



**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
ESCUELA DE POSGRADO**



**DEPRESION COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO AL
ABORTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA
LUJAN - BAGUA – AMAZONAS, ENERO - MARZO DEL 2015**

TESIS

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
OBSTETRICIA DE RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTETRICAS**

AUTORA

LIC. OBST. MIRLA MAGDA GONZALES GONZALES

ASESORA

MG. NICOLASA GONZALEZ FLORES

**CHICLAYO - PERÚ
2017**

Título de la investigación:

Depresión como factor de riesgo asociado al Aborto en pacientes del Hospital Gustavo Lanatta Lujan - Bagua – Amazonas, enero - marzo del 2015.

Tesis presentada para obtener el Título de Especialista en Obstetricia de Riesgo y Emergencias Obstétricas.

LIC. MIRLA MAGDA GONZALES GONZALES

AUTORA

MG. NICOLASA GONZÁLEZ FLORES

ASESORA

Aprobado por el siguiente jurado:

DRA. FLOR OBREGÓN VARA
PRESIDENTE

MG. ROSA SERRANO OTOYA
SECRETARIA

MG. MARÍA DEL PILAR BEATRIZ RIOJA ODAR
VOCAL

ÍNDICE

	Pág.
INDICE	03
DEDICATORIA	04
AGRADECIMIENTO	05
INTRODUCCIÓN	06
RESUMEN	08
ABSTRACT	09
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1 Realidad Problemática	11
1.2 Formulación del Problema	13
1.3 Delimitación del problema	13
1.4 Planteamiento del Problema	14
1.5 Justificación e Importancia	15
1.6 Limitaciones de la Investigación	17
1.7 Objetivos de la investigación	17
1.7.1 Objetivo General	17
1.7.2 Objetivos Específicos	17
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO – CIENTÍFICO	18
2.1 Antecedentes	19
2.2 Base Teórica - Científica	20
2.3 Hipótesis	24
2.3.1 Hipótesis General	24
2.3.2 Hipótesis Específicas	24
2.4 Variables: Operacionalización de Variables	25 - 26
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	27
3.1 Tipo de Investigación	28
3.2 Diseño de Investigación	28
3.3 Población y Muestra	28
3.4 Técnicas e Instrumentos de Investigación	29
3.5 Validación y confiabilidad de los Instrumentos	32
3.6 Métodos y Procedimiento para la recolección de datos	32
3.7 Análisis Estadístico e Interpretación de los datos	33
CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	35
4.1 Presentación de los Resultados	36
4.2 Análisis y Discusión de los Resultados	42
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	49
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS	55

DEDICATORIA

AL SUPREMO DIOS

A quien me consagro desde el vientre de mi madre; para el servicio del ser más frágil de su creación.

A MIS PADRES “EULOGIO Y MARTHA”

Quienes me educaron con mucho amor enseñándome a valorar la vida y disfrutarla plenamente, ellos constituyen mi gran alegría que atesoro porque han hecho de mi vida profesional y personal la experiencia más fructífera de mi existencia.

MIRLA MAGDA

AGRADECIMIENTO

A mi asesora de tesis Mg. Nicolasa González Flores por sus aportes en el presente estudio, al director del Hospital Gustavo Lanatta Lujan - Bagua – Amazonas por darme todas las facilidades del caso para culminar exitosamente con la realización de mi tesis.

LA AUTORA

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se inserta dentro de la investigación cuantitativa, la cual brinda los resultados de un estudio Observacional, transversal y analítico el cual permitió, analizar si la Depresión en el embarazo es un factor de riesgo asociado al aborto en el Hospital Gustavo Lanatta Lujan - Bagua – Amazonas, Enero - Marzo del 2015, identificando de esta manera, rasgos así como puntos críticos para el planteamiento futuro de un plan de acción encaminado al manejo de la depresión y el aborto en el Hospital en mención.

Es preciso indicar que este estudio, se encuentra dividido en capítulos que responden al Esquema de investigación proporcionado por la Escuela de Posgrado de la Universidad Particular de Chiclayo, desarrollado de acuerdo a la metodología de investigación científica y las normas establecidas para este tipo de trabajo.

A continuación, detallaremos brevemente el contenido de cada uno de los capítulos:

- El Capítulo I, denominado: El Problema de Investigación; donde se analiza y describe la problemática latente en torno a la depresión como factor de riesgo asociado al aborto. Del mismo modo se detalla la justificación de la investigación, así como sus objetivos y limitaciones.

- El Capítulo II: Marco Teórico - Científico, contiene algunos estudios que se han desarrollado en torno al tema tratado, de igual forma, el sustento o marco teórico científico que garantizan la veracidad del contenido de la investigación. El proceso de Operacionalización de las variables considerando las dimensiones e indicadores que han ayudado en la construcción de los instrumentos aplicados.
- El Capítulo III: Marco Metodológico; define el tipo de investigación y su diseño, Cuantitativo – Retrospectivo, transversal y analítico. La población y muestra. Los métodos utilizados son descriptivos y de análisis. Los materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos. La Validación de los instrumentos. Métodos y procedimientos para la recolección de datos, así como el Análisis estadístico de los resultados.
- El Capítulo IV: Que incluye los Resultados de la Investigación, que contiene la Presentación y análisis de la Información (en cuadros estadísticos) y la Discusión de resultados.
- Las Conclusiones y Recomendaciones; recoge la sistematización de los resultados enfocándolos de acuerdo a la formulación de los objetivos de la investigación.

Por último, el trabajo contiene todo el Asentimiento Bibliográfico y citas bibliográficas, que dan el sustento real de la investigación.

RESUMEN

Con el objetivo de demostrar si la Depresión en el embarazo es un factor de riesgo asociado al aborto en el Hospital Gustavo Lanatta Lujan - Bagua – Amazonas, enero - marzo del 2015, se presenta el siguiente trabajo de investigación, de tipo Observacional, transversal y Analítico; cuyo diseño de contrastación de hipótesis fue de Casos y Controles. La Población muestral la constituyeron todas las gestantes del 1er trimestre con depresión y que abortaron, las cuales fueron atendidas en el Hospital y período antes mencionado.

