

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN  
MEDICINA Y CIRUGÍA**

***ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN USUARIAS EMBARAZADAS QUE ACUDEN A  
CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD DE VILLA LIBERTAD DEL  
MUNICIPIO DE MANAGUA, NICARAGUA EN EL PERÍODO DE OCTUBRE-  
NOVIEMBRE 2015.***

**TUTORES CLÍNICOS**

**Dr. Guillermo Gosebruch Icaza. (Médico psiquiatra, Máster en Salud Pública)**

**Dr. Roberto Orozco (Gineco-Obstetra)**

**AUTORES:**

**Br. Ana Isabel Álvarez Delgadillo**

**Br. Anabelky Méndez Taleno**

**JULIO 2019**

## DEDICATORIA

Le dedico primeramente mi trabajo a Dios quien fue el creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando he estado a punto de caer; por ello, todo se lo debo a él.

De igual forma, a mis padres, a quienes les debo toda mi vida, les agradezco el cariño y su comprensión, a ustedes quienes han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante buscando siempre el mejor camino.

A mis maestros, porque gracias al tiempo dedicado, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

**Br. Ana Isabel Álvarez Delgadillo**

## **DEDICATORIA**

Le dedico este estudio a Dios mi creador por darme la fortaleza, sabiduría y entusiasmo durante mis estudios, porque me enseñó a superar cada uno de los obstáculos que he enfrentado durante este tiempo, además por darme la bendición de tener una familia y muchas amistades que han servido de guía y ayuda en este camino tan difícil.

**Br. Anabelky Méndez Taleno**

## AGRADECIMIENTO

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Agradecer hoy y siempre a mi familia quienes han creído en mí siempre, dándome un ejemplo de superación, resistencia y sacrificio; enseñándome a valorar todo lo que tengo. Por el apoyo en mis estudios, de ser así no hubiese sido posible. A mis padres ya que me brindan el apoyo, la alegría y me dan la fortaleza necesaria para seguir adelante.

A nuestra casa de estudios por haberme dado la oportunidad de ingresar al sistema de Educación Superior y cumplir este gran sueño.

A todas y todos quienes de una u otra forma han colocado un granito de arena para el logro de este Trabajo de Grado, agradezco de forma sincera su valiosa colaboración

**Br. Ana Isabel Álvarez Delgadillo**

## AGRADECIMIENTO

### *A Dios*

Por haberme permitido a pesar de las dificultades culminar este estudio, dándome salud y fortaleza para lograr mis sueños, además por las múltiples bendiciones que hasta hoy tengo, por moldear mi carácter que me ayuda para servir a las personas que lo necesitan.

### *A mi padre*

Juan José Méndez Rodríguez por su apoyo incondicional y los ejemplos de perseverancia y persistencia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, lo que hoy se demuestra cumpliendo mi meta de ser una profesional que sigue avanzando.

### *A mi madre*

Andrea Taleno Por haberme apoyado en todo momento, por su paciencia, amor, y protección, por proveer en todo lo que me hacía falta. Además porque me ha dado la herencia del conocimiento que es lo más valioso que me ha entregado.

### *A mis Hermanos*

Israel Méndez y Ruddy Méndez quienes me han dado su apoyo de una u otra manera y quienes han sido de inspiración para mí, por su constancia y esfuerzo en todo lo que hacen.

### *A mis amigas*

Zeneyda Quiroz a quien considero una segunda madre que Dios me dio, Isamara Medina Quiroz; mi mejor amiga y hermana, desde que las conocí me enseñaron que la perseverancia es lo fundamental para lograr los sueños y siempre estuvieron a mi lado en los buenos y malos momentos, me extendieron su mano cuando más lo necesité, me brindaron su

tiempo, recursos y amistad; definitivamente gracias a su apoyo incondicional he logrado culminar mi carrera.

Milena de Los Ángeles García quien ha sido una persona muy especial conmigo apoyándome en mis estudios y proyectos, quien me ha brindado su apoyo moral y económico cuando lo he necesitado, además con su ejemplo de lucha, tenacidad y firmeza me ha inspirado a seguir adelante para cumplir más allá de mis metas.

### *A mis Docentes*

A cada uno de ellos, porque me han dado el saber, ese don maravilloso que me ha abierto puertas, que ha hecho más fácil el caminar por este sendero, todos ellos me brindaron su conocimiento, paciencia y respeto desde el principio de mis estudios; preescolar, primaria, secundaria y universidad . Mis docentes, a quienes recuerdo con mucho cariño siempre.

**Br. Anabelky Méndez Taleno**

## OPINION DEL TUTOR

Cuando me solicitaron ser tutor de este trabajo, me alegré pues no siempre hay interés en los temas de salud mental y cuando me plantearon el tema ANSIEDAD Y DEPRESION EN USUARIAS EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD DE VILLA LIBERTAD DEL MUNICIPIO DE MANAGUA, NICARAGUA EN EL PERIODO DE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2015 me pareció mucho más interesante.

Los trastornos de salud mental, que son causante en buena parte de días de vida perdido, sean estos laborales, en su vida de desarrollo, nos parece importante conocer cuáles son las condiciones que están presentes en nuestras embarazadas, para generar prácticas de promoción de salud mental e intervenciones temprana, si así lo fuera necesario.

Es un gusto poder compartir que otros profesionales los resultados de esta investigación que dará pie, seguramente a otras nuevas, conocer cuáles son los factores que podrían afectar el saludable funcionamiento de nuestras mujeres, que entran a un periodo bonito de su vida como es el embarazo.

Dr. Guillermo Gosebruch Icaza

Médico psiquiatra y Máster en salud Pública

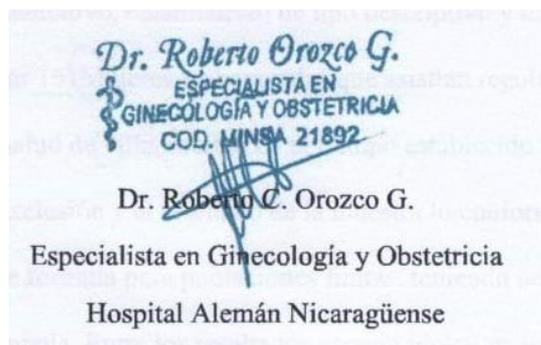
## OPINION DEL TUTOR

Todo profesional de la salud, debe tener en cuenta la posibilidad de que una mujer presente en la etapa perinatal un cuadro de depresión, es decir, durante el embarazo y el postparto, esto debido a que se considera un fenómeno con una frecuencia relativamente alta y que por otra parte ocasiona una etapa difícil de sufrimiento en la mujer y en quienes la rodean. Además se trata de un trastorno que responde relativamente bien al tratamiento y por lo tanto generalmente es posible remediar cuando se identifica y se interviene a tiempo. Sin embargo, la mayoría de las mujeres que están deprimidas en la etapa perinatal no buscan ni reciben un tratamiento específico. Es necesario que el clínico/a esté familiarizado con su fenomenología y que aprenda a reconocer el cuadro y que entienda sus causas, así como las estrategias de ayuda que se puede implementar. Muchos profesionales de salud primaria como obstetras, enfermeras, pediatras, etc. De hecho hacen intervenciones de “salud mental” al escuchar y asistir a sus pacientes en forma cotidianas. Para algunas pacientes, es muy importante ser escuchados y sentir que alguien entiende por lo que están pasando, esto en sí es un elemento terapéutico.

Es importante consignar, además que durante el embarazo la cantidad de progesterona y estrógenos es varias veces mayor que después de este; en el postparto hay una súbita caída en la cantidad de estas hormonas se ha sugerido como factor contribuyente una baja en el nivel sanguíneo de progesterona y una elevación de cortisol.

La importancia de este trabajo investigativo realizado por las bachilleres Ana Álvarez y Anabelky Méndez reside en la gran frecuencia con la que aparece estos trastornos en el embarazo y puerperio, la poca experiencia que tienen el personal de salud en el diagnóstico o manejos de estos trastornos y por último, en la gran cantidad de complicaciones que derivan de la ansiedad y depresión en este periodo tan vulnerable. Felicito a estas grandes

investigadoras por su delicada labor y seriedad con el que trabajo en la realización de este magnífico informe.



## RESUMEN

A pesar que el embarazo se ha considerado siempre un período de relativo bienestar psíquico, se sabe que no tiene un factor protector sobre la salud psíquica y que es un acontecimiento potencialmente estresante que puede suponer un riesgo para mujeres vulnerables. La gestación es un momento de vulnerabilidad en la mujer para el inicio o recaída de alguna de las enfermedades psiquiátricas. Es por tal razón los objetivos del estudio son: Identificar ansiedad y depresión en usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el centro de salud de Villa Libertad del municipio de Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015, describir los principales síntomas de ansiedad y depresión de acuerdo al test de Hamilton y mencionar los factores de riesgo o relacionados para ansiedad y depresión encontrados en las pacientes en estudio. Siendo el tipo de estudio observacional y de tipo descriptivo, de corte transversal. El universo comprendido por 161 mujeres embarazadas que asistían a control prenatal en el centro de salud de Villa Libertad en el tiempo establecido y que cumplían los criterios de inclusión y exclusión y el tamaño de la muestra lo conformaron 90 pacientes calculado por fórmula para poblaciones finitas, teniendo un tipo de muestreo aleatorio simple, por tómbola. Entre los resultados encontrados y su análisis se obtuvo que con respecto a la ansiedad y depresión probable según escala de Goldberg mostró que un 86.7% de las pacientes resultaron positivas y al medir el nivel de ansiedad según escala de Hamilton reveló que 52.6% de las embarazadas tenían una ansiedad moderada, el 28.2% correspondió a una ansiedad leve, con un 10.3% de las pacientes no presentaban ansiedad, y con un 9% que tenían ansiedad grave. Lo que revela que los trastornos psicopatológicos en la atención primaria son frecuentes y que las embarazadas son un grupo de riesgo debido a todos los cambios hormonales que ocurren en el embarazo más asociado a ambiente familiar que las rodean o situaciones de estrés estas en algún momento de su embarazo pueden desarrollar algún grado sea de ansiedad o depresión. Además, un gran porcentaje de pacientes resultaron en la

escala de Hamilton con nivel moderado de ansiedad al contrario que depresión la cual la mayoría de embarazadas se encontraban con depresión ligera o leve. Por otro lado un porcentaje importante (9%) de mujeres con depresión severa lo que supera a lo que refiere Silver & Sarrel en un meta-analisis (2011); que de un 3 a 5% las mujeres embarazadas experimentan depresión severa, y que en la mitad de estas mujeres haya una exacerbación post parto que conlleve a intentos de suicidio. Respecto a los factores de riesgos asociados al embarazo se encontró que la mayoría de estos se encontraban presentes en las pacientes en estudio, siendo relevante que un gran porcentaje de las pacientes en estudio no planificaron su embarazo, otro aspecto importante que las mujeres que presentaban sintomatología ansiosa o depresiva tenían discusiones frecuentes o falta de apoyo por parte de su pareja. Lo que demuestra la relevancia de enfatizar en estos factores para la detección y manejo temprano de estas patologías, para evitar que la gestante llegue a exacerbar los síntomas, lo cual puede ocasionar consecuencias serias que puedan afectar tanto a la madre e hijo como un aborto involuntario, parto prematuro, RCIU, entre otros efectos negativos.

**Palabras clave:** Embarazo, Ansiedad, Depresión, Test de Goldberg, Escala de Hamilton.

## INDICE

I.	INTRODUCCION .....	13
II.	ANTECEDENTES .....	15
III.	JUSTIFICACION .....	18
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	20
V.	OBJETIVOS .....	22
VI.	MARCO TEORICO.....	23
VII.	DISEÑO METODOLOGICO.....	40
VIII.	RESULTADOS.....	64
IX.	ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	70
X.	CONCLUSIONES .....	73
XI.	RECOMENDACIONES .....	74
XII.	BIBLIOGRAFÍA .....	75
XIII.	ANEXOS .....	80

## I. INTRODUCCION

En un artículo sobre tratamiento de los trastornos mentales en las embarazadas afirman que a pesar que el embarazo se ha considerado siempre un período de relativo bienestar psíquico, se sabe que no tiene un factor protector sobre la salud psíquica y que es un acontecimiento potencialmente estresante que puede suponer un riesgo para mujeres vulnerables. La gestación es un momento de vulnerabilidad en la mujer para el inicio o recaída de alguna de las enfermedades psiquiátricas. (Franco Goikolea, García & Imaz, 2008, p. 2)

Además Franco, menciona que contrariamente a lo que se pensaba hace años, no es un factor protector de los trastornos psicopatológicos sino que afecta el curso y a la aparición de éstos. En México la morbilidad psiquiátrica en el embarazo se ha estimado que es del 20-40%.(Franco Goikolea, García & Imaz, 2008, p. 2)

En revisión de un estudio elaborado por Sainz Chávez, Díaz, Sandoval, & Robles sobre Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas mencionan que:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que, para 2020, la depresión será la primera causa de incapacidad laboral y tercera causa de morbilidad, y se estima que actualmente hay 340 millones de personas con depresión. Las mujeres son más propensas a presentar depresión en cualquier periodo de su vida, en una proporción de 2:1 con los hombres, siendo una de las principales causas de enfermedad en mujeres de 15-44 años en todo el mundo. La depresión es una condición frecuente en el embarazo, por lo menos tan frecuente como en las mujeres que no están embarazadas. Además existe mayor riesgo de presentar depresión en pacientes embarazadas que presentan ansiedad. (Sainz Chávez, Díaz, Sandoval, & Robles, 2012 pp. 26, 27)

En el año 1992, Attie realizó un estudio en México sobre aspectos psicológicos del embarazo de alto riesgo mencionado que los aspectos sociales; como la presión que ejerce el que su embarazo no se dé en circunstancias socialmente deseables, es decir, con una pareja estable y en una situación económica apropiada, lo cual se agrava cuando no cuenta con apoyo familiar por la misma situación, no favorece la adaptación de la mujer a su nuevo estado y le causa un conflicto por no cumplir con las exigencias del exterior, lo que a su vez impacta en su estado emocional, generando por lo regular manifestaciones ansiosas o depresivas.( Attie, 1992, p. 460)

Attie afirma que estudios anteriores han podido establecer que existen manifestaciones emocionales propias de la mujer embarazada, las cuales ayudan al especialista a comprender mejor su expresión como parte del evento reproductivo, y a distinguir aquellos casos que no corresponden a esto y que podrían considerarse manifestaciones patológicas (Attie, 1992, pp 461).

En Nicaragua la realidad es la misma, existen factores asociados a depresión y ansiedad en las embarazadas, y el médico que realiza los controles prenatales no le da importancia a la identificación y el manejo de estas enfermedades y se hace importante que se valore a la mujer gestante integralmente y que estas patologías son frecuentes y que las complicaciones obstétricas son reales. . (Ruiz Cerrato, D. A, 2006, p.10).

## II. ANTECEDENTES

En el año 2005, Picech, Flores, et al. Realizaron un estudio descriptivo en el Hospital Ángela I. LLano de la ciudad de Corrientes, en Argentina sobre depresión y embarazo. Con una muestra de 200 embarazadas encuestadas con resultados 42 embarazadas (21%) con sintomatología depresiva. Concluyendo que el resultado obtenido (21%) es similar al encontrado por otros autores (que es de 26%). (Picech, Flores, et al, 2005)

En el año 2006, Ruiz Cerrato Darling A. Realizó un estudio descriptivo en Managua, Nicaragua a cerca de la depresión en pacientes embarazadas que acuden a control prenatal en la clínica materno infantil Roberto Clemente en el periodo de Octubre-Diciembre 2006. Con muestra del 100% de las pacientes que acudían a la clínica No. 3. Teniendo los resultados de 60% en la prevalencia de depresión en las embarazadas, 50% de estas pacientes manifestaron tener dificultad para realizar cosas, no despejada como antes, dificultad para tomar decisiones, pérdida del apetito, palpitaciones, intranquilidad, dificultad para dormir, ganas de llorar, entre otras. (Ruiz Cerrato, D. A, 2006).

