres puérperas del servicio de Ginecología para suministrar información
- El acceso a la institución y a la información necesaria para la investigación.
- Bajo nivel educativo de algunas puérperas

CONFLICTO DE INTERESES Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses

Fuente de financiamiento

Esta investigación fue solventada en su totalidad por los investigadores

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Barrón, A., Chacón, F. Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*. 1992. 7(1), 53-59
2. Herrera, J., Ersheng, G., Shahabuddin, A., Lixia, D., Wei, Y., Faisal, M, et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. *Colombia Médica*; 2006; 37(2), 6-14
3. Vinaccia S, Sánchez M, Bustamante E, Cano E, Tobón S. Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*; 2006; 6 (1), 41-51
4. John O, Schorge. *Williams Ginecología*. McGrawHil Department of Obstetrics and Gynecology University of Texas. Ed 23
5. Task force on hypertension in pregnancy--A step forward in management. *Am J ObstetGynecol* 2013
6. Moussa H, Arian SE, Sibai BM. Management of hypertensive disorders in pregnancy. *Womens Health (LondEngl)*. 2014; 10(4):385-404.
7. Hutcheon J, Lisonkova S. Epidemiology of pre-eclampsia and the other hypertensive disorders of pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* (2011) 391–403
8. OMS. Nota informativa n° 138. OMS; 2010 [sitio en internet]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es>
9. Ministerio de Salud. Reporte Epidemiológico de la Mortalidad materna en el Perú 2012. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología 2013
10. Del Carpio L. Situación de la mortalidad materna. *RevPeruMedExp Salud Pública*. 2013; 30(3): 461-4
11. Calle MC. Análisis de la situación de salud de los y las adolescentes en el Perú. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org>
12. Maguiña G. Miranda J. La Mortalidad maternal en el Perú 2002–2011. Dirección General de Epidemiología. 2013.

13. Villanueva E, Collado P. Conceptos actuales sobre la preeclampsia-eclampsia. RevFacMed UNAM.; 2007; 50 (2)
14. Flórez A. Evaluación del estrés prenatal en pacientes con preeclampsia. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana.;1999; 17: 107-126
15. Vinaccia S, Sánchez M, Bustamante E, Cano E, Tobón S. Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. International Journal of Clinical and HealthPsychology; 2006; 6 (1), 41-51
16. Kurki T, Hilesmaa V, Raitasalo R, Mattita H, Ylikorkala O. Depression and Anxiety in Early Pregnancy and Risk for Preeclampsia. ObstetGynecol; 2000; 95:487–90.
17. Luna M, Salinas J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Rev Pan Am J PublicHealth; 2009; 26(4)
18. Morales C, Risk factors associated with preeclampsia at Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao.2010. Rev peruepidemiol. 2011; 15 (2)
19. Ku E. Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, agosto a octubre de 2012. Rev. Peru. Epidemiol; 2014;18 (1)
20. Task force on hypertension in pregnancy--A step forward in management. Am J ObstetGynecol 2013
21. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J ObstetGynecol 2000;183:S1-S22
22. Guía de Práctica Clínica en Depresión. MINSA. 2007
23. Guía de Bolsillo, Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, CIE- 10. Ginebra: OMS; 23

24. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
25. Martín M, Grau A, Ramírez V. El inventario de depresión rasgo estado (IDERE) desarrollo y potencialidades. 2001
26. Guía de Bolsillo, Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, CIE- 10. Ginebra: OMS; 23
27. Spielberg C, Martínez A. et al. Inventario de autoevaluación IDARE. Ed. El manual moderno. Cap 21.
28. Carbonell M, Grau J, et al. El inventario de depresión rasgo-estado (IDERE): Desarrollo de una versión cubana. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. 2003. Vol.21 (2), 1221-135
29. Perceived stress Scale. Disponible en <https://www.mindgarden.com/documents/PerceivedStressScale.pdf>
30. PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2007-2012
31. Abediani Z, Soltani N, et al. Depression and anxiety in pregnancy and postpartum in women with mild and severe preeclampsia. Journal of Nursing and Midwifery Research. 2015. Vol 20
32. Angulo V, Riveros A. Psicología de la hipertensión en el embarazo: Una evaluación comparativa. Avances en Psicología Latinoamericana Bogotá. Vol 31 (3)
33. Rahmani R, Bagheri E. Preeclampsia and depression: a case-control study in Tehran. ArchGynecolObstet
34. Rong H, Yingxue L, et al. Antenatal Depressive Symptoms and the Risk of Preeclampsia or Operative Deliveries: A Meta-Analysis. 2015
35. Palmsten K, Setoguchi S, Margulis A, Hernandez S. Elevated Risk of Preeclampsia in Pregnant Women With Depression: Depression or Antidepressants?. Am J Epidemiol. 2012; 175(10):988-997