Los principales resultados fueron:

- La frecuencia de Depresión en gestantes del primer trimestre fue 57.81% y la frecuencia de aborto post depresión fue del 56.76%.
- La mayoría de las pacientes sujeta a estudio fueron adolescentes en el 25.86%, solteras en el 48.28% y procedían de zonas rurales en el 48.28%.
- Se halló una mayor prevalencia de primíparas (34.48%), cuya edad gestacional fue < 12 semanas (60.35%), no uso de métodos anticonceptivos (53.45%) y no deseo de embarazarse (65.52%).
- La Depresión en el embarazo es un factor de riesgo asociado al aborto. OR = 3.2 y $p < 0.05$.

Palabras Claves: Depresión, embarazo, factor de riesgo asociado, aborto.

ABSTRACT

In order to demonstrate if pregnancy depression is a risk factor associated with abortion at Gustavo Lanatta Lujan - Bagua - Amazonas Hospital, January - March 2015, the following research work is presented, observational, cross - sectional and Analytical; Whose hypothesis test design was Cases and Controls. The sample population consisted of all the pregnant women in the first trimester with depression and who had an abortion, which were attended at the Hospital and the aforementioned period.

The main results were:

- The frequency of depression in first trimester pregnant women was 57.81% and the frequency of post-abortion abortion was 56.76%.
- Most of the patients under study were adolescents in 25.86%, single in 48.28% and came from rural areas in 48.28%.
- A higher prevalence of primiparous women (34.48%) was found, whose gestational age was <12 weeks (60.35%), non-use of contraceptive methods (53.45%) and no desire to become pregnant (65.52%).
- Depression in pregnancy is a risk factor associated with abortion. OR = 3.2 and $p < 0.05$.

Keywords: Depression, pregnancy, associated risk factor, abortion.

CAPÍTULO I:

CAP I: El Problema de Investigación:

1.1 Realidad Problemática

Los trastornos afectivos, sobre todo la depresión, figuran entre los trastornos psiquiátricos más prevalentes en los adultos. La prevalencia de depresión mayor en mujeres en algún momento de su vida oscila entre 14 y 21%. (1)

En los momentos actuales, la evidencia permite reconocer que los cambios hormonales asociados a los ciclos reproductivos incrementan el riesgo de padecer algún trastorno del estado de ánimo y en especial el trastorno depresivo. El embarazo, uno de los eventos de mayor significancia en cuanto a cambios hormonales, representa un periodo de vulnerabilidad para la presentación o la recurrencia de un trastorno depresivo. Algunas mujeres experimentan su primer episodio depresivo durante el embarazo mientras que otras, que cuentan con antecedentes depresivos, están en riesgo incrementado para una recurrencia, continuación o exacerbación de dicho trastorno. (2)

A nivel mundial, el episodio depresivo mayor afecta del 7 al 24% de las mujeres. (3) Las prevalencias pueden variar de un contexto a otro. Bowen en Canadá, en 2006 indicó un 20,7%; (4) Lara M y Colab en el mismo año en México mostró una prevalencia de 30,7%;(5) Figueiredo y Colab, en Portugal, en 2007 mostraron una prevalencia

de 11,1%; (6) En Cartagena (Colombia) se halló que el 32% adolescentes tuvieron depresión durante el embarazo. (7)

Luna (2007) en un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en 260 mujeres gestantes, encontró una prevalencia del 38% de depresión mayor. (8)

Dos años después Matos M, Salinas J, Luna A, determinaron una prevalencia del 40,1%. (9)

Los factores de riesgo asociados a la depresión gestacional pueden ser biológicos o psicosociales. Dentro de los factores biológicos se encuentran los antecedentes por parte de la mujer de desórdenes del estado ánimo, desórdenes de ansiedad, depresión postnatal, desorden disfórico premenstrual y enfermedad psiquiátrica familiar. (10)

Dentro de los factores de riesgo psicosociales se encuentran: historia de abuso durante la infancia, edad temprana del embarazo, embarazo no planificado, ambivalencia de sentimientos en relación al embarazo, maternidad soltera, paridad, limitado apoyo social (el cual no es unidimensional sino multidimensional, ya que involucra diversos aspectos referidos al apoyo, como apoyo emocional afectivo y las relaciones sociales de la persona), violencia doméstica o conflictos de pareja, bajos niveles de educación y desempleo, abuso de sustancias y hábito de fumar.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Es la Depresión en el embarazo un factor de riesgo asociado al aborto en el Hospital Gustavo Lanatta Lujan - Bagua – Amazonas, enero - marzo del 2015?

1.2.2 Problema Específicos

1. ¿Cuál es la frecuencia de Depresión en gestantes del primer trimestre y la frecuencia de aborto post depresión?
2. ¿Cuáles son las características Socio - Demográficas de la población sujeta a estudio?
3. ¿Cuáles son las Características Obstétricas y Reproductivas de la población sujeta a estudio?

1.3 Delimitación de la Investigación

Es un hecho que en el Perú uno de los campos de mayor abandono en el sistema de salud es el referido a la salud mental materno-perinatal.

No existe, en ninguno de los niveles de atención, un servicio de psiquiatría que se encargue de velar por el bienestar mental de las mujeres durante el periodo antenatal, como postnatal. Así, en realidades como la nuestra urgen los estudios referidos a este campo

de la salud, que impulsen una toma de conciencia por parte de los médicos y las autoridades hacia los problemas mentales.

Información válida sobre la prevalencia y asociaciones del trastorno depresivo antenatal son importantes ya que permiten identificar los niveles de riesgo de una población, así como también evidencian, de modo indirecto, los niveles de eficacia del sistema de salud materno - perinatal de un país.

Las investigaciones inaugurales en el campo de la salud mental materno-perinatal se deben centrar en una primera instancia en el estudio de los instrumentos a utilizar, en la identificación de las prevalencias, y en la descripción y el análisis de los factores de riesgo asociados. En este sentido, son necesarios los estudios multicéntricos ya que ellos permiten evaluar una muestra más amplia ya en términos cuantitativos como cualitativos.

1.4 Planteamiento del Problema

El presente estudio es un progreso transcendental, porque como se ha expuesto líneas atrás, confirma la asociación entre la depresión y el aborto, relación que, si bien no ha sido detallada en estudios tan iguales al nuestro, han sido estudiados desde hace más de una década confirmando una alta prevalencia de depresión en gestantes.

(8)

Además, como reportan los estudios ya realizados existe más prevalencia de depresión en la gestación que en el postparto. Por lo tanto, es necesario que se profundice la investigación en este campo.