En el año 2011, Canales Sequeira María L. En un estudio retrospectivo en Nicaragua sobre los principales diagnósticos Psiquiátricos atendidos en el centro de atención psicosocial en la ciudad de Bluefields de la región autónoma del atlántico sur de junio-diciembre 2011. Muestreo probabilístico aleatorizado con muestra de 90 pacientes se obtuvieron resultados: 62.5% pertenecían al sexo femenino procedencia urbana, de los expedientes clínicos un 46.8% corresponde a los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad con 12.7%. Concluyendo que

los trastornos depresivos se encontraron en mayor porcentaje predominando en sexo femenino y esquizofrenia predominó en sexo masculino. (Canales Sequeira, M. L, 2011)

En el año 2012, Lara Ma. Asunción & Navarrete Laura realizaron un estudio basado en un análisis secundario de datos acerca de la detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. Con una muestra de 98 embarazadas en sala de espera de un centro de salud. Dando resultados en la consistencia interna de la CES-D fue de  $\alpha=0.81$ . El análisis factorial, que valoró la validez de constructo, mostró que cuatro factores pudieron ser interpretados (afecto depresivo, falta de energía/síntomas somáticos, relaciones interpersonales y afecto positivo), que explicaron 49.10% de la varianza. En el análisis de la curva COR, se obtuvo un ABC de 0.81; para punto de corte  $\geq 16$ , mostró 100% de sensibilidad y 20.9% de especificidad y para la puntuación  $\geq 28$ , sensibilidad de 80.0% y especificidad de 76.1%. (Lara M. A, & Navarrete L, 2012)

En el año 2013, Sainz et al, realizaron un estudio descriptivo sobre ansiedad y depresión en pacientes embarazadas atendidas en consulta externa del instituto mexicano de seguro social. Con una muestra de 107 embarazadas y con resultados de forma global se encontró ansiedad en 50.5% y depresión en 67%. Por grupos etarios, la ansiedad se presentó como sigue: en el grupo de 12 a 19 años, en 41%; en el de 20 a 29 años, en 46%; en el de 30 a 34 años, en 76%; y en el de 35 a 39 años, en 46%; respecto a la depresión, en el grupo de 12 a 19 años se observó en 75%; en el de 20 a 29 años, en 74%; en el de 30 a 34 años, en 65%; y en el de 35 a 39 años, en 31%. (Sainz et al, 2012)

En el año 2013, Díaz Mardorys et al. Realizaron un estudio correlacional, transversal sobre depresión y ansiedad en embarazadas en Valencia, Venezuela. Con una muestra de 236 embarazadas. Obteniendo resultados; El 56,4% pertenecen al estrato socioeconómico IV. 81% tenía una relación de pareja estable y 54,2% tenía un embarazo deseado, de las cuales 67,3% tuvo algún nivel de ansiedad y el 66,1% algún nivel de depresión. Las embarazadas con pareja inestable tienen un riesgo 8,5 veces mayor de presentar ansiedad y 6,5 veces mayor de presentar depresión, con respecto a las que tienen pareja estable. En mujeres con embarazo no deseado, el riesgo de presentar ansiedad fue 1,63 veces mayor que las que querían su gravidez y para la depresión el riesgo fue 1,66 veces mayor. (Díaz M. et al 2013)

En el año 2015, De Castro Filipa et al. Realizan un estudio descriptivo retrospectivo con análisis secundarios de datos acerca de la sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, atención y perfiles poblacionales de riesgo. Con una muestra de 7187 mujeres. Dando resultados de la prevalencia de SD es de 19.91%, lo que implica que 4.6 millones de menores viven con madres que podrán sufrir depresión moderada o grave. Hay bajas tasas de detección (17.06%) y atención (15.19%) de depresión. La SD se asocia con violencia (OR=2.34; IC95% 1.06-5.15), tener más de cuatro hijos, sexo femenino del menor, mayor edad del último hijo, bajo peso al nacer, inseguridad alimentaria y haber iniciado vida sexual antes de los 15 años ( $p < 0.01$ ). La probabilidad acumulada de SD si se consideran todos los factores de riesgo es de 69.76%; se podría reducir a 13.21% con medidas preventivas enfocadas en eliminar la violencia, la inseguridad alimentaria, las valoraciones inequitativas de género y el bajo peso al nacer. (De Castro, F, 2015)

### III. JUSTIFICACION

Los trastornos psiquiátricos durante el embarazo han venido siendo patologías invisibles y poco diagnosticado durante la consulta prenatal. El médico que lleva el control a la paciente embarazada, tiene sumo cuidado con las patologías que pueden traer riesgo al binomio madre-hijo, enfermedades como hipertensión gestacional, obesidad, toxoplasmosis, infecciones virales entre otros. Sin embargo, prestan menos atención o no se orientan a patologías psiquiátricas o cambios anímicos que experimentan las pacientes, sabiendo que su mayoría son embarazos no planificados, pacientes con estudios académicos no concluidos, y situación económica no estable. (Canales Sequeira, 2011, p.3)

El estudio que se realizó es para Identificar ansiedad y depresión en usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el centro de salud de Villa Libertad en el departamento y municipio de Managua, Nicaragua, en el período de octubre-noviembre 2015. Así mismo con los resultados obtenidos proporcionar nuevos datos sobre la incidencia de estas patologías.

Esta información puede ser útil para que el ministerio de salud pueda agregar un análisis psicológico como dato importante en la valoración prenatal, para lograr disminuir la prevalencia de estas patologías durante el embarazo. En la universidad servirá para que los datos que se obtengan de esta investigación puedan ser de utilidad para la realización de nuevos estudios. También es útil para que los médicos que atienden a las embarazadas valoren la necesidad de la identificación temprana de patologías que lleven a cambios anímicos en las usuarias y así mismo que puedan ver la importancia de un seguimiento adecuado e individualizado.

Este estudio se realizó en un periodo de dos meses en el centro de salud de Villa Libertad en las pacientes que acudían a control prenatal durante el periodo establecido, por medio de encuestas o test a las pacientes que identifiquen ansiedad y depresión, los niveles de acuerdo a los trimestres de gestación y mencionar los factores de riesgos en las embarazadas.

#### IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo, contrariamente a lo que se pensaba hace años, no es un factor protector de los trastornos psicopatológicos sino que afecta el curso y a la aparición de enfermedades psiquiátricas. Para el 2006 en un estudio realizado en Managua Nicaragua encontraron que la prevalencia de depresión en embarazadas es de e 60%.(Ruíz Cerrato, 2006 p.20)

Por lo que se revisó datos del ministerio de salud (MINSA), el centro de investigaciones y estudios de la salud (CIES) y la universidad nacional autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua) encontrando que en Nicaragua existen alrededor de 4 estudios registrados relacionados a trastornos psiquiátricos en embarazadas. Sin embargo, no se encontraron datos actualizados que indiquen la prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres embarazadas.

Como estas patologías en embarazadas no han sido muy estudiadas en Nicaragua, el médico que realiza los controles prenatales no le presta importancia a la identificación y el manejo de estas enfermedades. Sin tomar en cuenta que estas patologías pueden ser frecuentes y logrando disfrazarse con los cambios normales en el embarazo y que tanto las complicaciones obstétricas como las complicaciones a largo plazo en el binomio madre hijo son reales. (Ruíz Cerrato, 2006, p. 25)

Por tales razones nos planteamos el siguiente problema:

**¿Cuál es la incidencia de ansiedad y depresión en usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el centro de salud de Villa Libertad del municipio de Managua en el período de octubre-noviembre 2015?**

## V. OBJETIVOS

### **OBJETIVO GENERAL:**

Identificar ansiedad y depresión en usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el centro de salud de Villa Libertad del Municipio de Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Describir las características demográficas de las embarazadas en estudio.
2. Determinar los niveles de ansiedad y depresión presentada en las pacientes en estudio.
3. Describir los principales síntomas de ansiedad y depresión de acuerdo al encontrado en las usuarias en estudio.
4. Mencionar los factores de riesgo para ansiedad y depresión encontrados en las embarazadas en estudio.

## VI. MARCO TEORICO

Gómez et al. realizaron un estudio sobre las alteraciones psicológicas en la mujer embarazada donde refieren que:

El embarazo representa un cambio en la vida de la mujer y su pareja, y además se le considera un periodo crítico del desarrollo psicológico, porque pone a prueba el nivel de madurez emocional de la mujer, su identidad y la relación con su madre; así mismo, representa una oportunidad de crecimiento psicológico para ella. (Gómez, López, M. E et al, 2006 p4)

Gómez, también afirma que en el caso del embarazo, dadas sus características propias, podría considerarse que produce una alteración psicológica transitoria en la mujer, ya que requiere de adaptarse a la nueva situación y esto puede provocar alguna manifestación aguda, con disminución de las funciones yoicas, con restricción temporal de la conciencia, reactiva y funcional, que actúe sobre el yo y sea egodistónica, sin impacto en la estructura de personalidad, por lo que se considera entonces una inhibición o malestar psicológico. Éste último se entiende como un conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, y que no puede agruparse en una condición sintomática por no reunir los criterios propuestos, donde se experimenta incomodidad subjetiva. (Gómez et al, 2006, p.4)

Así pues, el embarazo puede convertirse a veces en un acontecimiento estresante asociados otras situaciones que puede desencadenar en la mujer la aparición de nuevos trastornos psiquiátricos o bien realzar aquellos ya preexistentes. (Asensio, E.R, 2014, p.2)

### **Trastorno de ansiedad**

La ansiedad es un estado de agitación e inquietud que acompaña al miedo, la ira o también a la felicidad. La ansiedad está unida a la supervivencia, ya que en un estado de ansiedad se incrementan las facultades perceptivas ante un peligro. Pero cuando esta característica innata del ser humano se vuelve patológica lo denominamos Trastorno de Ansiedad. (Remedios, 2011, p.1)

En un artículo realizado por Kohn, Saxena, Levav, & Saraceno sobre la brecha terapéutica en la salud mental menciona que la OMS afirma que las fobias, el TOC (trastorno obsesivo-compulsivo) y los ataques de pánico forman parte de los trastornos de ansiedad donde el trastorno de pánico representa un, 55,9%; ansiedad generalizada, 57,5%, y TOC, 57,3%. (Kohn, R, et al, 2015 pp.3)

Según la asociación americana de psiquiatría (2000) en el DSM-IV manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales hace referencia que:

La ansiedad excesiva en esta etapa causa considerable sufrimiento y acarrea múltiples dificultades psico-sociales en la mujer que la padece, su compañero y de toda la familia. También interfiere negativamente en la relación con su bebé. A pesar del grave impacto e importancia de los trastornos de ansiedad éstos suelen pasar desapercibidos, aun por el personal de salud de atención primaria.

Estas alteraciones tienen una alta comorbilidad entre sí y con los estados depresivos. (Asociación, A. P. 2000, p. 450)

Además menciona que hay evidencia de que la ansiedad excesiva (como el elevado estrés psico-social) puede asociarse con algunas alteraciones en la fisiología e incluso la morfología del bebé, también con bajo peso al nacer y con cambios en la actividad y desarrollo del feto. La ansiedad excesiva da lugar a cambios en el funcionamiento, comportamiento y estado emocional del bebé. Por todo lo anterior, es necesario detectar, diagnosticar y tratar la ansiedad perinatal lo más pronto posible, así como ofrecer un cuidado integral a la mujer embarazada y puerperal, para aliviar su sufrimiento y prevenir los efectos negativos. (American Psychiatric Association, 1995, p. 451)

En el estudio de Gómez refiere que para la mujer, la maternidad representa uno de los eventos más importantes en su vida. Dado que la sociedad y la cultura le han dado un valor especial, estableciendo lo que se espera de ella en esta etapa, cómo debe ser y comportarse para ser una “buena madre”, además de que se le considera una función exclusiva de ella. Por otra parte, influyen aspectos sociales como la presión que ejerce el que su embarazo no se dé en circunstancias socialmente deseables, es decir, con una pareja estable y en una situación económica apropiada, lo cual se agrava cuando no cuenta con apoyo familiar por la misma situación. Esto no favorece la adaptación de la mujer a su nuevo estado y le causa un conflicto por no cumplir con las exigencias del exterior, lo que a su vez impacta en su estado emocional, generando por lo regular manifestaciones ansiosas o depresivas. (Gómez, López, M. E et al, 2006 p3)

Existen estudios anteriores que han podido establecer que existen manifestaciones emocionales propias de la mujer embarazada, las cuales ayudan al especialista a comprender mejor su expresión como parte del evento reproductivo, y a distinguir aquellos casos que no corresponden a esto y que podrían considerarse manifestaciones patológicas. (Gómez, López, M. E et al, 2006 p3)

En el 2008, Durán & Lartigue realizaron un estudio sobre Trastornos de ansiedad en etapa perinatal donde mencionan que:

Es probable que los cambios hormonales y bioquímicos propios de la gravidez tengan un impacto en la gravedad del pánico. También hay controversia sobre si el embarazo puede desencadenar su aparición. Por una parte, la elevada concentración de progesterona (la cual tiene un efecto ansiolítico) podría aliviar la ansiedad. Aquella estimula los receptores cerebrales de GABA benzodiazepina (ácido gamma amino butírico benzodiazepina) que son tranquilizadores. La gestante respira más superficialmente y tiene una relativa taquipnea, estos dos factores podrían facilitar la aparición de episodios de pánico. La progesterona per se también induce una ligera hiperventilación. (Durán, M & Lartigue, 2008, p2)

Además menciona otros precipitantes de pánico son: un nivel elevado de estrés, privación relativa del sueño, interrupciones frecuentes del dormir y situaciones que causan hiperventilación. También lo hacen sustancias y medicamentos, como aquellos usados para combatir resfriados, como los descongestionantes, la cafeína, así como el tetrahidrocannabinol, la cocaína y el alcohol. (Durán, M & Lartigue, 2008, p2)

Se puede presentar ansiedad transitoria como adaptación a su estado, la cual puede incrementarse más en casos de presión social que por el propio embarazo, así como por temor a la pérdida y miedo a lo desconocido, y al propio papel de madre y a la situación económica. De igual modo, pueden surgir sentimientos de inseguridad, dependencia e introversión. Respecto al deseo sexual, éste puede ser variable. (Gómez, López, M. E et al, 2006 p4)

De acuerdo con la DMS –IV existe una ansiedad generalizada que es muy frecuente y consiste en una sensación de angustia y malestar emocional casi constante. Es crónico y se acompaña de múltiples manifestaciones somáticas. Es un padecimiento grave y produce mucho sufrimiento a la paciente. Hay poca información sobre su relación con el periodo perinatal. Sin embargo, el clínico encontrará pacientes que lo sufren desde antes, y cuyo embarazo y transición a la parentalidad se verán afectados por la ansiedad constante. Además, presentará temores relacionados, respecto al embarazo, bienestar del bebé, papel de madre, etc. (American Psychiatric Association, 1995, pp 452)

Se pueden ver que la paciente casi nunca está tranquila y siente una angustia flotante de que algo está mal. Los temores se refieren a muchas posibles áreas (la familia, el trabajo, las relaciones con otras personas, la auto-imagen, etc.). (American Psychiatric Association, 1995, pp 453)

### **Cuadro clínico de Ansiedad**

Según el estudio de Lara & Navarrete sobre Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D afirma que:

La relación entre sintomatología depresiva y diagnóstico clínico de depresión se expresa en términos de sensibilidad y especificidad. La sensibilidad se entiende como la proporción de personas que califica arriba de un punto de corte en una escala de auto reporte, que también tiene un diagnóstico de depresión; mientras que la especificidad es la proporción de individuos debajo del punto de corte, que no tiene dicho diagnóstico. En su revisión de la literatura especializada.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, puede haber miedo excesivo respecto a la salud del feto, acompañado de temor a lo que pudiera suceder en el parto y después de éste, con el bebé. Para ser calificados como síntomas, las ansiedades y preocupaciones deben ser excesivas e interferir seriamente con el bienestar y el funcionamiento de la persona. El curso clínico es crónico.

Hay síntomas somáticos acompañantes, que consisten en sensación constante de tener algo atorado en la garganta, sentir que no se puede inhalar suficiente aire, taquicardia, sensación de opresión o dolor en el pecho, hiperventilación, sudoración y parestesias. El malestar no se relaciona con situaciones específicas o estímulos desencadenantes. Hay además dificultades para concentrarse, tensión muscular, fatiga e inquietud constante. (Lara, M.A Navarrete, L. 2012, pp. 3-4)

Heron y su grupo estudiaron el curso clínico de los trastornos de ansiedad durante el embarazo en un grupo de 8,323 mujeres a las 18 y a las 32 semanas de la gestación, y posteriormente a las ocho semanas y a los ocho meses post-parto. En la mayoría de mujeres con ansiedad post-parto, ésta ya existía desde la gestación. (Durán, M & Lartigue, 2008, p7. pp.7)

## **Diagnóstico De Ansiedad en el embarazo**

La *EADG-Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg*, fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado por el médico de Atención Primaria. Puede servir de guía de la entrevista, así como de indicador de la prevalencia, gravedad y evolución de dichos trastornos. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria y tiene una sensibilidad (83,1%), especificidad (81,8%) y valor predictivo positivo (95,3%) adecuados. (Vilarrasa, A.B. 2009. pp2)

Según Díaz en su estudio realizado sobre depresión y ansiedad en embarazadas refiere que se puede valorar a las pacientes con:

La escala de evaluación de Hamilton para la ansiedad es una escala heteroaplicada que consta de 14 ítems, los cuales permiten determinar el grado de ansiedad generalizada de la paciente. Funciona como una entrevista semi-estandarizada, en donde el terapeuta debe evaluar en una escala de 0 (ausente) a 4 (intensidad máxima), junto con la conducta de la paciente durante la entrevista, las siguientes variables: humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, dificultades intelectuales, depresión, y síntomas musculares, gastrointestinales, genitourinarios y vegetativos. La puntuación asignada a cada una de las variables debe establecerse con arreglo a una estimación combinada de la frecuencia e intensidad de los síntomas presentes. (Díaz, M. 2013)

## **Efectos adversos de la ansiedad en el feto.**

Se han realizado estudios para investigar si la ansiedad materna en el tercer trimestre del embarazo se asocia con un índice de resistencia de la arteria uterina aumentado. Este estudio

muestra una asociación entre la ansiedad materna durante el embarazo y el aumento de índice de resistencia de la arteria uterina. El sugiere un mecanismo por el cual el estado psicológico de la madre puede afectar el desarrollo del feto, y puede explicar las asociaciones epidemiológicas entre la ansiedad materna y el bajo peso al nacer. La influencia de la ansiedad materna puede ser un mecanismo por el cual el ambiente intrauterino contribuye a la enfermedad más adelante en la descendencia.(BMJ, 1999)

Los principales peligros de la exposición del feto son los posibles efectos teratógenos, toxicidad en el neonato y consecuencias conductuales a largo plazo. Es posible que el mayor efecto teratógeno ocurra durante el primer trimestre. La tasa base de malformaciones en EUA es de 2 a 2.5% de todos los bebés nacidos. Un estudio meta analítico sobre benzodiazepinas evaluó estos posibles efectos por dos tipos de métodos: casos y controles y una cohorte de seguimiento de pacientes. No se encontró una asociación con malformaciones graves. Al analizar los estudios de casos y controles, sí hubo mayor riesgo de malformaciones y sobre todo de paladar hendido.