36. Deborah R, Laura E. Elevated risk of adverse obstetric outcomes in pregnant women with depression. *WomensMent Health* (2013) 16:475–482
37. Uzma S, Saleem S, et al. Epidemiology and risk factors of preeclampsia; an overview of observational studies. *Al Ameen J Med Sci* 2013; 6(4) :292-300
38. Yunxian Y, Shanchun Z. The Combined Association of Psychosocial Stress and Chronic Hypertension with Preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 2013.Vol 209(5): .
39. Viana P, Bauer M. Distress conditions during pregnancy may lead to pre-eclampsia by increasing cortisol levels and altering lymphocyte sensitivity to glucocorticoids. *Medical Hypotheses.* 2011.

XI. ANEXOS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES CON PREECLAMPSIA 2015

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD		
MENOR DE 35 AÑOS	110	91.7
MAYOR DE 35 AÑOS	10	8.3
ESTADO CIVIL		
SOLTERA	60	50
CONVIVIENTE	36	30
CASADA	24	20
OCUPACIÓN		
AMA DE CASA	49	40.8
ESTUDIANTES	35	29.2
PROFESIONAL	5	4.2
COMERCIANTE	28	23.3
OTROS	3	2.5
LUGAR DE PROCEDENCIA		
RURAL	46	38.3
URBANA	74	61.7
ESTADO CIVIL		
SOLTERA	60	50
CONVIVIENTE	36	30
CASADA	24	20
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
PRIMARIA INCOMPLETA	2	1.7
PRIMARIA COMPLETA	4	3.3
SECUNDARIA INCOMPLETA	42	35
SECUNDARIA COMPLETA	49	40.8
SUPERIOR INCOMPLETA	17	14.2
SUPERIOR COMPLETA	6	5

TABLA 2. CARACTERISTICAS CLINICAS DE LAS PUERPERAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HRHVM

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TIPO DE PREECLAMPSIA		
CON PREECLAMPSIA	40	33.3
SIN PREECLAMPSIA	80	66.7
ANSIEDAD ESTADO		
PRESENCIA	33	27.5
AUSENCIA	87	72.5
ANSIEDAD RASGO		
PRESENCIA	58	48.3
AUSENCIA	62	51.7
DEPRESION ESTADO		
PRESENCIA	60	50
AUSENCIA	60	50
DEPRESION RASGO		
PRESENCIA	88	73.3
AUSENCIA	32	26.7
ESTRÉS		
PRESENCIA	43	35.8
AUSENCIA	77	64.2

Tabla 3. Analisis bivariado de los factores psicologicos asociados a preeclampsia

Características	PREECLAMPSIA				X ²	p	OR	IC95%		
	PREECLAMPSIA		NO PREECLAM					inf	;	sup
	Frecuencia	%	Frecuencia	%						
Edad (x ± DS) (24.7 + 7.2)					0.055	0.27	1.183	0.289	4.840	
menor de 35 años	37	33.6%	73	66.40%						
mayor de 35 años	3	30%	7	70%						
ANSIEDAD ESTADO					3.009	0.039	0.441	0.172	1.128	
PRESENCIA	33	37.9%	54	62.1%						
AUSENCIA	7	21.2%	26	78.3%						
ANSIEDAD RASGO					0.818	0.103	0.703	0.327	1.51	
PRESENCIA	23	37.1%	39	62.9%						
AUSENCIA	17	29%	41	70.7%						
DEPRESION ESTADO					0.600	0.114	0.740	0.346	1.586	
PRESENCIA	22	36.70%	38	63.30%						
AUSENCIA	18	30%	42	70%						
DEPRESION RASGO					2.131	0.60	0.539	0.234	1.243	
PRESENCIA	14	43.8%	18	56.3%						
AUSENCIA	26	29.5%	62	70.5%						
ESTRÉS					8.771	0.002	0.259	0.103	0.66	
PRESENCIA	33	42.9%	44	57.1%						
AUSENCIA	7	16.3%	36	83.7%						
VARIABLES INTERVINIENTES										
ESTADO CIVIL					7.363	0.17				
SOLTERO	13	21.70%	47	78.30%						
CONVIVIENTE	16	44.40%	20	55.60%						
CASADO	11	45.80%	13	54.20%						
GRADO DE INSTRUCCIÓN					3.326	0.283				
PRIMARIA INCOMPLETA	0	0%	2	100%						
PRIMARIA COMPLETA	1	25%	3	75%						
SECUNADARIA INCOMPLETA	14	33.30%	28	66.70%						
SECUNDARIA COMPLETA	16	32.70%	33	67.30%						
SUPERIOR INCOMPLETA	8	47.10%	9	52.90%						
SUPERIOR COMPLETA	1	16.70%	5	83.30%						
OCUPACION					5.424	0.45				
AMA DE CASA	19	38.80%	30	61.20%						
ESTUDIANTE	8	22.90%	27	77.10%						
PROFECIONAL	1	20%	4	80%						
COMERCIANTE	12	42.90%	16	57.10%						
OTROS	0	0%	3	100%						
LUGAR DE PROCEDENCIA					0.71	0.152	1.111	0.51	2.42	
RURAL	16	34.80%	30	65.20%						
URBANO	24	32.40%	50	67.60%						
CONTROL PRENATAL					9.324	0.002	0.298	0.135	0.659	
MENOS DE 6	17	23%	57	77%						
MAS DE 6	23	50%	23	50%						
EMBARAZO DESEADO					2.689	0.052	0.465	0.189	1.175	
SI	29	29.90%	68	70.10%						
NO	11	47.80%	12	52.20%						
PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA					3.032	0.36	1.99	0.912	4.34	
SI	19	43.20%	25	56.80%						
NO	21	27.60%	55	72.40%						