Por ello, se cree que es importante implementar políticas educativas y preventivas para frenar la aparición de estados depresivos durante el embarazo debido a las importantes repercusiones que tiene sobre la salud del producto de la concepción.

1.5 Justificación de la Investigación

El embarazo es un período en la vida de la mujer que requiere especial atención. Que involucra cambios físicos, hormonales, psicológicos y sociales que pueden tener un efecto directo en la condición general de la mujer.

Fue la psiquiatra Gisela B. Oppenheim quien por primera vez cuestionó esta premisa, lo cual marcó el inicio de una serie de investigaciones en las patologías mentales de las embarazadas y las repercusiones que tienen sobre la madre y sus hijos. (11)

La depresión es un trastorno mental común, que durante el embarazo se manifiesta con las características clínicas que muestra en otras etapas de la vida; se valora por medio de los criterios del Episodio Depresivo Mayor definidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV). (12) Los síntomas suelen presentarse como estado de

ánimo bajo, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, baja energía y falta de concentración. (13)

Por ello varios galenos la han asociado como un factor de riesgo de muchas entidades Clínicas entre ellas el aborto, haciendo destacar el enorme potencial que tiene la mente sobre el cuerpo, por ello se dice que la mayoría de enfermedades son psicosomáticas. No olvidemos que los trastornos psicosomáticos son otra forma de manifestación en el cuerpo físico de lo que nos sucede a nivel mental. Es decir, alguien que tiene ansiedad siente palpitaciones, sin que esto sea una enfermedad física. Lo mismo pasa cuando una gestante se siente deprimida, ansiosa más aún si su embarazo no fue deseado o planificado, el cuerpo indirectamente rechaza al nuevo ser, produciendo alteraciones que afectan el proceso de la gestación, produciéndose o instaurándose un cuadro de amenaza de aborto que, en mucho de los casos, si no hay un tratamiento terapéutico y psicológico termina en aborto. Por ello el interés en realizar el siguiente estudio, que nos permitirá demostrar si la depresión es un factor de riesgo asociado al aborto.

1.6 Limitaciones del estudio

- El tiempo reducido con el que cuenta la investigadora, además del lugar del trabajo, puesto que este se encuentra en otra región del país.
- La poca bibliografía respecto al tema.
- La aplicación del instrumento estuvo a cargo de un Profesional competente en este caso la Psicóloga, la cual después de varias peticiones acepto ayudarme, ya que en un principio hubo celo profesional.

1.7 Objetivos de la Investigación

1.7.1 Objetivo General:

Demostrar si la Depresión en el embarazo es un factor de riesgo asociado al aborto en el Hospital Gustavo Lanatta Lujan - Bagua – Amazonas, enero - marzo del 2015.

1.7.2. Objetivos Específicos:

1. Calcular la frecuencia de Depresión en gestantes del primer trimestre y la frecuencia de aborto post depresión.
2. Identificar las características Socio - Demográficas de la población sujeta a estudio.
3. Conocer las Características Obstétricas y Reproductivas de la población sujeta a estudio.

CAPÍTULO II:

CAP II: MARCO TEÓRICO - CIENTÍFICO

2.1 Antecedentes

A continuación, se presentan algunos antecedentes que tienen relación con el tema, además es pertinente acotar que no se halló antecedentes tanto nacionales ni locales respecto a ello, al parecer porque son estudios de primera línea.

Sumario M, Vargas E (México) (2014). Realizaron un estudio Prospectivo, descriptivo y transversal, cuyo objetivo fue estimar la frecuencia de depresión en mujeres embarazadas atendidas en una unidad de primer nivel. Se evaluaron 150 embarazadas con una edad promedio de 26 años, 50 de cada trimestre gestacional, quienes se encontraban en control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar 65, Las Flores, Oaxaca. Se aplicó la escala de Edinburgh para evaluar la depresión perinatal. Los datos fueron tratados mediante estadística descriptiva. 14% (21) presentó depresión. De ellas, un 38.1% se encontraban en el primer trimestre de gestación. La frecuencia que encontramos concuerda con la reportada en los estudios realizados previamente. Consideramos que es necesario continuar estudiando este evento y realizar la búsqueda intencionada, principalmente en las mujeres que presenten escolaridad media o inferior, que cursen el primer embarazo y que se encuentren en el primer trimestre gestacional. (14)

Bao M, Vega J Saona P (Lima) (2012). Efectuaron un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de estimar la prevalencia de depresión durante la gestación y estudiar posibles factores asociados a ésta. Para tal efecto se incluyeron 203 pacientes embarazadas que acudían al Consultorio Externo de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima, Perú. Se registraron los datos personales, obstétricos, socioeconómicos de las gestantes, y se les aplicó el Cuestionario. Los resultados fueron: La prevalencia estimada de depresión mayor en las pacientes gestantes fue alta y significativa. Los autores concluyeron que, la prevalencia estimada de depresión durante la gestación en las pacientes ambulatorias de nuestro estudio es más elevada que la encontrada en la literatura mundial en mujeres embarazadas y postparto, sin embargo, similar a la hallada en otro estudio realizado en el Perú con gestantes. Los factores asociados con mayores puntajes en la EPDS fueron ser soltera, no tener educación superior, no desear la gestación y haber presentado diagnóstico previo de depresión. (15)

2.2 Base Teórico - Científico

El embarazo y el ejercicio de la maternidad es un evento en la vida de la mujer, que implica cambios en su forma de vivir, en la vida de la pareja y en la relación con las personas que la rodean. Por consiguiente, algunos autores llegan a considerarla como una crisis, ya que pone en juego la estabilidad emocional de la mujer, su

capacidad para adaptarse a tales demandas, además de que reviven conflictos de fases psicológicas previas al embarazo. (16)

A lo largo del embarazo, toda mujer experimenta una gran cantidad de cambios; fisiológicos, biológicos, culturales, sociales, emocionales y psicológicos, que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos. La salud mental durante el embarazo es un aspecto que sin dudas preocupa a los profesionales y a la familia, debido a su repercusión sobre la embarazada y su hijo, a corto y a largo plazo. (17)

La depresión es un síndrome en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad sensación sugestiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. La paciente también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios en el apetito, en el peso, en el sueño y en la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o planes o intentos suicidas. Los síntomas deben mantenerse la mayor parte del día. El episodio puede acompañarse de un malestar clínico significativo: constipación o diarrea, dolor de cabeza y nual y deterioro social y/o

laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica. (18)

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión afecta a más del 15% de la población y aproximadamente el 22% de las mujeres en edad fértil y va disminuyendo después de los 45 años de edad.