El uso de benzodiazepínicos hacia el final del embarazo puede causar en el bebé el síndrome del “niño hipotónico” (bebé con muy bajo tono muscular, al sostenerlo se siente como un muñeco de trapo). (Durán, M & Lartigue, 2008, p8)

## **Depresión**

Según la Organización mundial de la Salud (OMS) “La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer,

sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. (OMS, 2015)

Así mismo la OMS afirma que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad del mundo, lo que pone a este trastorno anímico y mental en un lugar bastante preocupante, más si se considera que las consecuencias de sufrirla se hacen papables no solo en la vida personal y profesional, sino que también, en algunos casos, puede terminar en tragedias mayores si se le permite prosperar. (Ruiz, J. S., & Gea, P. M, 2007)

Entre estas manifestaciones emocionales se encuentran las de tipo depresivo como reacciones de ajuste a la situación transitoria a través de fluctuaciones en el estado de ánimo, mayor labilidad e hipersensibilidad emocional, pesimismo, preocupación e interés significativo por su salud, traducido en varias quejas somáticas. Así mismo, existen sentimientos de tristeza por la pérdida del estado anterior, así como un resentimiento por la pérdida de independencia y atractivo personal. Paradójicamente, también tiende a elevarse la autoestima de la mujer que vive el embarazo como un logro. (Gómez, López, M. E et al, 2006 p8)

En un meta-análisis realizado por Silver & Sarrel sobre depresión durante el embarazo afirman que:

Alrededor del 14% al 23% de las mujeres embarazadas experimentan un trastorno depresivo durante el embarazo. Los estudios también sugieren que los síntomas depresivos son muy frecuentes durante el embarazo y puerperio, el 50% de las mujeres embarazadas en el tercer trimestre tenían sintomatología depresiva.

Además se encontró índices de depresión de 12% y 14% en el segundo y tercer trimestre. De acuerdo con la Agencia para la Investigación y la Calidad, la depresión afecta a entre 14% y 23% de las mujeres embarazadas y del 11% del 32% de las mujeres en los primeros 3 meses después del parto.

Aproximadamente el 3% a 5% de las mujeres experimentan depresión grave durante el embarazo. Si no se trata, el 50% de estas mujeres experimentan una exacerbación post-parto, que puede conferir un riesgo de intento de suicidio de hasta un 15%.

Por lo tanto, Silver & Sarrel hacen mención de la importancia de reconocer y tratar la depresión durante el embarazo no puede ser subestimada. Las mujeres con antecedentes de depresión grave tienen un riesgo alto de recaída durante el embarazo, especialmente si se descontinúan los medicamentos. (Silver, R. M. & Sarrel, P. M. 2011)

### **Cuadro clínico de Depresión**

Según Jadresic en un estudio sobre Perinatal Depression: Detetion and Treatment menciona que el cuadro clínico de la depresión del embarazo es similar al que se presenta en los episodios depresivos en otras épocas de la vida. Además de los síntomas cardinales de la depresión - como el desánimo, el desinterés por las actividades que antes resultaban atractivas, el deterioro en la autoestima, la labilidad emocional- suelen presentarse síntomas como angustia, irritabilidad y desconcentración. (Jadresic, 2014)

Puede haber rechazo, rabia o ambivalencia en relación al embarazo, sobre todo si este no es planificado. Asimismo, la mujer puede experimentar angustia por la responsabilidad que significa asumir el rol de madre o sentirse culpable por creer que no está contribuyendo al bienestar de su bebé. (Jadresic, 2014)

### **Diagnóstico de depresión en el embarazo**

En el DSM-IV, un episodio de depresión mayor se define como al menos un período de 2 semanas de estado de ánimo sea persistente depresión o pérdida de interés o placer en actividades cotidianas (el "guardián" de los síntomas) y cuatro síntomas asociados (o tres si ambos los síntomas están presentes portero). Persistente se operacionaliza como el síntoma debe estar presente durante la mayor parte del día, casi todos los días. El paciente también debe tener deterioro de la función en las relaciones interpersonales o de trabajo. Tenga en cuenta que es posible tener un diagnóstico de episodio depresivo mayor sin síntomas de depresión. Una mujer podría haber pérdida persistente de interés o placer, pero no el estado de ánimo depresivo y otros cuatro síntomas de la siguiente lista: trastornos del apetito o cambios de peso importantes, pérdida de sueño / el exceso, agitación psicomotora / retraso mental, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de culpa o sin valor, dificultad para pensar o concentrarse, e ideación suicida. Tenga en cuenta que la actividad de apetito, el sueño y el motor puede ser disminuida o aumentada. Dado que no existe una categoría separada para la depresión perinatal, tenga en cuenta los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría para el diagnóstico de depresión mayor, que requiere que el paciente ha experimentado al menos cinco de los nueve

posibles síntomas en los últimos 2 años. Para hacer el diagnóstico, uno de estos cinco años debe estar presente, ya sea:

1. Un deprimido (o baja) del estado de ánimo casi siempre durante todo el día, casi todos los días, o
2. Disminuirá de interés o placer en la mayoría de las actividades con la misma frecuencia.

Los otros siete síntomas a buscar, lo que debería estar ocurriendo casi a diario, son los siguientes:

3. Una disminución o aumento del apetito (o un cambio de peso mensual - arriba o hacia abajo sin hacer dieta - de al menos 5% de su peso corporal);
4. Dormir demasiado o dificultad para dormir;
5. No subjetiva agitación psicomotriz o retraso;
6. Pérdida de energía o fatiga;
7. Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, o la dificultad para la toma de decisiones;
8. Sentirse inútil o excesivamente culpable o inapropiada;
9. Intentando, específicamente la planificación, o pensando en el suicidio, o tener pensamientos recurrentes de muerte. (American Psychiatric Association, 1995, pp 445-452)

Las escalas de Goldberg al igual que en ansiedad también sirve para ayudar en el diagnóstico de depresión; sin embargo, por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta en las que se sospecha la presencia de patología mental, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo.

Además, estos instrumentos de medida sirven para completar una adecuada valoración, ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica y la exploración psicopatológica. (Vilarrasa, 2009)

Según Díaz se puede hacer un diagnóstico por medio de:

El test de Hamilton para la depresión es una escala (de observación) heteroaplicada que ofrece una medida cuantitativa de la intensidad del trastorno depresivo y permite cuantificar la evolución de los síntomas bajo el efecto de un tratamiento. La versión inicial consta de 24 ítems y data de 1960, fue revisada y modificada por el mismo autor en el año 1967 reduciéndola a 21 ítems (...) Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala. (Díaz, M. 2013)

Los médicos y los pacientes suelen atribuir deshonestamente los síntomas de depresión, como insomnio, falta de energía, y los cambios en el apetito y peso, a los cambios esperados en el embarazo. Triste, desanimado, desesperado, impotente o son síntomas de un trastorno del estado de ánimo, y pensando en el suicidio no es normal. Las mujeres se sienten culpables por estar deprimida durante el embarazo, por lo que muchos sufren en silencio. Cuando una mujer se queja, ella debe ser evaluada. (Silver, R. M. & Sarrel, P. M. 2011)

### **La depresión materna y resultados reproductivos adversos**

Los síntomas depresivos y la exposición de los antidepresivos se asocian con cambios en el crecimiento fetal y gestaciones más cortas, pero la mayoría de los estudios que evaluaron

los riesgos de los antidepresivos eran incapaces de controlar los posibles efectos de un trastorno depresivo. Cambios a corto plazo irritabilidad neonatal y neuro conductuales también se relacionan con la depresión materna y el tratamiento con antidepresivos. (Silver, R. M. & Sarrel, P. M. 2011)

**Aborto involuntario:** Razones para eventos de aborto involuntario, sobre todo al principio, son difíciles de obtener debido a la recolección de datos prospectiva debe comenzar con el embarazo, por lo general después de la gestación de 6 semanas, sólo se produce en alrededor del 8% de las mujeres y los grandes tamaños de muestra son necesarios para evaluar las diferencias entre las exposiciones asociadas con este resultado. En consecuencia, hay una escasez de información sobre la depresión y la pérdida espontánea del embarazo. Hemos encontrado estudios problemática existente debido al tamaño pequeño de la muestra y otras limitaciones metodológicas, que impiden establecer conclusiones definitivas. (Silver, R. M. & Sarrel, P. M. 2011)

**Restricción del crecimiento fetal intrauterino (RCIU):** efectos sobre el feto de crecimiento son por lo general se manifiesta como la entrega de bajo peso al nacer (BPN), nacido <2.500 g, o pequeños para la edad gestacional (PEG), por lo general el peso al nacer <10% de los recién nacidos con peso ajustado por edad. Los síntomas depresivos en la madre se han relacionado con un mayor riesgo de parto de un bebé bajo peso al nacer o SGA en otras no, pero en todos los estudios. Sólo los informes negativos último incluyó estructurado evaluaciones de diagnóstico para la depresión, pero el número de mujeres con trastornos depresivos mayores eran pequeños en ambos estudios. El estado actual de la

información no apoyar o refutar y asociación entre los trastornos depresivos mayores y la entrega bajo peso al nacer o SGA. (Silver, R. M. & Sarrel, P. M. 2011)

**Parto prematuro (PTD):** Son las entregas que se producen antes de las 37 semanas completas de gestación. Varios estudios indican una asociación entre síntomas depresivos o de un trastorno depresivo y gestaciones más cortas, incluyendo el parto prematuro (PTD), aunque los resultados no son consistentes edad gestacional y el PTD, y por lo tanto, los datos disponibles no apoyan ni refutan una relación entre trastorno depresivo mayor y los resultados de estas. (Silver, R. M. & Sarrel, P. M. 2011)

**Efectos neonatales:** No hay estudios en la literatura que la depresión materna relación a las anomalías congénitas en sus hijos. Sin embargo, los neonatos nacidos de madres con un trastorno depresivo tienen un mayor riesgo de irritabilidad, menor actividad y la atención, y menos las expresiones faciales en comparación con los hijos nacidos de madres sin depresión. Esto sugiere que los factores perinatales ya sea genéticos y / o tienen un impacto sobre la conducta infantil. En estudios pequeños, los recién nacidos de mujeres deprimidas tienen perfiles fisiológicos que son paralelos a los de sus madres y son elevados de cortisol, la disminución de los niveles periféricos de la dopamina y la serotonina, relativa superior derecho de la activación electroencefalograma frontal e inferior del tono vagal. (Silver, R. M. & Sarrel, P. M. 2011)

**A largo plazo efectos en la descendencia:** Sorprendentemente, pocas investigaciones han examinado los efectos específicos de la depresión prenatal en el desarrollo neonatal tardío o post-neonatal en niños, aunque la depresión materna después del parto ha recibido amplia atención. En general, los síntomas depresivos en la madre, en lugar de un diagnóstico de un trastorno depresivo maternos, han sido la exposición de interés en unos pocos estudios existentes. Un gran estudio de cohorte tratado de evaluar los efectos específicos de los síntomas depresivos, de acuerdo con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), en las madres durante el embarazo, aunque el rendimiento del estudiante se basa en el informe materno y sólo sesgo potencial no se puede excluir. En este estudio, los niños expuestos a los síntomas de depresión materna a los 18 y 32 semanas de gestación, pero no después del nacimiento, mostró un mayor retraso en el desarrollo a los 18 meses que los niños con madres que no estaban deprimidas durante el embarazo. El odds ratio (OR) para los problemas de desarrollo de los hijos nacidos de una madre con síntomas depresivos según el punto de corte de 12 en la EPDS fue de 1,34 (IC 95% = 1.01-1.78, p = . 043). La posibilidad de sesgo y de la existencia de estudios que no están de acuerdo en la necesidad de apoyar más el trabajo para determinar el grado de riesgo de desarrollo lento conferido a un niño cuando la madre está deprimida durante el embarazo. (Silver, R. M. & Sarrel, P. M. 2011)

### **Factores de riesgo Ansiedad y Depresión**

Según Alonso en su estudio sobre los trastornos más comunes en el embarazo menciona:

- Edad menor de 20 años en el momento de quedarse embarazada
- Consumo de sustancias tóxicas por parte de la madre
- El embarazo no había sido planeado

- No tener pareja
- Tener poco apoyo por parte de pareja, familia o amigos
- Haber padecido algún trastorno mental antes del embarazo
- Haber experimentado algún acontecimiento muy estresante durante el embarazo
- Nivel socio económico bajo
- Tener una personalidad perfeccionista. (Alonso, A. 2015)

**Cambios hormonales:** son propios de esta etapa y afectan directamente los neurotransmisores químicos del cerebro encargados de regular nuestro humor.

- **Antecedentes personales o familiares de depresión:** si ya has sufrido de depresión o hay registro en tu familia de padecer esta enfermedad, estás más propensa a que se presente durante el embarazo.
- **Problemas de pareja:** si no te estás llevando bien con tu pareja, te abandonó o llevas una relación conflictiva, es probable que puedas padecer una depresión. Es importante apoyarte en tu familia, amigos o buscar redes de apoyo.
- **Complicaciones en el embarazo:** los síntomas de pérdida, tener un embarazo múltiple y hacer reposo prolongado provocan mucho miedo y ansiedad, que pueden terminar desencadenando una depresión.
- **Situaciones estresantes:** problemas laborales, la pérdida de un ser querido y cualquier preocupación puede generar un cuadro de angustia y depresión. (Wormald, F. 2014)

## VII. DISEÑO METODOLÓGICO

### Tipo de estudio:

Descriptivo, cuantitativo, de corte transversal.

### Área de estudio:

Centro de Salud de Villa Libertad ubicado en el distrito VI del municipio y departamento de Managua, Nicaragua.

### Universo:

Lo conformaron 161 mujeres embarazadas que asistían regularmente al control prenatal en el centro de salud de Villa Libertad en el tiempo establecido y que cumplían los criterios de inclusión y exclusión. El universo obtenido es de acuerdo al censo de usuarias embarazadas que tenía el centro de salud en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.

### Tamaño de la muestra:

Lo conformaron 90 embarazadas que acudían al centro de salud calculado por la siguiente fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * P * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde: n= es el tamaño de la muestra

N es el total de la población (universo)

$Z_{\alpha}^2$  es 1.96<sup>2</sup> si la seguridad deseada es del 95 %;

P: es la proporción esperada (en este caso 5% ó 0.05);

q=1-p (en este caso 1-0.05=0.95);

d: es la precisión (en este caso se desea un 3%)

### **Tipo de muestreo:**

Aleatorio simple, por tómbola.

### **Criterios de Inclusión:**

- Mujeres todas las edades
- Mujeres que acepten participar en el estudio.
- Mujeres que asisten en tiempo y forma a su control prenatal en el centro de salud.

### **Criterios de exclusión:**

- Mujeres con patología psiquiátrica diagnosticada antes del embarazo.
- Embarazadas con fase activa del trabajo de parto.
- Mujeres con embarazo Psicológico (Pseudociesis)

### **Técnica de recolección de la información**

Se utilizó técnica verbal de entrevista a través de un cuestionario como instrumento con preguntas abiertas y cerradas.

El procedimiento de inicio para entrevistar a las embarazadas fue la solicitud escrita al centro de Salud de Villa Libertad para poder realizar la investigación, luego de ser aprobado por el centro de salud se les pidió a las pacientes participar en el estudio, se les explicó sobre la importancia y colaboración al brindarnos sus datos, además afirmarle que la participación es voluntaria. Posterior a eso se les pidió a las participantes que sacaran un papel dentro de una caja donde habían 90 papelitos (muestra) que tengan la palabra SI y 71 papelitos que tenían la palabra NO, las participante tomaron un papel y de acuerdo al resultado de este se le realizó la entrevista.

### **Método:**

El formato en el cual fue hecho el estudio es de acuerdo a la norma APA 6ta. Edición 2013.

Se utilizó el DMS IV, el Test de Goldberg como Cribaje de detección de ansiedad y depresión y el test de Hamilton como diagnóstico de estas patologías.

Se obtuvo la información mediante un cuestionario donde incluye los datos socio demográficos, factores de riesgos de las pacientes incluidas; el test de Goldberg como Cribaje para detectar ansiedad y depresión. Las pacientes que resultaron positivas en el test de Goldberg para una o las dos patologías se realizó el test de Hamilton de depresión y ansiedad, respectivamente, para detectar los niveles de esta patologías.

Además se realizó un pilotaje con 10 pacientes embarazadas con el test de Goldberg y Hamilton para ansiedad y depresión en el centro de salud, en el mes de Septiembre 2015, donde reflejó que las pacientes entendieron de manera clara y sencilla las preguntas realizadas en el cuestionario.

El análisis de los resultados obtenidos en las fichas se realizó a través de una base de datos con el programa SPSS 20, donde se obtuvo los resultados mediante tablas y gráficos en frecuencia y porcentaje respectivamente y su presentación con el programa Prezzi.

### **Consideraciones Éticas:**

La investigación que se realizó fue para encontrar datos que sean de ayuda para la disminución de la prevalencia de ansiedad y depresión en embarazadas. Tomando en cuenta que no hay muchos estudios en relación a este tema o actualizaciones, por lo que hizo que los resultados obtenidos en el estudio fueran novedosos e importantes.

La selección de las participantes se realizó de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, el tamaño de la muestra obtenida se realizó mediante una fórmula de poblaciones finitas, y el tipo de muestreo fue aleatorio simple por tómbola, donde las 161 pacientes (universo) tuvieron la misma probabilidad de participar en el estudio.

Esta investigación tuvo un riesgo mínimo, ya que no se realizaron procedimientos invasivos, y obteniendo un beneficio ya que se le brindó a la participante información acerca

de su estado emocional, recomendaciones y la importancia de ser valorada a tiempo para evitar riesgos en el binomio madre/hijo.

Se les realizó consentimiento informado verbal donde se les explicó de manera clara y sencilla todo lo relacionado al estudio, asegurando que la participación era voluntaria. Siempre se mostró respeto hacia la paciente y privacidad de la información recibida por ella.