[§] Chi cuadrada

OR

“ESTRESORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A PREECLAMPSIA EN PUÉRPERAS DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO- HUÁNUCO DURANTE EL PERÍODO DE JULIO-NOVIEMBRE DEL 2015.”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Descripción

Usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre la influencia que tienen la ansiedad, la depresión, y el estrés crónico durante el embarazo para desarrollar preeclampsia (una enfermedad que ocurre con frecuencia durante el embarazo). Esta investigación es realizada por los estudiantes de Medicina Humana **Luis Dueñas Santillán** y **Angie Román Santamaría** para optar el grado de Bachiller en Medicina de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán Medrano.

El propósito de esta investigación es conocer mejor cómo el aspecto psicológico puede influir negativamente en el embarazo, produciendo preeclampsia.

Usted fue seleccionada para participar en esta investigación por haber tenido preeclampsia durante el embarazo o por haber tenido un parto normal sin complicaciones; ya que, para esta investigación se requiere de dos grupos de mujeres, uno que haya tenido la enfermedad y otro sano. Se espera que en este estudio participen aproximadamente 123 personas como voluntarias.

Si acepta participar en esta investigación, se hará una revisión de su historia clínica; se le solicitará que brinde algunos datos personales; que responda a tres cuestionarios sobre ansiedad, depresión y estrés crónico, marcando la alternativa que crea más conveniente. El participar en este estudio le tomará aproximadamente 35 minutos y será realizado en el servicio donde se encuentra hospitalizada.

Riesgos y beneficios

Los riesgos asociados con este estudio son que usted podría sentir incomodidad con algunas de las preguntas que se le haga durante la entrevista; sin embargo se cuidará en todo momento su privacidad, buscando el lugar y momento apropiados.

Su participación en esta investigación no tendrá ningún costo para usted.

Los beneficios esperados de esta investigación son que usted pueda conocer los resultados de los cuestionarios que se le aplicarán, los cuales le serán entregados por escrito.

Confidencialidad

La identidad del participante será protegida. La información que usted brinde será de manera anónima. Toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados confidencialmente. Para esto se tomarán las siguientes medidas de seguridad:

Los cuestionarios no llevarán el nombre del participante sino que serán Manejados por códigos. Solamente por los investigadores, y el estadístico tendrán acceso a los datos crudos o que puedan identificar directa o indirectamente a un participante; y sólo los investigadores tendrá acceso a esta hoja de consentimiento. Estos datos serán almacenados en una base de datos por computadora por un periodo de un año, una vez concluya este estudio. Toda la información que resulte del análisis de los datos podrá ser publicada en revistas científicas, congresos, jornadas, etc. y difundida por los investigadores, la Universidad Nacional Hermilio Valdizán y/o el Hospital Regional Hermilio Valdizán a la comunidad científica y/o público en general.

Incentivos

No habrá ningún pago o compensación económica por aceptar ser parte del estudio.