El objetivo del tratamiento de la depresión durante el embarazo es mantener o mejorar la salud mental de la mujer, minimizando los riesgos para el embrión/feto en desarrollo. En la actualidad contamos con las siguientes herramientas como son la psicoterapia, el psicoeducación, el análisis transaccional, el tratamiento farmacológico, suplementación alimenticia con omega, acupuntura, luminoterapia y masajes. (19)

No se han hallado suficientes evidencias científicas sobre la eficacia de la intervención psicológica o psicosocial en la depresión durante el embarazo por lo que aún no puede recomendarse como única terapia. Por otro lado, el uso de drogas antidepresivas también podría ocasionar eventos adversos sobre el feto y muchas mujeres rechazan esta alternativa por temor. (20)

Es preciso destacar que existen estudios que avalan que, una de las causas del aborto es el estrés justo antes de la concepción o durante los primeros meses del embarazo, sin embargo, todavía no se

conocen cuáles son los mecanismos que lo relacionan. Los últimos estudios aportan nuevos datos al respecto que podrían explicar los casos de abortos repetidos e incluso prevenir algunos de ellos. (21)

Según el portal de referencia en prevención y educación en salud de la Revista “CuidatePlus”, durante los periodos en los que se sufre estrés, el cerebro libera determinadas hormonas, incluida la hormona liberadora de la corticotropina (CRH, en sus siglas inglesas). La CRH es segregada por el cerebro como reacción a una situación de estrés físico o emocional y también se produce en la placenta y en el útero de las mujeres embarazadas para potenciar las contracciones uterinas durante el parto. También menciona que, según diversas investigaciones, las mujeres que dan a luz de forma prematura o que tienen niños de bajo peso al nacer, suelen presentar con frecuencia altos niveles de CRH en la sangre. Pero en su investigación, ejecutada por un equipo de científicos de la Universidad de Tufts ubicada en Somerville/Medford, cerca de Boston, Massachusetts (Estados Unidos) y que se ha divulgado en la revista especializada *Endocrinology*, se revela que este elevado nivel hormonal se localiza mejor en las células del útero y no en sangre. (21)

El conocer que las células que producen la hormona se encuentran en el útero y que desde aquí influyen en la interrupción del embarazo supone un progreso para prevenir nuevos abortos espontáneos en mujeres propensas. (21)

Los estudiosos escriben que se podrían ejecutar el respectivo estudio del tejido uterino para determinar el riesgo y que el tratamiento para bloquear la liberación de la CRH podría basarse en un supositorio vaginal. Sin embargo, los expertos expresan que el mejor medio de prevenir estas pérdidas es evitar el estrés físico y emocional, que en diversos estudios ya ha demostrado ser causante de reacciones fisiológicas concretas y dañinas para el feto. (21)

2.3 Hipótesis

2.3.1 Hipótesis General:

La Depresión en el embarazo es un factor de riesgo asociado a la presencia de aborto en el Hospital Gustavo Lanatta Lujan - Bagua – Amazonas, enero - marzo del 2015.

2.3.2 Hipótesis Específicas:

1. La frecuencia de Depresión en gestantes del primer trimestre como la frecuencia de aborto post depresión fue alta y significativa.
2. Dentro de las características Socio - Demográficas de la población sujeta a estudio hay un alto índice de adolescentes y jóvenes, las cuales proceden de zonas urbano – marginales y rurales.

3. La población sujeta a estudio se caracteriza por ser en su mayoría primíparas, con edades gestacionales < 12 semanas, no usar métodos anticonceptivos y no desear embarazarse.

2.4 Variables:

Variable Independiente = Depresión

Variable Dependiente = Aborto

Operacionalización de Variables

Variables	Definición Operacional	Dimensión	Tipo	Escala	Indicadores
VI Depresión	Cada uno de los Síntomas tan comunes durante el embarazo que debe ser diagnosticada, pues puede ser nociva para el normal curso del embarazo	No hay Depresión	Cuantitativa	De Intervalo	< De 50
		Depresión Leve o Moderada	Cuantitativa		De 51 – 59
		Depresión Marcada o Intensa	Cuantitativa		De 60 – 69
		Depresión Intensa (En Grado Máximo)	Cuantitativa		≥ 70
VD Aborto	Terminación de la gestación por cualquier forma antes de que el producto sea viable, cuello abierto, eliminación de parte del producto y placenta	EG antes de las 22 sem y con peso < de 500 gramos	Cuantitativa	Ordinal	< 12 sem > 12 sem

Variables Intervinientes

Variables	Definición Operacional	Dimensión	Tipo	Escala	Indicador
Características Socio Demográficas	Cada uno de los datos Epidemiológicos de la población motivo de estudio	Edad	Cuantitativa	De Razón	En años
		Estado Civil	Cualitativa	Nominal	Casada Conviviente Soltera
		Zona de Procedencia	Cualitativa	Nominal	Urbana Urbana – Marginal Rural
		Ocupación	Cualitativa	Nominal	Ama de casa Estudiante Independiente Comerciante Empleada
Características Obstétricas y reproductivos	Corresponderá a los datos obstétricos y reproductivos consignados en la Ficha clínica	Paridad	Cuantitativa discontinua	Razón	En números de hijos
		Edad Gestacional	Cuantitativa discontinua	Razón	En semanas gestacionales
		Uso o no Método Anticonceptivo	Cualitativa	Nominal	SI - NO
		Este embarazo no deseado	Cualitativa	Nominal	SI - NO

CAPÍTULO III:

CAP III: MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Investigación:

Observacional, transversal y Analítico. (22)

3.2 Diseño de Investigación:

De Casos y Controles. (22)

- Casos: Gestantes del 1er Trimestre con Depresión.
- Controles: Gestantes del 1er Trimestre sin Depresión.

3.3 Población y Muestra:

Población muestral:

Estuvo constituida por todas las gestantes del 1er Trimestre atendidas en el Hospital Gustavo Lanatta Lujan - Bagua – Amazonas, durante enero - marzo del 2015, que fueron un total de 128 y que cumplieron con los criterios de selección.