### **Plan de tabulación y análisis:**

- **Características socio demográficas:**
  - Edad
  - Estado civil
  - Ocupación
  - Escolaridad
  - Procedencia
- **Existencia y niveles de ansiedad y depresión**
  - Ansiedad por escala de Goldberg
  - Depresión por escala de Goldberg
  - Niveles de ansiedad por escala de Hamilton
  - Niveles de depresión por escala de Hamilton
- **Sintomatología de Ansiedad y Depresión**
- **Factores de riesgos**
  - Trimestre de embarazo
  - Paridad

- Consumo de sustancias tóxicas
- El embarazo no planificado
- Matrimonio inestable
- Falta Apoyo afectivo por pareja o familiares
- Ingresos económicos
- Abortos anteriores
- Enfermedades crónicas

### **Variables independientes**

- Nombre
- Edad
- Estado civil
- Ocupación
- Escolaridad
- Procedencia

### **Variables dependientes**

- Ansiedad y depresión probable
- Niveles de Ansiedad
- Niveles de Depresión
- Síntomas ansiosos:
  - Estado de ánimo ansioso
  - Tensión
  - Temores
  - Insomnio
  - Intelectual

- Estado de ánimo deprimido
- Síntomas somáticos generales musculares
- Síntomas somáticos generales sensoriales
- Síntomas cardiovasculares
- Síntomas respiratorios
- Síntomas gastrointestinales
- Síntomas genitourinarios
- Síntomas autónomos
- Comportamiento general en la entrevista
- Síntomas depresivos:
  - Humor depresivo
  - Sentimientos de culpa
  - Suicidio
  - Trabajo y actividades
  - Inhibición psicomotora
  - Ansiedad Psíquica
  - Ansiedad somática
  - Síntomas somáticos generales
  - Hipocondría
  - Pérdida de peso
  - Introspección
- Factores de riesgo
  - Edades en riesgo
  - Trimestre de embarazo
  - Paridad

- Consumo de sustancias tóxicas
- El embarazo no planificado
- Relación amorosa inestable
- Falta Apoyo afectivo por pareja o familiares
- Abortos anteriores
- Enfermedades crónicas
- Acontecimiento estresante

### Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	VALOR	ESCALA
<b>Objetivo No. 1</b>			
<b>Edad</b>	Años de vida del paciente Hasta el día de la entrevista	Años cumplidos	$\leq 15$ 16-26 27-37 $\geq 38$
<b>Estado civil</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su	Ordenamientos jurídicos	Soltera Casada Unión estable

	situación legal respecto a esto.		
<b>Ocupación</b>	Actividad laboral que realiza la paciente.	Trabajo	Estudiante Ama de casa Domestica Comerciante otro
<b>Escolaridad</b>	Nivel académico que la paciente cursa hasta el día de su ingreso a labor y parto	Nivel de educación	Universidad Secundaria Primaria
<b>Procedencia</b>	Lugar de origen o de nacimiento de la paciente.	cuidad campo	Urbano Rural
<b>Objetivo No. 2</b>			
<b>Ansiedad Probable</b>	Paciente con sintomatología ansiosa, como excitación,	Escala de Goldberg	≥ 4 síntomas positivos

	preocupación, irritabilidad, insomnio.		
<b>Depresión probable</b>	Paciente con sintomatología depresiva; debilidad, desinterés por las cosas, pérdida de confianza en sí mismo, desesperanza.	Escala de Goldberg	$\geq 2$ síntomas
<b>Nivel de Ansiedad</b>	Es el grado de ansiedad a través de los síntomas el estado ansioso del paciente de acuerdo a la percepción del entrevistador y puntuación que se obtenga del test de Hamilton.	Escala de Hamilton	Ausente  Ansiedad Leve  Ansiedad Moderada  Ansiedad Grave  Ansiedad muy grave/Incapacitante

<b>Nivel de Depresión</b>	Es el grado de Depresión a través de la sintomatología del paciente según la puntuación del test Hamilton	Escala de Hamilton	No deprimido Depresión Ligera/Menor Depresión Moderada Depresión Severa Depresión Muy Severa
<b>Objetivo No. 3</b>			
<b>Estado de ánimo ansioso</b>	Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	– Percepción del paciente	0 1 2 3 4
<b>Tensión</b>	Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores,	– Percepción del paciente	0 1 2 3 4

	sensación de inquietud.		
<b>Temores</b>	A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	– Percepción del paciente	0 1 2 3 4
<b>Insomnio</b>	Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	– Percepción del paciente	0 1 2 3 4
<b>Intelectual (cognitivo)</b>	Dificultad para concentrarse, mala memoria.	– Percepción del paciente	0 1 2 3 4

<b>Estado de ánimo deprimido</b>	Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematureo, cambios de humor durante el día.	– Percepción del paciente	0 1 2 3 4
<b>Síntomas somáticos generales (musculares)</b>	Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	– Percepción del paciente	0 1 2 3 4
<b>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b>	Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad,	– Percepción del paciente	0 1 2 3 4

	sensación de hormigueo.		
<b>Síntomas cardiovasculares</b>	Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	– Percepción del paciente	0 1 2 3 4
<b>Síntomas respiratorios</b>	Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	– Percepción del paciente	0 1 2 3 4
<b>Síntomas gastrointestinales</b>	Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación	– Percepción del paciente	0 1 2

	de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.		3 4
<b>Síntomas genitourinarios</b>	Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	– Percepción del paciente	0 1 2 3 4
<b>Síntomas autónomos</b>	Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos,	– Percepción del paciente	0 1

	cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)		2 3 4
<b>Comportamiento general en la entrevista (general y fisiológico)</b>	Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial entre otros.	– Percepción del entrevistador	0 1 2 3 4
<b>Humor depresivo</b>	Tristeza, desesperanza sentimiento de inutilidad.	– Percepción de la paciente	– Nunca – Algunas veces – Bastantes veces

			<ul style="list-style-type: none"> <li>– Casi siempre</li> <li>– Siempre</li> </ul>
<b>Sentimientos de culpa</b>	Afecto doloroso que surge de la creencia o sensación de haber traspasado las normas ética personal o social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Percepción de la paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nunca</li> <li>– Algunas veces</li> <li>– Bastantes veces</li> <li>– Casi siempre</li> <li>– Siempre</li> </ul>
<b>Suicidio</b>	Intento deliberado de la paciente de quitarse la vida propia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Percepción de la paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nunca</li> <li>– Algunas veces</li> <li>– Bastantes veces</li> <li>– Casi siempre</li> <li>– Siempre</li> </ul>
<b>Trabajo y actividades</b>	Dificultad de la paciente para	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Percepción de la paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nunca</li> </ul>

	realizar las labores diarias.		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Algunas veces</li> <li>– Bastantes veces</li> <li>– Casi siempre</li> <li>– Siempre</li> </ul>
<b>Inhibición psicomotora</b>	Lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad desconcentración disminuida, disminución de la actividad motora	– Percepción de la paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nunca</li> <li>– Algunas veces</li> <li>– Bastantes veces</li> <li>– Casi siempre</li> <li>– Siempre</li> </ul>
<b>Agitación psicomotora</b>	Excesiva actividad motora asociada a una sensación de tensión interna y sin finalidad productiva.	– Percepción de la paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nunca</li> <li>– Algunas veces</li> <li>– Bastantes veces</li> <li>– Casi siempre</li> </ul>

			– Siempre
<b>Ansiedad Psíquica</b>	Involucran patrones de pensamiento cognitivo incorrectos, distorsionados o contraproducentes	– Percepción de la paciente	– Nunca – Algunas veces – Bastantes veces – Casi siempre – Siempre
<b>Ansiedad somática</b>	gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción	– Percepción de la paciente	– Nunca – Algunas veces – Bastantes veces – Casi siempre – Siempre

	incrementada, transpiración		
<b>Síntomas somáticos generales</b>	Quejas que la paciente presenta como Dolor, debilidad, cansancio	– Percepción de la paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nunca</li> <li>– Algunas veces</li> <li>– Bastantes veces</li> <li>– Casi siempre</li> <li>– Siempre</li> </ul>
<b>Hipocondría</b>	Preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener una enfermedad grave.	– Percepción de la paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nunca</li> <li>– Algunas veces</li> <li>– Bastantes veces</li> <li>– Casi siempre</li> <li>– Siempre</li> </ul>
<b>Pérdida de peso</b>	Disminución de masa corporal de forma involuntaria	– Percepción de la paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nunca</li> <li>– Algunas veces</li> </ul>

	en un tiempo determinado.		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bastantes veces</li> <li>– Casi siempre</li> <li>– Siempre</li> </ul>
<b>Introspección</b>	Observación interior de los propios actos o estados de ánimos o de conciencia.	– Percepción de la paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nunca</li> <li>– Algunas veces</li> <li>– Bastantes veces</li> <li>– Casi siempre</li> <li>– Siempre</li> </ul>
<b>Objetivo No. 4</b>			
<b>Edades en riesgo</b>	Límites etéreos como factor de riesgo para ansiedad y depresión.	<p>&lt; 20</p> <p>&gt;35</p> <p>21 – 34 /Adecuada edad</p>	<p>Si</p> <p>No</p>
<b>Trimestre de embarazo</b>	Etapas del embarazo de acuerdo a los meses de gestación	Según el mes de gestación actual	<p>1er. trimestre</p> <p>2do. trimestre</p> <p>3er. trimestre</p>

	hasta el día de la entrevista		
<b>Paridad</b>	Número de gestaciones que tiene la paciente	Nacidos vivos o muertos.	Ninguno 1 – 2 3 - 4 >4
<b>Consumo de sustancias toxicas</b>	auto-indulgencia en el consumo y dependencia de una droga u otro químico que lleva a efectos que generan un deterioro en la salud física y mental de la persona que lo realiza	Ninguno Café Gaseosa Tabaco Alcohol Drogas	Si No
<b>Embarazo no planificado</b>	Es un embarazo que se presenta cuando la mujer o la pareja no lo han	Planificado No planificado	Si No

	planeado por lo tanto no está dentro de los planes de vida.		
<b>Relación amorosa inestable</b>	Problemas entre esposos pareja.	Discusiones que incluyen violencia física o psicológica en una o ambas partes	SI NO
<b>Falta Apoyo afectivo por pareja o familiares</b>	Falta Apoyo afectivo y monetario por la pareja o familiares	Le brindan consejos, caricias, mimos, o le ayudan económicamente.	SI NO
<b>Abortos anteriores</b>	Pérdida de un embrión o feto de manera involuntaria o intencional.	SI NO	SI NO
<b>Enfermedad crónica</b>	Patologías o afecciones que duran de tres meses a más y no se curan, pero controlan.	Hipertensión arterial Diabetes mellitus Cardiopatía Asma	Si No

<b>Acontecimientos estresantes</b>	Situaciones significativas que provocan unas respuestas emocional fuerte.	Ninguno Muerte de algún familiar Pérdida Trabajo Divorcio o ruptura familiar Accidente Otros	Si No
------------------------------------	---	---	----------

## VIII. RESULTADOS

El presente estudio se realizó en pacientes embarazadas que acudían al control prenatal en el centro de salud villa libertad del municipio de Managua, Nicaragua en el período de octubre-noviembre 2015, en donde la muestra la componían un total de 90 pacientes que aplicaron los criterios de inclusión obteniéndose así los siguientes resultados.

Entre los datos demográficos que incluyen la edad se encontró que el 70% de las embarazadas se encontraban en el rango de edad de 16 – 26 años, el 25.6% entre las edades 27 – 35, un 3.3% menores de edad, con un 1% mayores de 38 años, (Tabla No. 1). Con respecto al estado civil, se encontró que el 75.6% en unión estable, el 17.8% estaban casadas con un 6.7% que corresponde a las solteras, (Tabla No. 2). En cuanto a la ocupación de las pacientes se obtuvieron, que un 81% eran amas de casa, el 14.4 % eran estudiantes, el 3.3% comerciantes y un 1 % de realizaban otro tipo de trabajos, (Tabla No.3). En relación al nivel de escolaridad un 58.9% aprobó secundaria, el 26,7% concluyó primaria, el 14.4% llegó a estudios universitarios, (Tabla No. 4). Simultáneamente entre la procedencia de las pacientes el estudio reveló el 85.6 % eran de origen urbano, mientras que el 14.4% restantes pertenecían al área rural. (Tabla No. 5)

Con respecto a la ansiedad y depresión probable según escala de Goldberg mostro que un 86.7% de las pacientes resultaron positivas, y el 13.7% restantes negativas. (Tabla No. 6)

De aquí en adelante  $n=78$  pacientes que resultaron positiva en el test de Goldberg y por ende solo a estas pacientes podían ser en el test de Hamilton para Ansiedad y Depresión y la encuesta de factores de riesgo.

Al medir el nivel de ansiedad según escala de Hamilton reveló que 52.6% de las embarazadas tenían una ansiedad moderada, el 28.2% correspondió a una ansiedad leve, con un 10.3% de las pacientes no presentaban ansiedad, y con un 9% que tenían ansiedad grave. (Tabla No. 7)

Al evaluar el nivel de depresión según escala de Hamilton registró que el 43.6% de las encuestadas tenían una depresión ligera/Menor, el 23.1% no se encontraban deprimidas, un 16.7% obtuvieron una depresión moderada, con un 9% con depresión severa, y un 7.7% con una depresión muy severa (Tabla No. 8)

Con respecto al estado de ánimo ansioso presentado en las gestantes, el 41% era moderado, un 30.8% grave, con un 24.4% leve, y en un 3.8% se encontró ausente, (Tabla No. 9)

En relación a la sensación de tensión encontrada en las mujeres grávidas reveló que el 59% era moderado, el 20.5% leve, con un 14.1% grave, un 5.2% no presento, y con 1.3% Muy grave/ Incapacitante. (Tabla No. 10)

En cuanto a la sensación de miedo mostró que el 61.5% fue encontrado en moderado, con un 16.7% grave, un 12.8% leve, y un 9% no presento. (Tabla No. 11)

De acuerdo al estado de insomnio presentado en las pacientes en un 61% de estas fue moderado, un 20.5% fue leve, el 11.5% grave, en un 6.4% no presento insomnio. (Tabla No. 12)

En cuanto a la dificultad para concentrarse se demostró que en el 61.5% era moderado, el 23.1% leve, con un 9% grave, y un 6.4% no presentó. (Tabla No. 13)

Respecto al estado de ánimo deprimido el 48.7% fue moderado, el 24.4% leve, un 15.4% grave, un 9% no presento y en el 2.6% fue muy grave/Incapacitante (Tabla No. 14).

Entre los distintos síntomas somáticos generales (musculares) en un 35.9% eran moderado, el 33.3% no presento, con un 24.4% leve, y un 6.4% eran grave (Tabla No. 15). En relación a los diferentes síntomas generales (sensoriales) el 48.7% eran leve, con un 25.6% que no presento, un 21.8% moderado, y un 3.8% grave. (Tabla No. 16)

Respecto a los síntomas cardiovasculares presentados por las gestantes un 39.7% no presento, en el 29.5% eran leve, con un 25.6% moderado, y un 5.1% grave. (Tabla No. 17)

Se encontró en los síntomas respiratorios que en el 56.4% no se presentó sintomatología, el 29.5% leve, con un 7.7% moderado, el 6.4% grave (Tabla 18).Correspondiendo con la manifestaciones gastrointestinales un 38.5% resulto moderado, con un 33.3% que no presento sintomatología, un 21.8% leve, y 6.4% grave (Tabla No. 19).Acerca de la presentación de síntomas genitourinarios un 71.8% no presento sintomatología, con 19.2% era leve, y un 9% resultando moderado (Tabla No. 20).Referente a los síntomas autónomos en un 44.9% de las pacientes no se encontraron, el 33.3% era leve, con un 19.2% moderado y el 2.6% grave. (Tabla No. 21)

En relación al comportamiento general durante la entrevista un 43.6% era moderado, resultando una relación de 24.4% en ausente y leve, con un 7.7% grave (Tabla No. 22).

Referido al humor depresivo recopilado en las entrevistas realizadas a las gestantes demostró que el 53.8% lo presentaron algunas veces, el 26.9% bastantes veces, un 7.7% no presento, con un 6.4% siempre y el 5.1% casi siempre. (Tabla No. 23)

Sobre los sentimiento de culpa el 75.6% no presento manifestaciones, el 12.8% algunas veces, un 6.4% bastantes veces, el 3.8% casi siempre, y un 1.3% siempre. (Tabla No. 24)Simultáneamente en relación a las ideas de suicidio un 92.3% nunca lo han planteado, un 6,4% algunas veces y 1.3% bastantes veces. (Tabla No. 25)

En relación con la incapacidad para realizar trabajo rutinariamente el 43.6% lo manifestó algunas veces, el 38.5% no presento, un 11.5% bastantes veces, con un 3.8% siempre y un 2.6% casi siempre. (Tabla No. 26)

Acerca de la inhibición psicomotora el 51.3% presento algunas veces, el 28.2% nunca presento, un 11.5% bastantes veces, con un 5.1% casi siempre, y con un 3.8% siempre. (Tabla No. 27)Referente agitación psicomotora el 60.3% no presentaba, el 32.1% algunas veces, y un 7.7% bastantes veces. (Tabla No. 28)

Respecto a la ansiedad psíquica el 50% no presentaba, el 35.9% algunas veces, con un 10.3% bastantes veces, un 2.6% siempre y el 1.3% casi siempre. (Tabla No. 29)Sobre la ansiedad somática el 60.3% lo presento algunas veces, el 33.3% no lo tuvo síntomas, el 6.4% bastantes veces. (Tabla No. 30)

Cuando se determinó los síntomas somático generales el 56.4% presento algunas veces, el 32.1% no manifestó síntomas, un 1.3% bastantes veces, el 1.3% casi siempre (Tabla No. 31).