Derechos

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. Ninguno de los servicios o beneficios que recibe o a los que tiene derecho le será arrebatado. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con los investigadores al 963643547. De tener alguna pregunta sobre sus derechos como participante o reclamación o queja relacionada con su participación en este estudio puede comunicarse con la oficina de investigación del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, al teléfono 328-1370, anexo 1250

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del participante

Firma

Fecha

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante. Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

Nombre del investigador o persona designada

Firma

Fecha

IDARE

(INVENTARIO DE ANSIEDAD – RASGO ESTADO)

Código: Fecha:

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

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

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible Contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4

11. Me siento con confianza en Mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento “a punto de explotar”	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

IDARE (Segunda Parte)

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

	CASI NUNCA	AGUNAS VECES	FRECIENTE MENTE	CASI SIEMPRE
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Me canso rápidamente	1	2	3	4
3. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
4. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
5. Me pierdo cosas por no poder decidirme Rápidamente	1	2	3	4
6. Me siento descansado	1	2	3	4
7. Soy una persona “tranquila, serena y sosegada”	1	2	3	4
8. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4

10. Soy feliz	1	2	3	4
11. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
12. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
13. Me siento seguro	1	2	3	4
14. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
15. Me siento melancólico	1	2	3	4
16. Estoy satisfecho	1	2	3	4
17. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
18. Me afectan tanto los desengaños que no Me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
19. Soy una persona estable	1	2	3	4
20. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

IDERE

(INVENTARIO DE DEPRESIÓN RASGO – ESTADO)

Código: Fecha:

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahoramismo**, ósea, en estos momentos. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación	1	2	3	4
2. Estoy preocupado	1	2	3	4
3. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
4. Siento que me canso con facilidad	1	2	3	4
5. Creo que no tengo nada de qué arrepentirme	1	2	3	4
6. Siento deseos de quitarme la vida	1	2	3	4
7. Me siento seguro	1	2	3	4
8. Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo	1	2	3	4
9. Me canso más pronto que antes	1	2	3	4

10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas	1	2	3	4
11. Me siento bien sexualmente	1	2	3	4
12. Ahora no tengo ganas de llorar	1	2	3	4
13. He perdido la confianza en mí mismo	1	2	3	4
14. Siento necesidad de vivir	1	2	3	4
15. Siento que nada me alegra como antes	1	2	3	4
16. No tengo sentimientos de culpa	1	2	3	4
17. Duermo perfectamente	1	2	3	4
18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea	1	2	3	4
19. Tengo gran confianza en el porvenir	1	2	3	4
20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir	1	2	3	4

IDERE Segunda Parte

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

	CASI NUNCA	AGUNAS VECES	FRECIENT E MENTE	CASI SIEMPRE
1. Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo	1	2	3	4
2. Creo no haber fracasado más que otras personas	1	2	3	4
3. Pienso que las cosas me van a salir mal	1	2	3	4
4. Creo que he tenido suerte en la vida	1	2	3	4
5. Sufro cuando no me siento reconocido por los demás	1	2	3	4
6. Pienso que todo saldrá bien en el futuro	1	2	3	4
7. Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones	1	2	3	4
8. Me deprimó por pequeñas cosas	1	2	3	4
9. Tengo confianza en mí mismo	1	2	3	4

10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas ¹		2	3	4
11. Me siento aburrido	1	2	3	4
12. Los problemas no me preocupan más de lo Que se merecen	1	2	3	4
13. He logrado cumplir mis propósitos fundamentales	1	2	3	4
14. Soy indiferente ante las situaciones emocionales	1	2	3	4
15. Todo me resulta de interés	1	2	3	4
16. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
17. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
18. Me siento lleno de fuerzas y energías	1	2	3	4
19. Pienso que los demás me estimulan adecuadamente	1	2	3	4
20. Me ahogo en un vaso de agua	1	2	3	4
21. Soy una persona alegre	1	2	3	4
22. Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago	1	2	3	4



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILOS VALDIZAN MEDRANO
FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Código

“Prenatal Psychosocial Profile: Stress Scale”

En la actualidad, ¿En qué medida son los siguientes enunciados una tensión o molestia para usted?

Ninguna Leve Moderada Intensa

Preocupaciones financieras como: alimentos, vivienda, salud, transporte.	1	2	3	4
Otras preocupaciones de dinero como: las deudas	1	2	3	4
Problemas relacionados con la familia	1	2	3	4
Tener que mudarse, ya sea recientemente o en el futuro	1	2	3	4
Distanciamiento o pérdida reciente de un ser querido	1	2	3	4
Estado actual emocional	1	2	3	4
Sufrir de abuso emocional, físico o sexual	1	2	3	4
Problemas con el alcohol y/o drogas	1	2	3	4
Problemas como el trabajo	1	2	3	4
Problemas relacionados con los amigos	1	2	3	4
Sensación general de “sobrecarga”	1	2	3	4