Criterios de Inclusión

- Gestantes del 1er Trimestre con depresión y que abortaron.
- De cualquier edad.

Criterios de Exclusión

- Embarazo ectópico
- Mola Hidatiforme

- Malformaciones congénitas
- Antecedentes psiquiátricos.

Muestra: Tomando en cuenta los criterios de selección la muestra queda constituida por 58 abortos. Por tal motivo no se utilizó formula de tamaño de muestra, por ser la población medible o contable (Finita).

3.4 Técnicas e Instrumentos de Investigación:

Como Técnica se utilizó la Entrevista.

Como instrumento se utilizó:

La Ficha Anexo N° 1, donde están consignadas las Características Socio Demográficas y las Características Obstétricas de la población sujeta a estudio.

Escala de Automedición de la Depresión (EAMD) de William Zung (Anexo N° 2), también conocida como Escala de Depresión de Zung, la cual se utilizará, para medir los niveles de Depresión en la población motivo de estudio, la misma que establece un marco de referencia de las conductas ansiosas, basado en un cuestionario de 20 frases o relatos referidos por el paciente a manifestaciones de características de depresión como signos significativos en relación a trastornos emocionales. Estas frases incluyen síntomas

depresivos, como expresión de trastornos emocionales y se presenta en una ficha con cuatro columnas de elección tituladas:

Así mismo se observa que en el lado izquierdo de la tabla de evaluación, comprende cuatro columnas en blanco encabezado por las respuestas: "Muy pocas veces", "Algunas veces", "Muchas veces" y "Casi siempre".

A los examinados les es imposible falsificar tendencias en sus respuestas, porque la mitad de los ítems están redactados como síntomas positivos y la otra mitad como síntomas negativos

La aplicación puede ser individual o colectiva. Forma de evaluación: Para su aplicación se le pide al sujeto que ponga una marca en el recuadro que el considere más adecuado a como se ha sentido en la última semana.

Calificación del Instrumento: Para obtener la calificación, se coloca la hoja de respuestas bajo la guía de puntuación y se escribe el valor de cada respuesta en la columna de la derecha y la suma de todas ellas al pie de la página.

Para obtener el grado de depresión se compara la Escala obtenida con la escala clave para efectuar el recuento, con un valor de 1, 2, 3, 4 en orden variable según si la pregunta está formulada en sentido positivo o negativo. Luego se suman todos los valores

parciales. A continuación, se convierte la puntuación total en un índice basado en 100. En este sentido, con la Escala EAMD, se intenta estimar el estado de depresión presente en términos de medición cuantitativa de niveles de depresión, al margen de la causa.

Por otro lado, esta Escala nos permite relacionar los síntomas depresivos y las frases de la EAMD. Aunque estas frases están escritas en el lenguaje común del paciente con depresión. Cada una de ellas identifica un síntoma reconocido de la depresión. Entonces se tiene una lista de dichos síntomas y las frases que los expresan. Siendo descrito de la siguiente manera:

1. Estado afectivo persistente
2. Trastornos fisiológicos
3. Trastornos psicomotores
4. Trastornos psíquicos

NIVELES DE DEPRESIÓN QUE CONSIDERA EL INSTRUMENTO

ÍNDICE DE EAMD	INTERPRETACIÓN
----------------	----------------

- | | |
|---------------|---|
| – Menos de 50 | Dentro de los límites normales. No hay Depresión. |
| – De 51 – 59 | Depresión Leve o Moderada |
| – De 60 – 69 | Depresión Marcada o Intensa |

- De 70 a más Depresión Intensa (En Grado Máximo)

3.5 Validación y confiabilidad de los Instrumentos:

Validez y Confiabilidad: Zung (1965) valida la escala aplicándola, en primer lugar, a un grupo de pacientes de Consultorio Externo en el DUKE PSYCRHIASTYK HOSPITAL, con diagnóstico de depresión, ansiedad y otros desórdenes de la personalidad. En 1968 se realizó la validación de tipo transcultural, aplicando las escalas en Japón, Inglaterra, Checoslovaquia, Australia y Alemania. La autovaloración en dichos países era comparable, encontrando que existen diferencias significativas en un grupo de pacientes con diagnóstico de Depresión Aparente y Pacientes deprimidos. (23) (24)

3.6 Métodos y Procedimiento para la recolección de datos

Métodos de Análisis de Datos:

Se hizo uso de los métodos teóricos como el Inductivo y Deductivo, Analítico y Sintético, Dialéctico, de la abstracción:

Procedimientos para la Recolección de Datos

Para la pertinente recolección de datos, se pidió el permiso respectivo a la Dirección del Hospital, para ello se presentó una solicitud por escrito indicando los fines de la investigación.

Antes de la aplicación de los instrumentos. Se identificó a la población motivo de estudio, quienes luego de ser informada de los objetivos del estudio y acepten formar parte del estudio, firmaran el consentimiento informado (Anexo 3).

Se captó a la población motivo de estudio tanto en Consultorio Externo como en el servicio de Emergencia del hospital antes mencionado, entrevistándola a cada una de ellas, para luego aplicar los instrumentos (Anexo N° 1 y 2) por espacio de 20 minutos.

En los casos positivos (en donde se encuentre Depresión), se pidió una interconsulta al servicio de Psicología para su evaluación y tratamiento respectivo.

3.7 Análisis Estadístico e interpretación de los datos:

El análisis de los datos se realizó a través de frecuencias relativas y porcentuales y medidas de centralización (Epi Info), además en el análisis estadístico se utilizó la prueba de Independencia de criterios o Chi cuadrado para evaluar la asociación de variables, además del Odds Ratio con sus intervalos de confianza al 95% para la determinación del factor de riesgo asociado. El procesamiento de los datos se realizó mediante el Software estadístico SPSS, versión 22.

Estadígrafo propio del estudio:

		ABORTO	
		Si	No
DEPRESION	Si		
	No		

CAPÍTULO IV:

CAP IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Presentación de los Resultados

Cuadro 1:

En el siguiente cuadro se puede apreciar la frecuencia de depresión en gestantes del primer trimestre, la cual fue 57.81% y los casos de aborto post depresión fueron 42 de un total de 74, dándonos una incidencia del 56.76%.