Calculando el nivel de hipocondría mostro que el 61% de las embarazadas no presentaban, el 28.6% algunas veces, un 6.5% bastantes veces, el 2.6% casi siempre y el 1.3% siempre. (Tabla No. 32)En relación a la pérdida de peso el 91% de las gestantes no perdieron, mientras que un 9% si perdió peso (Tabla No. 33)En razón a la introspección mostrada por las gestantes el 56.4% no presento, el 39.7% algunas veces, un 2.6% bastantes veces y un 1.3% casi siempre. (Tabla No. 34)

En cuanto a la edad como factor de riesgo de ansiedad y depresión en las embarazadas el 75.6% tenía una adecuada edad, el 18.9% resultaron menores de edad, y el 5.6% restantes eran mayor de 35. (Tabla No. 35) Relativo al trimestre de embarazo el 44.4% se encontraban en el primer trimestre, el 30% en el segundo trimestre y el 25.6% en el tercer trimestre. (Tabla No. 36)

En relación a la paridad un 60% tenían 1 – 2 hijos, un 35.6% no poseían ninguno, el 3.3% de 3- 4, y el 1.1% mayor de 4. (Tabla No. 37)

De acuerdo al consumo de sustancias tóxicas mostro que el 50% no consumían ninguna, un 37.8% consume café, y el 12.2% restante gaseosas. (Tabla No. 38)

Respecto a la planificación del embarazo actual resulto que el 78.9% no fueron planificados mientras que el 21.1% si fueron planificados. (Tabla No. 39)

Acerca de las discusiones con la pareja 67.8% no tuvieron discusiones y el 32.2% sí. (Tabla No. 40) en cuanto al apoyo familiar el 77.8% si se sintieron apoyadas mientras que el 22.2% no. (Tabla No. 41)

En los antecedentes de abortos el 97.8% no tenían antecedentes y el 2.2% sí. (Tabla No. 42)

De acuerdo a la presencia de enfermedades crónicas el 84.4% no tenían y el 15.6% sí. (Tabla No. 43)

En relación a los acontecimientos estresantes en las gestantes un 83.3% no tuvo situaciones estresantes y el 16.7% sí. (Tabla No. 44)

## IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En el estudio realizado sobre ansiedad y depresión con 90 pacientes embarazadas que acudieron al centro de salud Villa Libertad para su control prenatal de octubre-Noviembre 2015 se encontró que la mayoría de ellas tenían un nivel de escolaridad secundaria, de procedencia urbana, en el estado civil predominó unión estable y la ocupación de mayor porcentaje fue ama de casa.

Con respecto a la ansiedad y depresión probable según escala de Goldberg mostró que más de la mitad de las pacientes en estudio tenían ansiedad y depresión probable en de acuerdo al test de Goldberg; demostrando que no hay contradicción en lo que la literatura ya que Gómez (2006) menciona que los trastornos psicopatológicos en la atención primaria son frecuentes y que las embarazadas son un grupo de riesgo debido a todos los cambios hormonales que ocurren en el embarazo más asociado a ambiente familiar que las rodean o situaciones de estrés estas en algún momento de su embarazo pueden desarrollar algún grado sea de ansiedad o depresión. Lo curioso es que ninguna de las pacientes ha sido diagnosticada en el centro de salud con estas patologías.

De aquí en adelante  $n=78$  pacientes que resultaron positivos en el test de Goldberg. Y aplicaron para la realización del test de Hamilton para ansiedad y depresión y para una encuesta sobre factores de riesgo o asociados a la aparición de estas patologías.

Un gran porcentaje de pacientes resultaron en la escala de Hamilton con nivel moderado de ansiedad al contrario que depresión la cual la mayoría de embarazadas se encontraban con

depresión Ligera o leve. Por otro lado un porcentaje importante (9%) de mujeres con depresión severa lo que supera a lo que refiere Silver & Sarrel en un meta-análisis (2011); que de un 3 a 5% las mujeres embarazadas experimentan depresión severa, y que en la mitad de estas mujeres haya una exacerbación post parto que conlleve a intentos de suicidio.

En relación a los 14 síntomas que son descritos en la escala de Hamilton para ansiedad mostró que gran parte de las gestantes tenían una sintomatología en grado moderado, y se puede observar que según la Asociación Americana de Psiquiatría; la mujer embarazada puede presentar temores relacionados, respecto al embarazo, bienestar del bebé, el papel de madre. Por otro lado alguna sintomatología resultó ausente en la mayoría de las pacientes encuestadas como síntomas cardiovasculares, respiratorios, genitourinarios y autónomos.

A cerca de los 22 síntomas que se describe en la escala de Hamilton para medir el nivel de depresión en las embarazadas reveló que todas en algún momento de su trimestre de embarazo han presentado algunos de los síntomas depresivo en grado Leve; estos resultados van acorde al meta-análisis realizado por Silver & Sarrel(2011) donde menciona que la sintomatología depresiva son frecuentes en embarazadas, por lo que no es una patología que debe subestimarse ya que muchas de las mujeres con depresión leve pueden mostrar síntomas severos a finales del embarazo y puerperio.

Respecto a los factores de riesgos asociados al embarazo se encontró que la mayoría de estos se encontraban presentes en las pacientes en estudio, siendo relevante que un gran porcentaje de las pacientes en estudio no habían planificado su embarazo, otro aspecto importante que las mujeres que presentaban sintomatología ansiosa o depresiva tenían discusiones frecuentes o falta de apoyo por parte de su pareja. Lo que demuestra la relevancia de enfatizar en estos factores para la detección y manejo temprano de estas patologías, para evitar que la gestante llegue a exacerbar los síntomas, lo cual puede ocasionar consecuencias

serias que puedan afectar tanto a la madre e hijo como un aborto involuntario, parto prematuro, RCIU, entre otros efectos negativos. Según el meta-análisis de Silver & Sarrel (2011) y no omitiendo que con la presencia de estos factores de riesgo o asociados el índice de depresión y ansiedad pueden aumentar para el año 2020 como menciona en su estudio Ruiz & Gea (2007)

## X. CONCLUSIONES

De acuerdo al estudio realizado llegamos a las siguientes conclusiones:

- La mayoría de las pacientes embarazadas que participaron en la investigación resultaron positivas para ansiedad y depresión según el test de Goldberg.
- El nivel y sintomatología de ansiedad que tuvo mayor porcentaje en las pacientes un grado moderado de acuerdo a la escala de Hamilton.
- Más de la mitad de las pacientes entrevistadas con el Test de Hamilton tenían un grado de depresión ligera o menor al igual que la sintomatología.
- Los factores de riesgo para ansiedad y depresión más encontrados en las pacientes en estudio fueron la no planificación del embarazo actual, discusiones y falta de apoyo por parte de la pareja.

## **XI. RECOMENDACIONES**

### **Al Ministerio de Salud:**

Agregar un análisis psiquiátrico como dato importante en la valoración prenatal, para lograr disminuir la prevalencia de estas patologías durante el embarazo.

### **Al Centro de Salud:**

Monitorear que en los controles prenatales se introduzca un análisis psicológico para valorar el estado anímico en las mujeres para obtener un control más integral en las embarazadas.

### **A la Universidad:**

Realizar nuevos estudios con los estudiantes para dar continuidad a esta investigación.

### **A los médicos:**

Atender de forma integral a las pacientes y valorar la necesidad de la identificación temprana de Ansiedad y depresión, así mismo darle importancia a estas enfermedades para brindar un tratamiento adecuado, oportuno e individualizado.

## XII. BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, A. (28 de mayo de 2015). *Trastornos psicológicos más comunes durante el embarazo*. Recuperado el 14 de 08 de 2015, de psyciencia:  
<http://www.psyciencia.com/2015/28/trastornos-psicologicos-mas-comunes-durante-el-embarazo/>
- Asensio, e. R. (14 de Diciembre de 2014). *Trastornos mentales y embarazo*. Recuperado el 14 de 08 de 2015, de RA (Reproduccion Asistida):  
<http://www.reproduccionasistida.org/trastornos-mentales-y-embarazo/>
- Association, A. P. (1995). DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. En A. P. Association, *DSM-4. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (págs. 445-452). Editorial Médica Panamericana.
- Association, A. P. (2000). DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. En A. P. Association, *DSM-4. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Attie, A. C.-C. (1992). Aspectos psicológicos del embarazo de alto riesgo. *Unam* , 62, 461-464.
- BMJ. (16 de Enero de 1999). *Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study*. Recuperado el 14 de 08 de 2015, de The mbj: <http://www.bmj.com/content/318/7177/153.long>

- Canales Sequeira, M. L. (2011). *Principales Diagnósticos Psiquiátricos atendidos en el centro de atención psicosocial en la ciudad de Bluefield de la región autónoma atlántico sur de junio-diciembre 2011*. Bluefields, Nicaragua: UNAN-Managua.
- De Castro, F. (29 de 06 de 2015). *Sintomatología depresiva materna en México: prevalencia nacional, antecion y perfiles poblacionales de riesgo*. Recuperado el 14 de 08 de 2015, de Salud Pública de México:  
<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=003067>
- Díaz, M. (2013). *Depresión y ansiedad en embarazadas*. Recuperado el 05 de 08 de 2015, de Scielo: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-71382013000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-71382013000200006&script=sci_arttext)
- Durán, M. M., & Lartigue, T. (02 de Junio de 2008). *Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal*. Recuperado el 14 de 08 de 2015, de Inper:  
<http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/Trastornosdeansiedad.pdf>
- Estrada, A. M., & Reyes, J. L. (2012). *Trastorno obsesivo compulsivo durante el embarazo y posparto*. Recuperado el 14 de 08 de 2015, de Imbiomed:  
[http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=85936&id\\_seccion=3011&id\\_ejemplar=8467&id\\_revista=180](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=85936&id_seccion=3011&id_ejemplar=8467&id_revista=180)
- Feliu, M. T. (2014). *Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5*. Recuperado el 14 de 08 de 2015, de Revista Iberoamericana de psicología:  
<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>
- Franco, C., Goikolea, J. M., García, E., & Imaz, M. L. (SD de 10 de 2008). *Tratamiento de los trastornos mentales en la mujer embarazada*. Recuperado el 25 de 07 de 2015, de JANO: [http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1714/55/00550069\\_LR.pdf](http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1714/55/00550069_LR.pdf)

Gómez López, M. E., Aldana Calva, E., Carreño Meléndez, J., & Bravo, S. (02 de Diciembre de 2006). *Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada*. Recuperado el 14 de 08 de 2015, de Psicología Iberoamericana:

<http://www.redalyc.org/pdf/1339/133920321004.pdf>

Jadresic, E. (25 de septiembre de 2014). *Perinatal Depression: Detetion and Treatment*. Recuperado el 14 de 08 de 2015, de Elsevier:

[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pidet\\_articulo=90374095&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=202&ty=82&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v25n06a90374095pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90374095&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=202&ty=82&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v25n06a90374095pdf001.pdf)

Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, & B. (2015). *La brecha terapéutica en la atención de salud mental*. Recuperado el 14 de 08 de 2015, de OMS:

<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/11/khon1104abstract/es/>

Lara, M. A., & Navarrete, L. (2012). *Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D*. Recuperado el 05 de 08 de 2015, de Salud mental, Scielo:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000100009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100009&lng=es&tlng=es).

OMS. (2015). Obtenido de OMS : <http://www.who.int/topics/depression/es/>

picech, F. e. (SD de 05 de 2005). *Depresión y embarazo en el hospital Angela Llano de la ciudad Corrientes, en Argentina*. Recuperado el 04 de 08 de 2015, de Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina :

[http://med.unne.edu.ar/revista/revista145/2\\_145.htm](http://med.unne.edu.ar/revista/revista145/2_145.htm)

Remedios. (25 de Marzo de 2011). *Ansiedad*. Recuperado el 14 de 08 de 2015, de PMO:

<http://spanishpmo.com/index.php/ansiedad/>

- Ruíz Cerrato, D. A. (2006). *Depresión en pacientes embarazadas que acuden a control prenatal en la Clínica Materno Infantil Roberto Clemente en el periodo de Octubre-Diciembre 2006.*
- Ruiz, J. S., & Gea, P. M. (25 de septiembre de 2007). *Depresión*. Recuperado el 14 de 08 de 2015, de Psiquiatria.com: <http://www.psiquiatria.com/depresion/segun-la-oms-en-el-2020-la-depresion-sera-la-segunda-causa-de-incapacidad-en-el-mundo/>
- Sainz, A. K., Chávez, U. B., Díaz, C. M., Sandoval, M. M., & Robles, R. M. (26 de 09 de 2012). *Ansiedad y depresión en pacientes em-barazadas. Guadalajara, Jalisco Aten Fam. 2013;20(1):25-27.* Recuperado el 25 de 07 de 2015, de Revista UNAM: [http://revistas.unam.mx/index.php/atencion\\_familiar/article/viewFile/35347/32190](http://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/viewFile/35347/32190)
- Silver, R. M., & Sarrel, P. M. (29 de Junio de 2011). *La depresión durante el embarazo.* Recuperado el 14 de 08 de 2015, de Women's Health & Education Center: <http://www.womenshealthsection.com/content/obsmdsp/obsm016.php3>
- Valero, J. d. (13 de Julio de 2013). *El bebe.com.* Obtenido de El bebe.com: <http://www.elbebe.com/postparto/depresion-postparto#01>
- Valero, J. d. (13 de Julio de 2013). *Factores de Riesgo y Causas de depresión postparto.* Recuperado el 21 de 11 de 2015, de El bebe.com: <http://www.elbebe.com/postparto/depresion-postparto#01>
- Vilarrasa, A. B. (18 de Febrero de 2009). *Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.* Recuperado el 15 de 12 de 2015, de guiasalud.es: <http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/resumida/apartado00/autoria.html>

Wormald, F. (14 de septiembre de 2014). *Depresión en el embarazo*. Recuperado el 14 de 08 de 2015, de Facemama.com: <http://www.facemama.com/embarazo/depresion-durante-el-embarazo.html>

### **XIII. ANEXOS**

Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua

UNAN-Managua

Facultad de ciencias Médicas



**Cuestionario de recolección de información**

*“Ansiedad y depresión en usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el centro de salud de Villa Libertad del municipio de Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015”*

Datos personales:

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** Soltera \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ Unión estable \_\_\_\_\_

**Ocupación:** Estudiante \_\_\_\_\_ Ama de casa \_\_\_\_\_ Comerciante \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Escolaridad:** Universidad \_\_\_\_\_ secundaria \_\_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_\_

**Procedencia:** urbana \_\_\_\_\_ Rural \_\_\_\_\_

1) Escala de ansiedad y depresión de **GOLDBERG**

*Instrumento de cribaje para detectar la ansiedad y depresión*

*A las siguientes preguntas conteste SI / NO de acuerdo a su estado emocional.*

<i>Escala de EADG ( Escala de ansiedad - depresión)</i>		<i>SI / NO</i>
<i>Sub escala de ansiedad</i>		
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?		
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando		
Subtotal		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?		
<b>TOTAL ANSIEDAD</b>		

**≥4: Ansiedad probable**

<b>Sub escala de depresión</b>		<b>SI / NO</b>
1. ¿Se han sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo?		
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?		
si hay respuestas afirmativas cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando		
Sub-total		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9. ¿Cree usted ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
<b>Total depresión</b>		

**≥2: Depresión probable**

**En caso de que ambos test de Goldberd para Ansiedad y depresión se obtengan resultados negativo, no aplicará para la realización del test de Hamilton.**

## Factores de riesgos

### 1. Edad

≤ 20 \_\_\_\_\_

21 – 34 /Adecuada edad \_\_\_\_\_

≥35 \_\_\_\_\_

### 2. ¿En qué trimestre de embarazo se encuentra usted?

Primer trimestre \_\_\_\_\_

Segundo trimestre \_\_\_\_\_

Tercer trimestre \_\_\_\_\_

### 3. ¿Cuántos hijos ha tenido usted? \_\_\_\_\_

### 4. ¿Consume usted sustancias tóxicas:

a. Ninguno \_\_\_\_\_

b. Café SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

c. Gaseosa SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

d. Alcohol SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

e. Tabaco SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

f. Drogas SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

### 5. Este embarazo actual fue planificado:

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

### 6. Actualmente ha tenido discusiones con frecuencia con su pareja:

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

### 7. Se siente usted apoyada actualmente en su embarazo por su pareja y familia:

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

### 8. Usted tiene antecedentes de aborto:

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

9. Tiene usted alguna enfermedad crónica:

Si \_\_\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

10. Ha sufrido en su embarazo algún acontecimiento estresante:

Si \_\_\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

### Test de Hamilton para evaluar Ansiedad

Nombre: \_\_\_\_\_

No. Encuesta \_\_\_\_\_

Escala de Ansiedad de Hamilton			
1 Ansiedad	<b>Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.</b>		<b>Puntaje</b>
	0	El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	1	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	2	El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	3	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	4	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
2 Tensión	<b>Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.</b>		<b>Puntaje</b>
	0	El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1	El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	2	El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	3	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente		
3 Miedo	<b>Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha</b>		<b>Puntaje</b>

	<b>existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.</b>	
	<b>0</b> No se encuentran presentes	
	<b>1</b> Presencia dudosa	
	<b>2</b> El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	<b>3</b> Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	<b>4</b> La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	
4 Insomnio	<b>Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.</b>	<b>Puntaje</b>
	<b>0</b> Profundidad y duración del sueño usuales	
	<b>1</b> Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	<b>2</b> La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	<b>3</b> La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	<b>4</b> hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
5 Dificultades en la concentración y la memoria	<b>Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.</b>	<b>Puntaje</b>
	<b>0</b> El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	<b>1</b> Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	<b>2</b> Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	<b>3</b> Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	<b>4</b> El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	

6  Animo deprimido	<b>Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.</b>		<b>Puntaje</b>
	<b>0</b>	Animo natural	
	<b>1</b>	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	<b>2</b>	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	<b>3</b>	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
7  Síntomas somáticos generales (musculares)	<b>Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.</b>		<b>Puntaje</b>
	<b>0</b>	No se encuentran presentes	
	<b>1</b>	Presencia dudosa	
	<b>2</b>	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	<b>3</b>	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
8  Síntomas somáticos generales (sensoriales)	<b>Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.</b>		<b>Puntaje</b>
	<b>0</b>	No presente	
	<b>1</b>	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	<b>2</b>	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
	<b>3</b>	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
9  Síntomas cardiovasculares	<b>Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.</b>		<b>Puntaje</b>
	<b>0</b>	No presentes	
	<b>1</b>	Dudosamente presentes	

	2	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	4	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
10	<b>Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa.</b>		<b>Puntaje</b>
Síntomas respiratorios	0	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	4	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
11	<b>Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.</b>		<b>Puntaje</b>
Síntomas gastrointestinales	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	2	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	4	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
12	<b>Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.</b>		<b>Puntaje</b>
Síntomas génito-uritarios	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones génito urinarias frecuentes del paciente).	
	2	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas génito-uritarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	

	<b>4</b>	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
13  Síntomas autonómicos	<b>Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.</b>		<b>Puntaje</b>
	<b>0</b>	No se encuentran presentes	
	<b>1</b>	Presencia dudosa	
	<b>2</b>	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>3</b>	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	<b>4</b>	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
14  Conducta durante la entrevista	<b>Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, pálido, hiperventilando o transpirando</b>		<b>Puntaje</b>
	<b>0</b>	El paciente no parece ansioso	
	<b>1</b>	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	<b>2</b>	El paciente está moderadamente ansioso	
	<b>3</b>	El paciente está claramente ansioso	
	<b>4</b>	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	

### Test de Hamilton para evaluar depresión

Nombre: \_\_\_\_\_

No. Encuesta \_\_\_\_\_

A continuación se expresan varias respuestas a cada uno de los 21 apartados. Detrás de cada frase marque con una X la casilla que mejor refleje su situación.

<b>N: Nunca</b>
<b>A: Algunas veces</b>
<b>B: Bastantes veces</b>
<b>C: Casi siempre</b>
<b>S: Siempre</b>

TEST DE HAMILTON		N	A	B	C	S
1	Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Llora con facilidad.					
2	Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo.					
3	No sé lo que pasa, me siento confundida.					
4	Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.					
5	A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.					
6	Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.					
7	Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardó mucho en dormirme.					
8	Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.					
9	Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.					
10	Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.					
11	Me encuentro lento parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.					

<b>12</b>	Me siento intranquila e inquieta, no puedo estarme quieta. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas y labios.					
<b>13</b>	No sé lo que pasa, me siento confundida.					
<b>14</b>	Me encuentro tensa, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.					
<b>15</b>	Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas no puedo librarme de ellas.					
<b>16</b>	Me siento preocupada por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.					
<b>17</b>	Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.					
<b>18</b>	Me siento cansada, fatigada. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.					
<b>19</b>	No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales, tengo desarreglos menstruales.					
<b>20</b>	Me siento preocupada por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.					
<b>21</b>	Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.					

<b>Tabla No.1</b>			
<b>Edad de las usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	≤ 15	3	3,3
	16-26	63	70,0
	27-37	23	25,6
	≥38	1	1,1
	Total	90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 2</b>			
<b>Estado Civil de las usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Soltera	6	6,7
	Casada	16	17,8
	Unión Estable	68	75,6
	Total	90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 3</b>			
<b>Ocupación de las usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Estudiante	13	14,4
	Ama de Casa	73	81,1
	Comerciante	3	3,3
	Otro	1	1,1
	Total	90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No 4</b>			
<b>Nivel de Escolaridad de las usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Primaria	24	26,7
	Secundaria	53	58,9
	Universidad	13	14,4
	Total	90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 5</b>			
<b>Procedencia de las usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre- Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Urbano	77	85,6
	Rural	13	14,4
	Total	90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No 6.</b>			
<b>Ansiedad y Depresión probable por escala de Goldberg de las usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Sí	78	86,7
	No	12	13,3
	Total	90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 7</b>			
<b>Nivel de Ansiedad en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ausente	8	8,9
	Leve	22	24,4
	Moderada	41	45,6
	Grave	7	7,8
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: cuestionario

<b>Tabla No. 8</b>			
<b>Nivel de depresión en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No deprimido	18	20,0
	Depresión Ligera/Menor	34	37,8
	Depresión Moderada	13	14,4
	Depresión Severa	7	7,8
	Depresión Muy severa	6	6,7
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: cuestionario

<b>Tabla No 9</b>			
<b>Estado de ánimo ansioso presentado en las usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ausente	3	3,3
	Leve	19	21,1
	Moderado	32	35,6
	Grave	24	26,7
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No 10</b>			
<b>Sensación de tensión presentada en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ausente	4	4,4
	Leve	16	17,8
	Moderado	46	51,1
	Grave	11	12,2
	Muy Grave/Incapacitante	1	1,1
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No 11</b>			
<b>Sensación de Miedo o temor presentado en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ausente	7	7,8
	Leve	10	11,1
	Moderado	48	53,3
	Grave	13	14,4
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 12</b>			
<b>Insomnio presentado en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ausente	5	5,6
	Leve	16	17,8
	Moderado	48	53,3
	Grave	9	10,0
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: cuestionario

<b>Tabla No. 13</b>			
<b>Dificultad para concentrarse de usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ausente	5	5,6
	Leve	18	20,0
	Moderado	48	53,3
	Grave	7	7,8
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 14</b>			
<b>Estado de ánimo deprimido en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ausente	7	7,8
	Leve	19	21,1
	Moderado	38	42,2
	Grave	12	13,3
	Muy grave/Incapacitante	2	2,2
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 15</b>			
<b>Síntomas somáticos generales (musculares) presentados en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre- Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ausente	26	28,9
	Leve	19	21,1
	Moderado	28	31,1
	Grave	5	5,6
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 16</b>			
<b>Síntomas somáticos generales (sensoriales) presentados en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre- Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ausente	20	22,2
	Leve	38	42,2
	Moderado	17	18,9
	Grave	3	3,3
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 17</b>			
<b>Síntomas Cardiovasculares presentados en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ausente	31	34,4
	Leve	23	25,6
	Moderado	20	22,2
	Grave	4	4,4
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: cuestionario

<b>Tabla No. 18</b>			
<b>Síntomas Respiratorios presentados en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ausente	44	48,9
	Leve	23	25,6
	Moderado	6	6,7
	Grave	5	5,6
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 19</b>			
<b>Síntomas Gastrointestinales presentados en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ausente	26	28,9
	Leve	17	18,9
	Moderado	30	33,3
	Grave	5	5,6
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 20</b>			
<b>Síntomas genitourinarios presentados en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ausente	56	62,2
	Leve	15	16,7
	Moderado	7	7,8
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 21</b>			
<b>Síntomas autónomos presentados en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ausente	35	38,9
	Leve	26	28,9
	Moderado	15	16,7
	Grave	2	2,2
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: cuestionario

<b>Tabla No 22</b>			
<b>Comportamiento durante la entrevista de usuarias que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ausente	19	21,1
	Leve	19	21,1
	Moderado	34	37,8
	Grave	6	6,7
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 23</b>			
<b>Humor depresivo presentado en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	6	6,7
	Algunas veces	42	46,7
	Bastantes veces	21	23,3
	Casi Siempre	4	4,4
	Siempre	5	5,6
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 24</b>			
<b>Sentimientos de culpa en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	59	65,6
	Algunas Veces	10	11,1
	Bastantes veces	5	5,6
	Casi siempre	3	3,3
	Siempre	1	1,1
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 25</b>			
<b>Ideas de suicidio presentado en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	72	80,0
	Algunas Veces	5	5,6
	Bastantes Veces	1	1,1
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 26</b>			
<b>Incapacidad para realizar Trabajo y actividades rutinarias en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	30	33,3
	Algunas Veces	34	37,8
	Bastante Veces	9	10,0
	Casi Siempre	2	2,2
	Siempre	3	3,3
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 27</b>			
<b>Inhibición Psicomotora presentado en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	22	24,4
	Algunas Veces	40	44,4
	Bastantes veces	9	10,0
	Casi Siempre	4	4,4
	Siempre	3	3,3
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 28</b>			
<b>Agitación Psicomotora presentado en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	47	52,2
	Algunas Veces	25	27,8
	Bastantes veces	6	6,7
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 29</b>			
<b>Ansiedad Psíquica presentada en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	39	43,3
	Algunas Veces	28	31,1
	Bastantes veces	8	8,9
	Casi Siempre	1	1,1
	Siempre	2	2,2
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 30</b>			
<b>Ansiedad Somática presentada en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	26	28,9
	Algunas Veces	47	52,2
	Bastantes veces	5	5,6
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 31</b>			
<b>Síntomas Somáticos Generales en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	25	27,8
	Algunas Veces	44	48,9
	Bastantes Veces	8	8,9
	Casi Siempre	1	1,1
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: cuestionario

<b>Tabla No. 32</b>			
<b>Hipocondría presentada en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	48	53,3
	Algunas Veces	22	24,4
	Bastantes Veces	5	5,6
	Casi Siempre	2	2,2
	Siempre	1	1,1
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No 33</b>			
<b>Pérdida de peso en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	No	71	78,9
	Sí	7	7,8
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 34</b>			
<b>Introspección en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015.</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Nunca	44	48,9
	Algunas veces	31	34,4
	Bastantes veces	2	2,2
	Casi Siempre	1	1,1
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 35</b>			
<b>Edad como factor de riesgo Ansiedad y Depresión en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Menor de 20	17	18,9
	Mayor de 35	5	5,6
	20-34 / Adecuada edad	56	62,2
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 36</b>			
<b>Trimestre de embarazo de usuarias que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Primer Trimestre	34	37,8
	Segundo Trimestre	24	26,7
	Tercer Trimestre	20	22,2
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 37</b>			
<b>Paridad en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ninguno	28	31,1
	1-2	46	51,1
	3-4	3	3,3
	Mayor de 4 hijos	1	1,1
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 38</b>			
<b>Consumo de Sustancias tóxicas en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ninguno	37	41,1
	Café	34	37,8
	Gaseosa	7	7,8
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 39</b>			
<b>Planificación del embarazo actual en usuarias que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Sí	13	14,4
	No	65	72,2
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 40</b>			
<b>Discusiones con la pareja de usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Sí	27	30,0
	No	51	56,7
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 41</b>			
<b>Apoyo familiar en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Sí	58	64,4
	No	20	22,2
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 42</b>			
<b>Antecedentes de aborto en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Sí	2	2,2
	No	76	84,4
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 43</b>			
<b>Presencia de enfermedades Crónicas en usuarias embarazadas que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Sí	11	12,2
	No	67	74,4
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

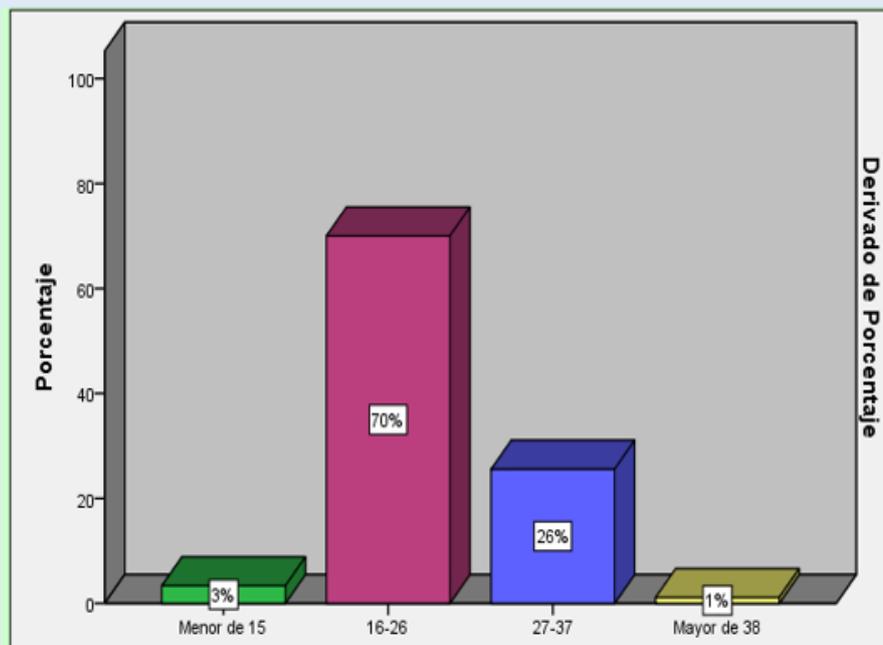
Fuente: Cuestionario

<b>Tabla No. 44</b>			
<b>Acontecimiento estresante durante el embarazo en usuarias que acuden al control prenatal en el Centro de Salud Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Sí	14	15,6
	No	64	71,1
	Total	78	86,7
Perdidos	Sistema	12	13,3
Total		90	100,0

Fuente: cuestionario

Gráfico No. 1

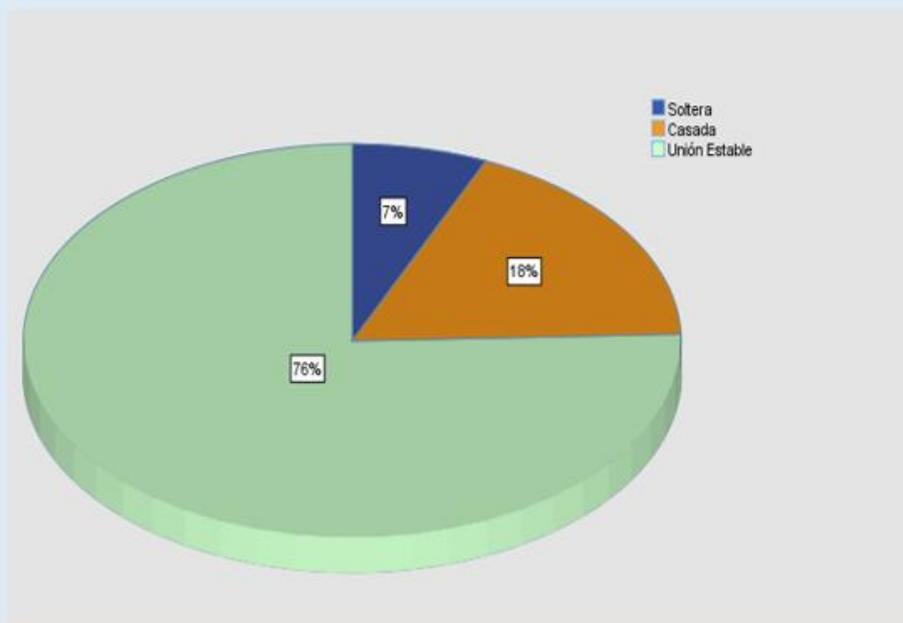
Edad de las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015



Fuente: Tabla No. 1

Gráfico No. 2

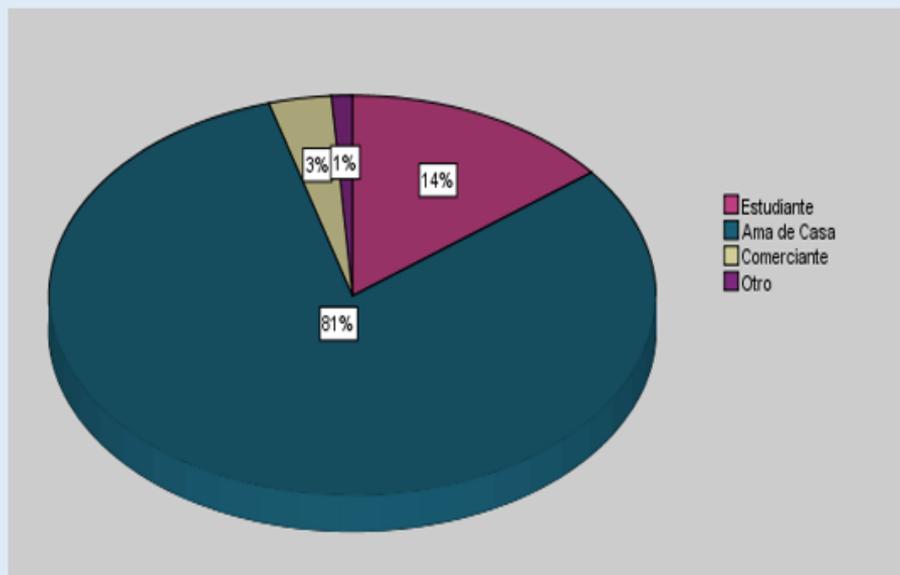
**Estado Civil de las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015**



Fuente: Tabla No. 2

Gráfico No. 3

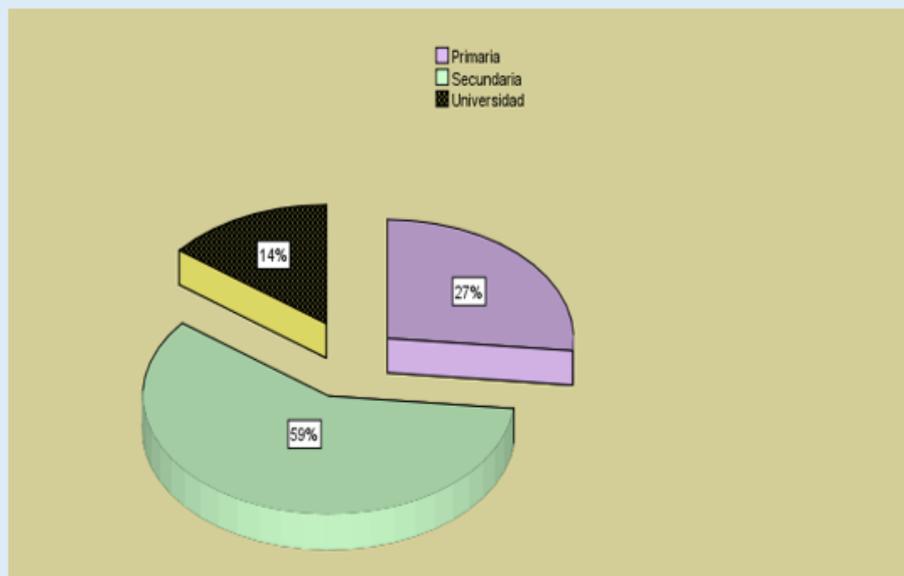
Ocupación de las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015