Cuadro 2:

En el sucesivo cuadro se puede observar las Características socio Demográficas de la población motivo de estudio, caracterizándose por ser en su mayoría adolescentes en el 25.86%, ser solteras en el 48.28% y proceder de zonas rurales en el 48.28% respectivamente.

Cuadro 3:

Respecto a las características obstétricas y reproductivas se puede apreciar que prevalecieron las primíparas en el 34.48%, cuya edad gestacional fue < 12 semanas en el 60.35%, el 53.45% refirieron no usar métodos anticonceptivos y el 65.52% no desear el embarazo.

Cuadro 4:

En el siguiente cuadro podemos apreciar que aquellas gestantes en el primer trimestre con depresión están predispuestas 3.2 veces a presentar un cuadro de aborto. (OR)

CUADRO 1

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN GESTANTES DEL PRIMER TRIMESTRE HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN - BAGUA – AMAZONAS ENERO – MARZO 2015

	Nº	%
TOTAL GESTANTES DEL PRIMER TRIMESTRE	128	100%
PRESENCIA DE DEPRESIÓN	74	57.81%
ABORTO POST DEPRESIÓN	42	56.76%

Fuente: Libro de Registro de Obstetricia

CUADRO 2

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN - BAGUA – AMAZONAS ENERO – MARZO 2015

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS	DEPRESIÓN			
	SI		NO	
Edad (Años)	Nº	%	Nº	%
	42	72.41	16	27.58
≤ 17	15	25.86	--	--
18 – 23	08	13.79	07	12.07
24 – 29	10	17.24	09	15.51
30 – 35	07	12.07	--	--
> 35	18	31.04	--	--
Estado Civil	Nº	%	Nº	%
	42	72.41	16	27.58
Soltera	28	48.28	05	08.62
Conviviente	25	43.10	11	18.96
Casada	05	08.62	--	--
Procedencia	Nº	%	Nº	%
	42	72.41	16	27.58
Urbana	08	13.79	--	--
Urbano – Marginal	22	37.93	08	13.79
Rural	28	48.28	08	13.79

Fuente: Aplicación de las Fichas de Recolección de Datos

CUADRO 3

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS Y REPRODUCTIVAS HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN - BAGUA – AMAZONAS ENERO – MARZO 2015

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS Y REPRODUCTIVAS	DEPRESIÓN			
	SI		NO	
Paridad	Nº	%	Nº	%
	42	72.41	16	27.58
Primíparas	20	34.48	--	--
Múltiparas	14	24.14	10	17.24
Gran Múltiparas	08	13.79	06	10.34
Edad Gestacional	Nº	%	Nº	%
	42	72.41	16	27.58
< 12 semanas	35	60.35	07	12.06
> 12 semanas	07	12.06	09	15.52
Uso de Métodos Anticonceptivo	Nº	%	Nº	%
	42	72.41	16	27.58
SI	11	18.96	14	24.14
NO	31	53.45	02	03.44
Embarazo No Deseado	Nº	%	Nº	%
	42	72.41	16	27.58
SI	38	65.52	--	--
NO	04	06.89	16	27.58

Fuente: Aplicación de las Fichas de Recolección de Datos

CUADRO 4

**DEPRESIÓN COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO AL ABORTO
HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN - BAGUA – AMAZONAS
ENERO – MARZO 2015**

		Aborto		
		Si	No	Total
Depresión	Si	42	32	74
	No	16	38	54
Total		58	70	128

Fuente: Aplicación de las Fichas de Recolección de Datos

OR = 3.2

4.2 Análisis y Discusión de los Resultados

El siguiente es un estudio realizado en el Hospital Gustavo Lanatta Lujan - Bagua – Amazonas con el propósito de demostrar si la Depresión en el embarazo es un factor de riesgo asociado al aborto, período enero – marzo del 2015 en ese período se atendieron un total de 128 gestantes del primer trimestre de las cuales 74 presentaron depresión dándonos una frecuencia del 57.81% de depresión. Mientras que la frecuencia de aborto post depresión fue del 56.76% respectivamente. (Cuadro 1)

Como se sabe, el embarazo y el ejercicio de la maternidad es un evento vital que implica cambios en la vida de la mujer, en la de la pareja y en las personas que la rodean. Se considera como una crisis, ya que pone en juego su estabilidad emocional, lo que ocasiona una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos. (14) (25) (26)

Desde hace menos de una década, la salud mental durante el embarazo es un aspecto que sin dudas preocupa a los profesionales y a la familia, debido a su repercusión sobre la embarazada y su hijo, a corto y a largo plazo. (27).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta a más del 15% de la población y a aproximadamente el 22% de

las mujeres en edad fértil y va disminuyendo después de los 45 años de edad. (28)

En América Latina se encuentra una prevalencia de 29% de cuadros depresivos en las mujeres embarazadas. En México la prevalencia de depresión en el embarazo es del 10-25%. De acuerdo con el sistema de estadísticas oficiales del Instituto Mexicano del Seguro Social, en los últimos 3 años no se encontró registro con el diagnóstico de depresión en las unidades de primer nivel. (29).

En una revisión Cochrane del año 2004, se halló una prevalencia de episodios depresivos durante el embarazo del 10,7%, con un rango entre el 7,4% en el primer trimestre hasta el 12,8% en el segundo y el 12% en el tercer trimestre. Estos resultados, de un meta-análisis de 21 estudios realizado por Bennett, coinciden con la prevalencia hallada por otros autores: el 11% en el primer trimestre y el 8,5% para el segundo y tercero. (30)

Respecto a las características sociodemográficas en las gestantes con depresión que después de ella tuvieron un aborto, se puede observar que la mayoría fueron adolescentes (25.86%), solteras (48.28%) y procedentes de zonas rurales (48.28%). (Cuadros 2). Es preciso destacar que no se consideró cuadro de escolaridad debido a que la gran mayoría tenían estudios primarios o eran analfabetas. Esto explicaría el porcentaje tan alto que hemos tenido de Depresión,

ya que hay quienes afirman que mientras menor sea su escolaridad mayor será el porcentaje de depresión. Así pues, en el estudio de **Sumario M, Vargas E** se halló que de las pacientes evaluadas con depresión, entre mayor sea su nivel de escolaridad, menor será el porcentaje de ellas que muestren depresión. (14)

Contrastando las demás variables, podemos mencionar al estudio de **Bao, Vega y Saona** quienes hallaron que, los factores asociados a depresión fueron ser soltera, no tener educación superior, no desear la gestación y haber presentado diagnóstico previo de depresión. (15)

Dentro de las Características Obstétricas y Reproductivas se halló una mayor prevalencia de primíparas (34.48%), cuya edad gestacional fue < 12 semanas (60.35%), no uso de métodos anticonceptivos (53.45%) y no deseo de embarazarse (65.52%). (Cuadros 3).