Fuente: Tabla No. 3

Gráfico No. 4

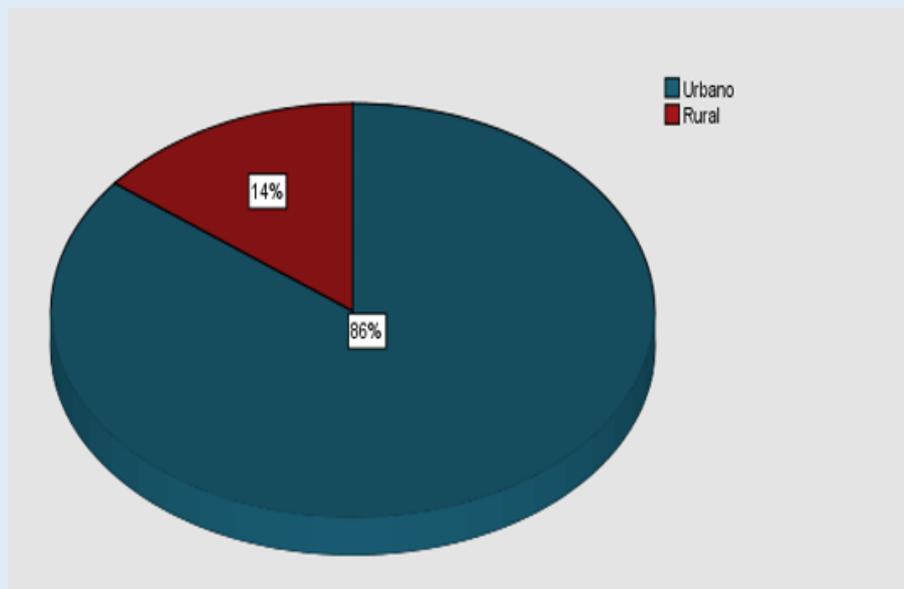
**Nivel de escolaridad de las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015**



Fuente: Tabla No. 4

Gráfico No. 5

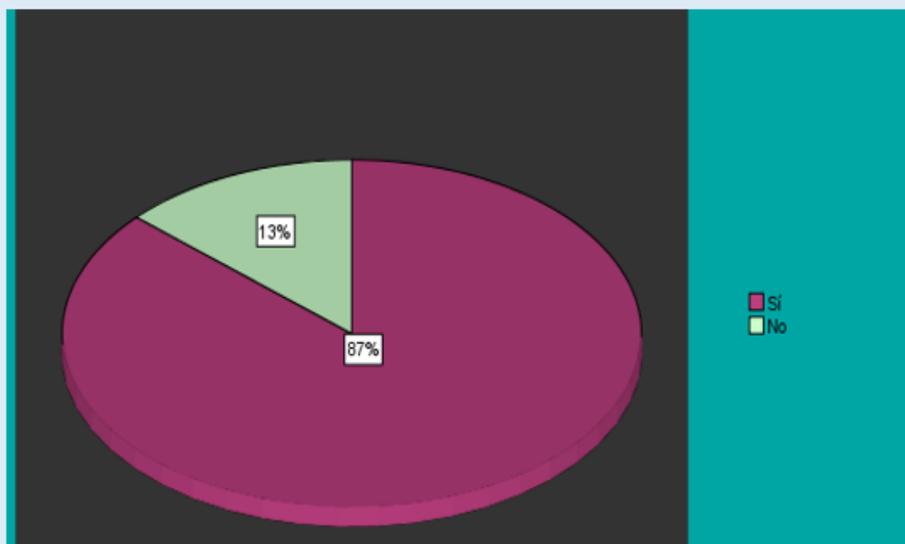
**Procedencia de las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015**



Fuente: Tabla No. 5

**Gráfico No. 6**

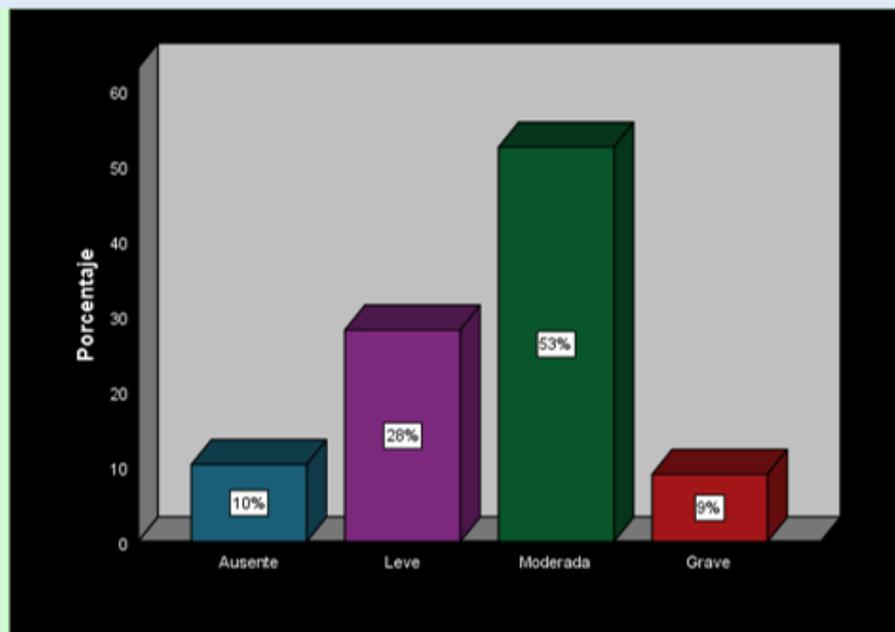
**Ansiedad y depresión de las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015**



Fuente: Tabla No. 6

Gráfico No. 7

Nivel de ansiedad en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015

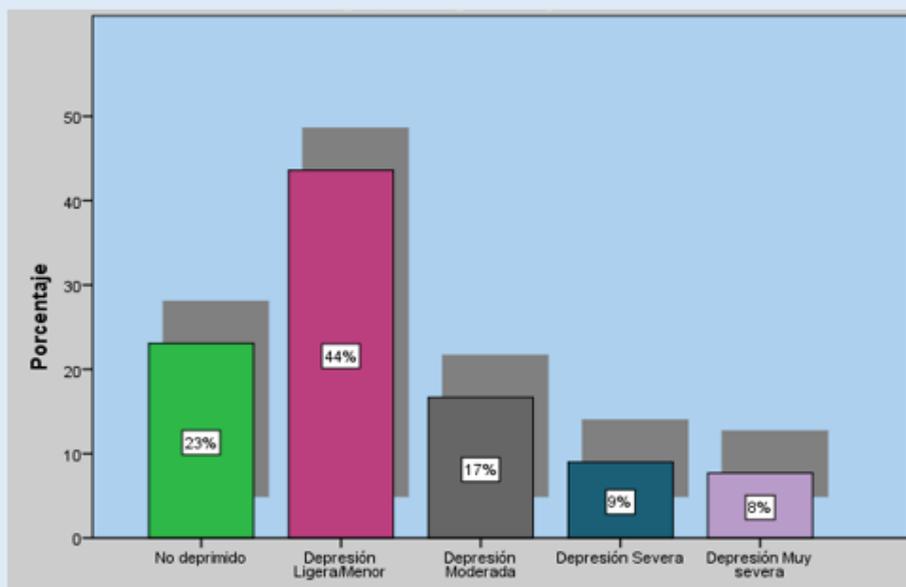


Fuente: Tabla No. 7

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 8

Nivel de depresión en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre–Noviembre 2015

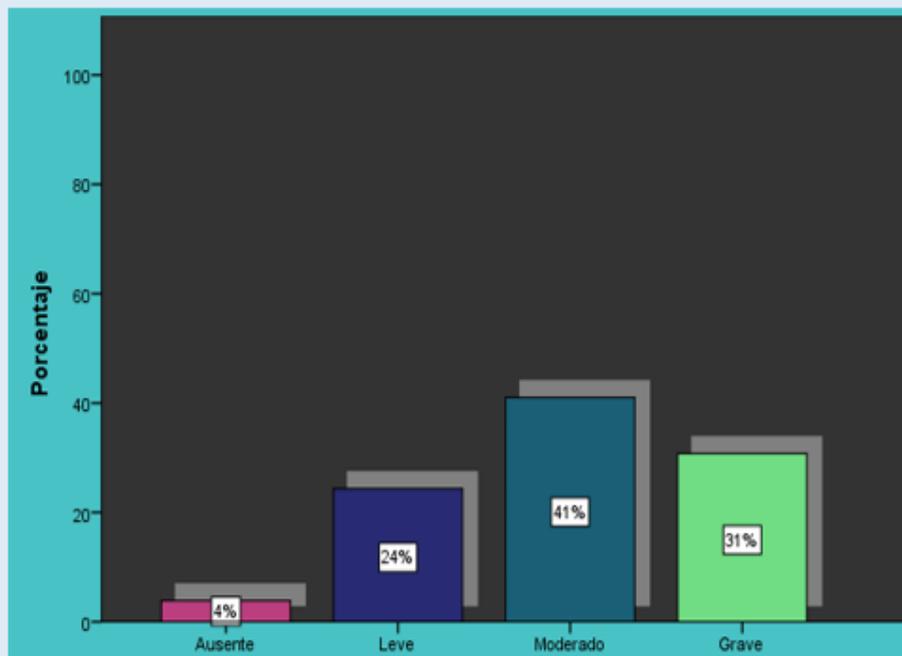


Fuente: Tabla No. 8

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 9

Estado de ánimo ansioso presentado en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015

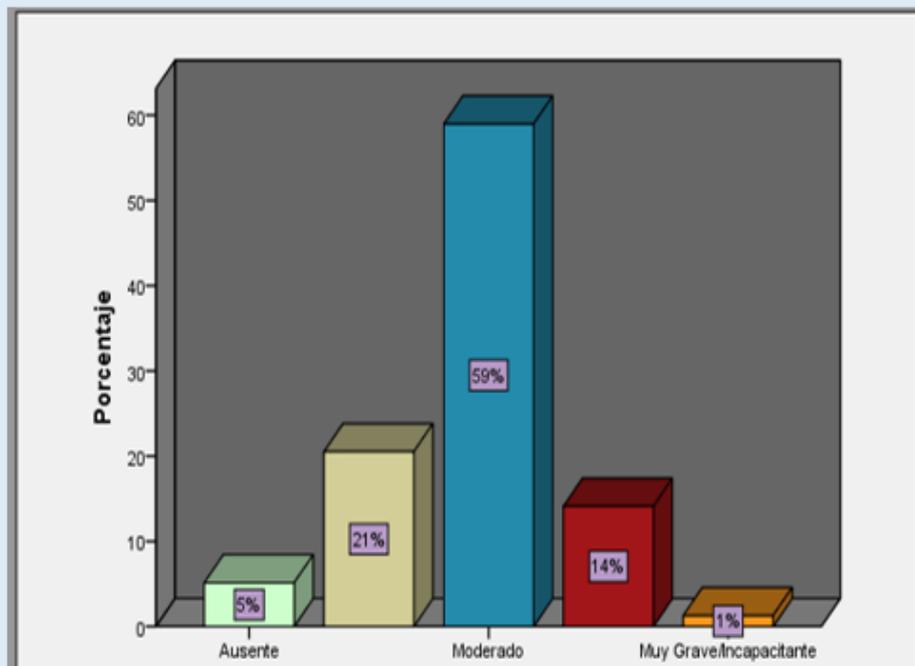


Fuente: Tabla No. 9

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 10

Sensación de tensión presentada en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015

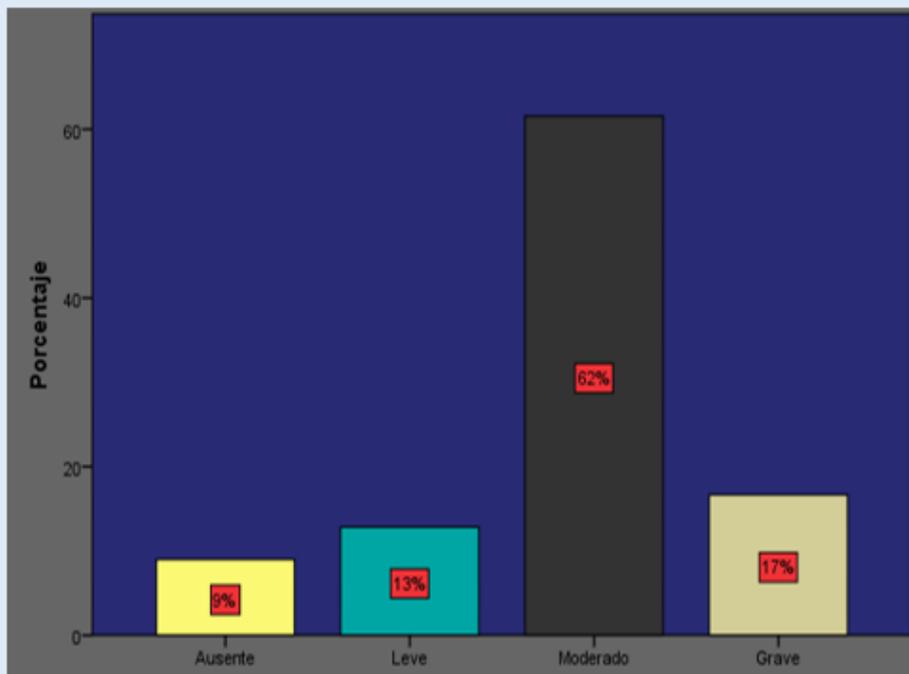


Fuente: Tabla: No. 10

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 11

Sensación de miedo presentado en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015

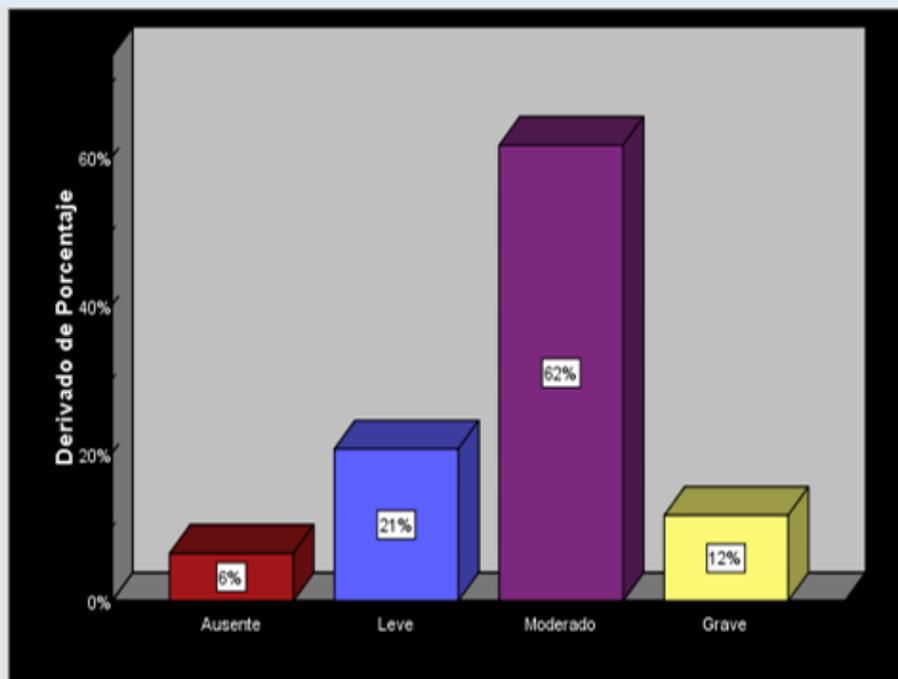


Fuente: Tabla No. 11

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 12

**Insomnio presentado en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015**

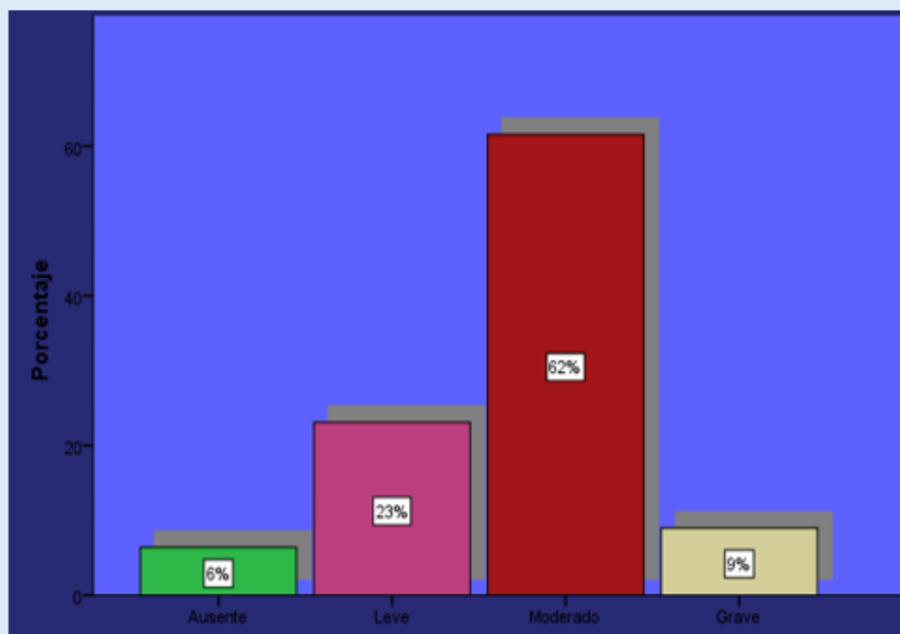


Fuente: Tabla No.12

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 13

**Dificultad para concentrarse de las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015**

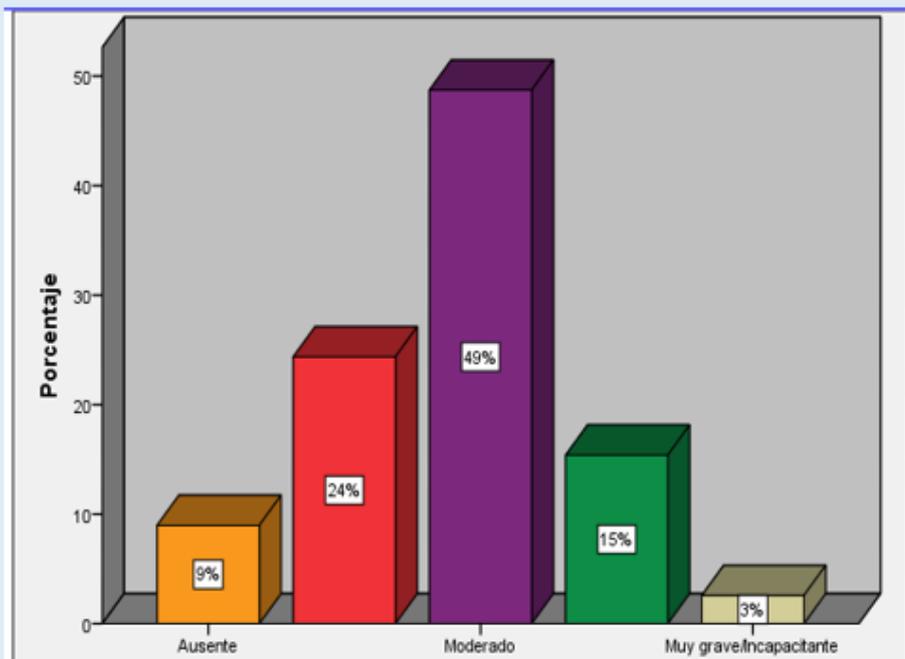


Fuente: Tabla No. 13

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 14

Estado de ánimo deprimido presentado en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015