Es pertinente acotar que la mayoría de nuestras gestantes en el Hospital en mención son adolescentes, siendo un número considerable de ellas que optan por el aborto, nunca usaron métodos anticonceptivos y no contaban con que iban a quedar embarazadas, viven en extrema pobreza y la moría son solteras, como lo esbozan los estudios arriba mencionados.

Así pues, se encontró que la Depresión en el embarazo es un factor de riesgo asociado al aborto. (OR = 3.2 y $p < 0.05$). (Cuadro 4)

Aunque no existen muchos estudios respecto al tema, hay quienes concuerdan con nuestros hallazgos, que, si existe relación entre la Depresión y la presencia de aborto, además se habla de la existencia de factores de riesgos asociados en aquellas mujeres que en un anterior embarazo han tenido depresión y aborto. (14) (26) (29) (30)

En definitiva, se tiene que reconocer que el presente estudio queda limitado por el uso de la Escala de Zung para Depresión, pues hubiera sido deseable contar con una herramienta validada con pacientes que fueran mujeres embarazadas en el primer trimestre de gestación

CONCLUSIONES

- La Depresión en el embarazo es un factor de riesgo asociado al aborto. Como lo demuestra la razón de momios (OR = 3.2) lo cual indica que aquellas gestantes que tuvieron depresión en el primer trimestre estaban predispuestas a 3.2 veces más a sufrir un episodio de aborto. Así mismo se halló asociación estadística entre la Depresión y aborto. ($p < 0.05$).

- La frecuencia de Depresión en gestantes del primer trimestre fue 57.81% y la frecuencia de aborto post depresión fue del 56.76%.

- La mayoría de las pacientes sujeta a estudio fueron adolescentes en el 25.86%, solteras en el 48.28% y procedían de zonas rurales en el 48.28%.

- Se halló una mayor prevalencia de primíparas (34.48%), cuya edad gestacional fue < 12 semanas (60.35%), no uso de métodos anticonceptivos (53.45%) y no deseo de embarazarse (65.52%).

RECOMENDACIONES

- Unir esfuerzos y trabajar con el área de psicología en la identificación de la depresión durante la gestación.
- Ofrecer apoyo incondicional a la gestante del primer trimestre que está pasando por algún grado de depresión.
- Educación sanitaria de la gestante sobre el tema.
- Elaboración de talleres preventivo – promocionales enfocados a disminuir los casos depresivos en nuestras gestantes.
- Realización de estudios similares al nuestro en otros Establecimientos de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parry B, Newton R. Chronobiological basis of female-specific mood disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2001; 25: s102–s108.
2. Bennett H, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson t. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet gynecol*. 2004; 103: 698-709.
3. Murray J, López D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349: 1498-504.
4. Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006; 35(4):491- 8.
5. Lara M, Navarro C, Navarro L, Cabrera A, Et al. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental* 2006; 29(4): 55 - 63.
6. Figueiredo B, Pacheco C. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10: 103 -9.
7. Campo A, Ayola C, Peinado H, Amor M, Cogollo Z. Escala de Edinburgh para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena (Colombia). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2007; 58 (4): 277- 83

8. Luna M. Prevalencia de la depresión mayor durante la gestación en el instituto nacional materno perinatal de lima en el periodo de junio a noviembre de 2006. Tesis no publicada. Lima, 2007.
9. Matos M, Salinas J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 2009; 26(4):310-314.
10. Ryan D, Milis L, Misti N. Depression during pregnancy. Can fam physician 2005; 51: 1087- 1093.
11. Oppenheim G. Psychological disorders in pregnancy. En: Priest R, editor. Psychological disorders in Obstetrics and gynecology. London: Butterworths, 1985.
12. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Revista Chilena Neuro Psiquiatria 2010; 48 (4): 269-278.
13. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV TR. Barcelona: Masson; 2001.
14. Sumario M, Vargas E. Frecuencia de depresión en mujeres embarazadas. 1(1) 33-47. Abril –Octubre, 2014.
15. Bao M, Vega J Saona P. Prevalencia de Depresión durante la gestación. Rev. Neuropsiquiatría 73 (3), 2010 95.
16. Oquendo M, Lartigue T, González - Pacheco I, Méndez S. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. Perinatol Reprod Hum, 2008. 22, 195-202

17. Dennis L, Allen K. Interventions (Other than Pharmacological, Psychosocial or Psychological) for treating antenatal depression. Cochrane Database of Systematic Reviews, 8(4), 2008.
18. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Tr. USA: Author, 2008.
19. Cohen S, Nonacs M, Bailey W, Viguera C, Reminick M, Altshuler L., Stowe N, Faraone V. Relapse of depression during pregnancy following antidepressant discontinuation: A preliminary prospective study. Arch Women Ment Health, 2009, 7(4), 217-21.
20. Dennis L, Allen K. Interventions (Other than Pharmacological, Psychosocial or Psychological) for treating antenatal depression. Cochrane Database of Systematic Reviews, 8(4), 2008.
21. Cotelo J y Sevilla M. El estrés físico o emocional favorece los abortos espontáneos. Ed. Unidad Editorial Revistas, S.L. CuidatePlus. Año 2017.
22. Hernández R, Fernández C, Baptista M. "Metodología de la investigación:". 5ª Ed. Mc - Graw-Hill Interamericana Editores, S.A. DE C.V. México. 2010.
23. Pichot P. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona. Ed. Masson. 1998.
24. Polaino L. La Depresión. Barcelona Edit. Martínez Roca. 1989.
25. Urbina C y Villaseñor J. Los trastornos psiquiátricos y el embarazo. 6 (11), 1067-6079. Año 2005.

26. Ortega L, Lartigue T y Figueroa E. Prevalencia de la depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum*, 15(1), 11-20. Año 2001.
27. Dennis C y Allen K. Interventions (Other than Pharmacological, Psychosocial or Psychological) for treating antenatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(4). Año 2008.
28. OMS. La depresión es el trastorno mental más frecuente. Washington, DC, 9 de octubre de 2012 (OPS/OMS) © Pan American Health Organization. All rights reserved.
29. Cohen S, Nonacs M, Bailey W, Viguera C, Remnick M, Altshuler L, Stowe N, Faraone V. Relapse of depression during pregnancy following antidepressant discontinuation: A preliminary prospective study. *Arch Women Ment Health*, 7(4), 217-21. Año 2009.
30. Bennett A, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson R. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*, 103, 698-709. Año 2004.

ANEXOS

ANEXO 1

DEPRESIÓN COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO AL ABORTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN - BAGUA – AMAZONAS

CARACTERÍSTICAS SOCIO – DEMOGRÁFICOS

H.C N° _____

I.-CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad: _____ años
2. Estado Civil:
Soltera () Casada () Conviviente ()
3. Grado de instrucción:
Analfabeta () Prim incompleta () Prim completa () Sec incompleta ()
Sec completa () Superior No Univ Incompleta () Superior No Univ
completa () Superior Univ incompleta () Superior Univ completa ()
4. Zona de Procedencia:
Urbano () Urbano- Marginal () Rural ()
5. Ocupación:
Ama de casa () Estudiante () Empleada ()

II.- CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS Y REPRODUCTIVAS:

PARA: _____ E.G: _____

A/C: SI () NO () Tipo de A/C: _____

Este embarazo no deseado: Si () No ()

ANEXO 2
ESCALA DE ZUNG PARA LA DEPRESIÓN

Instrucciones:

Lea cada declaración cuidadosamente. Para cada declaración, marque el círculo de la columna que mejor responda a la forma como usted se ha sentido durante las últimas dos semanas.

Para las declaraciones 5 y 7, Si usted está a dieta, conteste como si no estuviera.

	Por favor, señale una respuesta de cada una de las siguientes declaraciones	Nunca o muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	La mayoría del tiempo o siempre	
1	Me siento descorazonado, melancólico y triste					
2	Por la mañana es que mejor me siento					
3	Siento deseos de llorar					
4	Me cuesta trabajo dormir durante la noche					
5	Como tanto como solía comer antes					
6	Disfruto conversando, mirando y estando con mujeres/hombres atractivos					
7	Noto que estoy perdiendo peso					
8	Tengo problemas de estreñimiento					
9	Mi corazón late más rápidamente de lo normal					
10	Me canso sin motivo					
11	Mi mente está despejada como siempre					
12	Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer					
13	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto					
14	Tengo esperanzas en el futuro					
15	Me irrito más de lo normal					
16	Encuentro fácil tomar decisiones					
17	Siento que me necesitan y soy útil					
18	Llevo una vida satisfactoria					
19	Siento que los demás estarían mejor si yo estuviera muerta					
20	Todavía disfruto de las cosas que solía hacer					
Puntuación brutal						
Índice EAD						

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lic. Obsta. Mirla Magda Gonzales G.

Alumna de la 2ª Especialidad en Obstetricia de Riesgo y Emergencias Obstétricas

UPCH - FCS

Mirmag2609@hotmail.com

Estimada Señora

Estoy realizando una investigación a fin de indagar si la Depresión en el embarazo es un factor de riesgo asociado al aborto en el Hospital Gustavo Lanatta Lujan - Bagua – Amazonas, así pues su participación es importante, voluntaria e incluirá solamente pacientes que deseen participar. Para ello, se está pidiendo su autorización para dicho estudio, si usted acepta, quiere decir que la investigadora le ha indicado a usted de forma verbal, así como escrita lo siguiente: el propósito del estudio, participación, riesgos, incomodidades, costos, beneficios, confidencialidad y problemas o preguntas.

Propósito del estudio

El propósito del estudio es analizar si la Depresión en el embarazo es un factor de riesgo que se asocia al aborto, para ello se utilizará la Escala de Automedición de la Depresión. (Anexo N° 2)

¿En qué consistirá su participación?

Una vez autorizada su participación, se le aplicará los instrumentos de recolección de datos, dentro de los que se encuentran la Escala de Automedición de la Depresión de William Zung. Para luego procesar la información y obtener los resultados.

Riesgos, incomodidades y costos de su participación

Con respecto a los riesgos, estos ya han sido estudiados y usted pasará por riesgos identificados, por lo que se ha planteado que no tendrá mayor riesgo que la población general. El estudio no tendrá costo para usted. En todo momento se evaluará si se encuentra en posición de poder hacer uso de la palabra; su negativa en no participar del estudio, no afectará ningún servicio que usted o alguno de sus familiares pueda tener por parte del sistema de salud.

Beneficios

Los beneficios hallados que dará la investigación serán: Para la institución contar información sobre la Depresión asociada al aborto. Para la investigadora atañe su beneficio profesional y académico el investigar en este campo y para las participantes el tener un poco más de información sobre los temas investigados.

Confidencialidad de la información

Toda información que usted proporcione será totalmente confidencial, los nombres y apellidos de cada participante quedará a custodia del investigador, por un periodo no mayor de 5 años, posteriormente los formularios serán eliminados.

Problemas o preguntas

En todo momento se garantizará la posibilidad de retirarse del estudio y no tendrá incomodidad alguna por ello, si usted tuviera alguna pregunta podrá hacerla al profesional que realizará la entrevista; si luego de ser entrevistada quisiera no participar en el estudio comuníquese con la investigadora al celular N° # 920013517 cualquier consulta o retiro del estudio.

Consentimiento / Participación voluntaria

Por lo expuesto comprendo que mi autorización es importante para la presente investigación. Sé que mis respuestas a las preguntas serán utilizadas para fines investigativos. También se me informó que, si participo o no, mi negativa a responder no afectará los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia puedan recibir por parte de los profesionales de este Hospital. Comprendo que el

resultado de la investigación será presentado a la comunidad científica para su mejor comprensión.

Declaración de la Paciente

He leído y he entendido la información escrita en estas hojas y firmo este documento autorizando mi participación en el estudio, con esto no hay renuncia mía a nuestros derechos como pacientes o ciudadanos. Mi firma indica también que he recibido una copia de este consentimiento informado.

Firma de la Paciente: _____

Documento de identidad N° _____

Fecha ____/____/____

Hora: _____