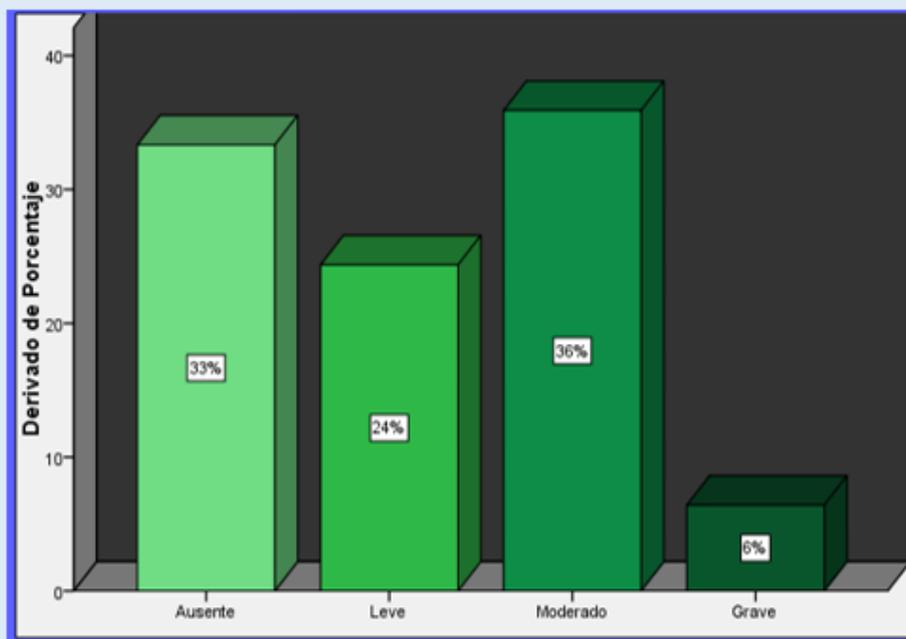


Fuente: Tabla No. 14

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 15

Síntomas somáticos generales (musculares) presentados en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015

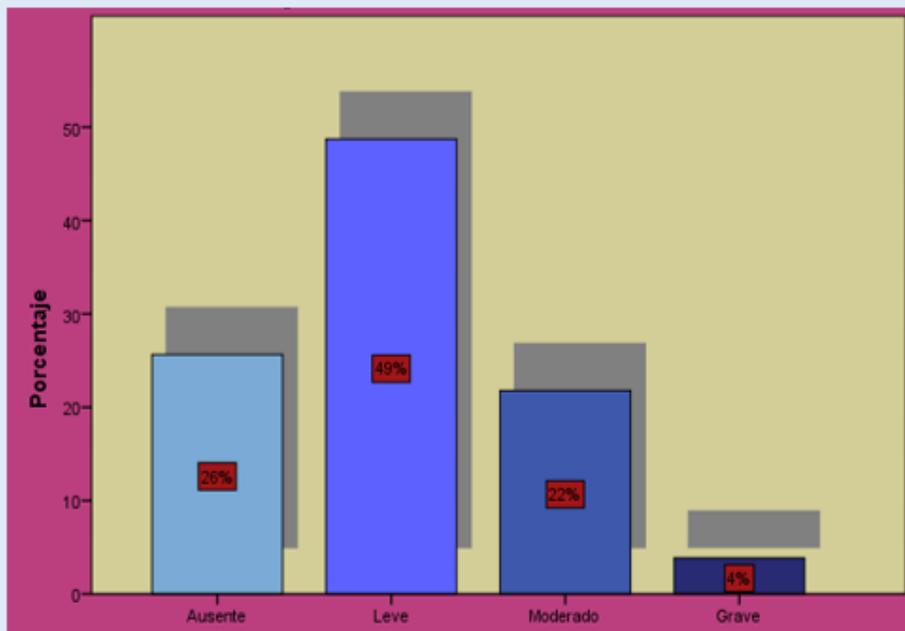


Fuente: Tabla No. 15

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 16

**Síntomas Somáticos generales (sensoriales) presentados en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015**

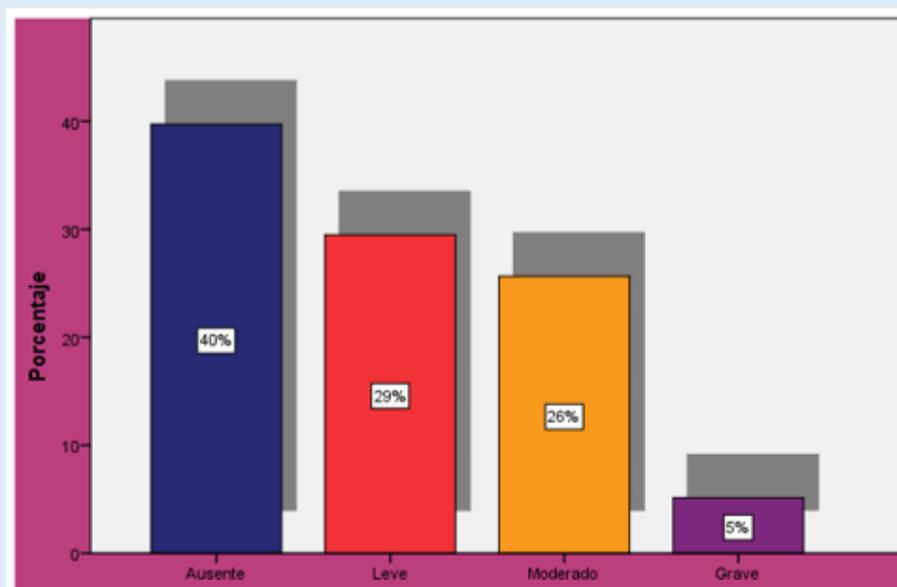


Fuente: Tabla No. 16

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 17

**Síntomas cardiovasculares presentados en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015**

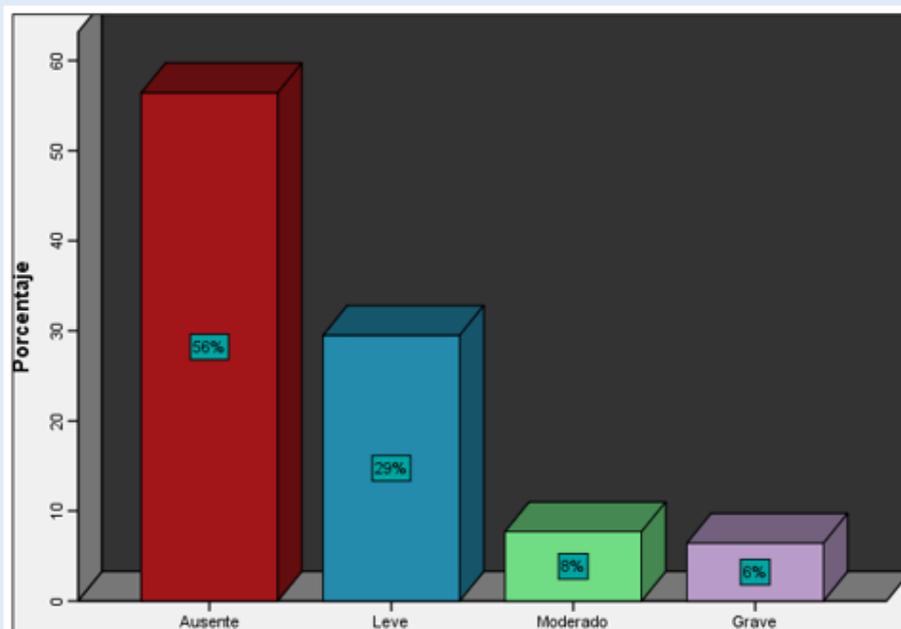


Fuente: Tabla: No. 17

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 18

Síntomas respiratorios presentados en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015

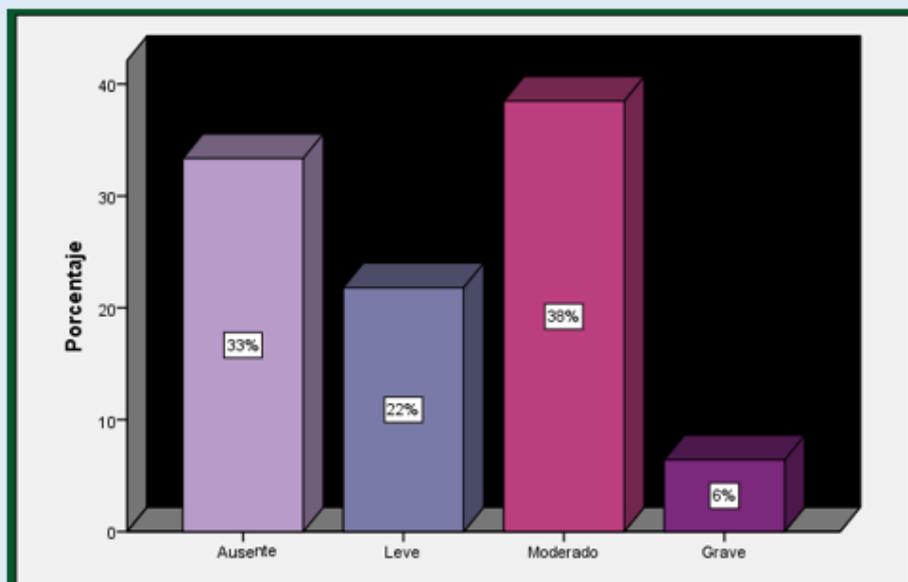


Fuente: Tabla No. 18

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 19

Síntomas gastrointestinales presentados en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015

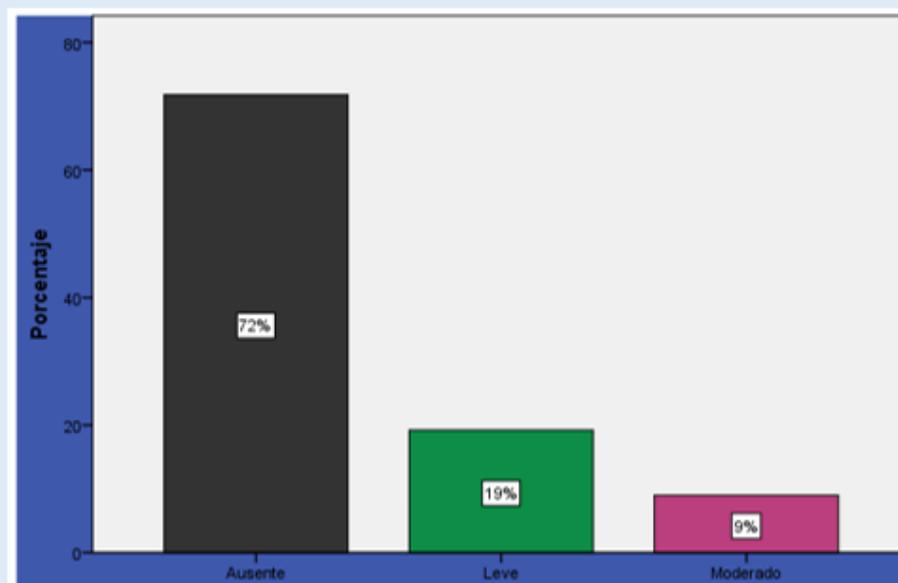


Fuente: Tabla No. 19

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 20

**Síntomas genitourinarios presentados en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015**

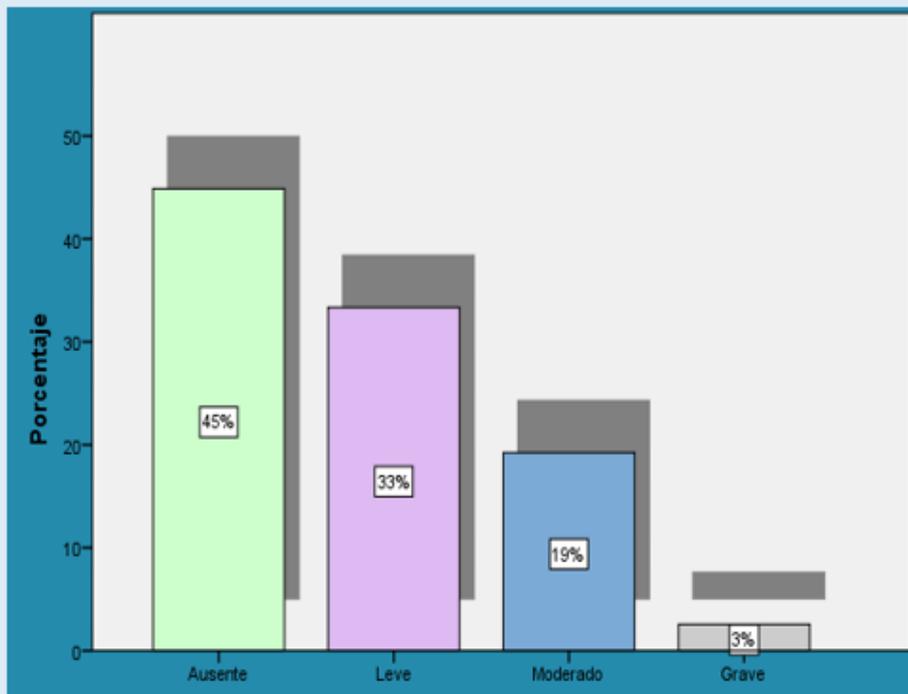


Fuente: Tabla No. 20

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 21

Síntomas autónomos presentados en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre–Noviembre 2015

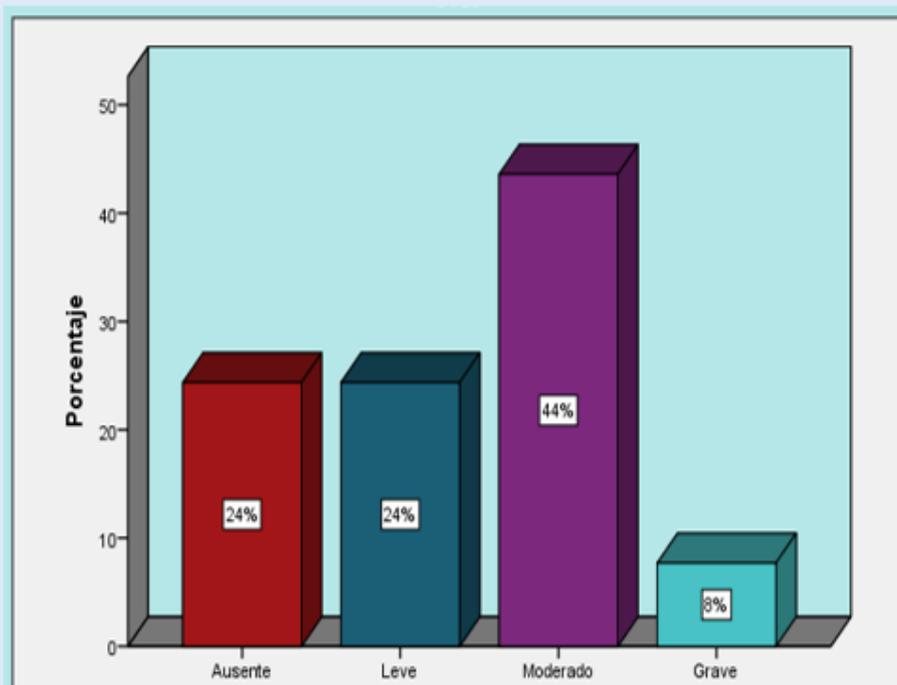


Fuente: Tabla No. 21

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 22

Comportamiento durante la entrevista de las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015

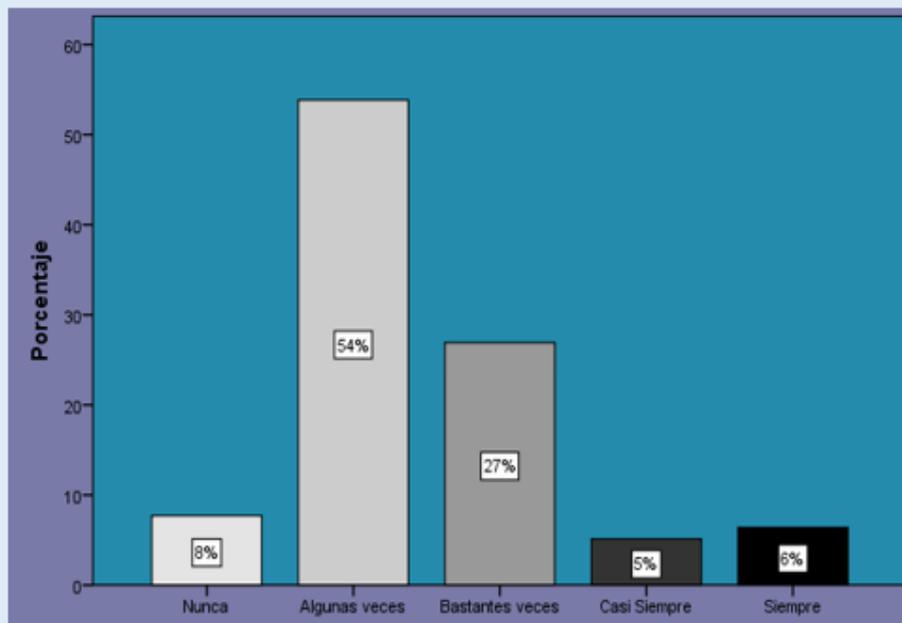


Fuente: Tabla No. 22

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 23

**Humor depresivo presentado en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015**

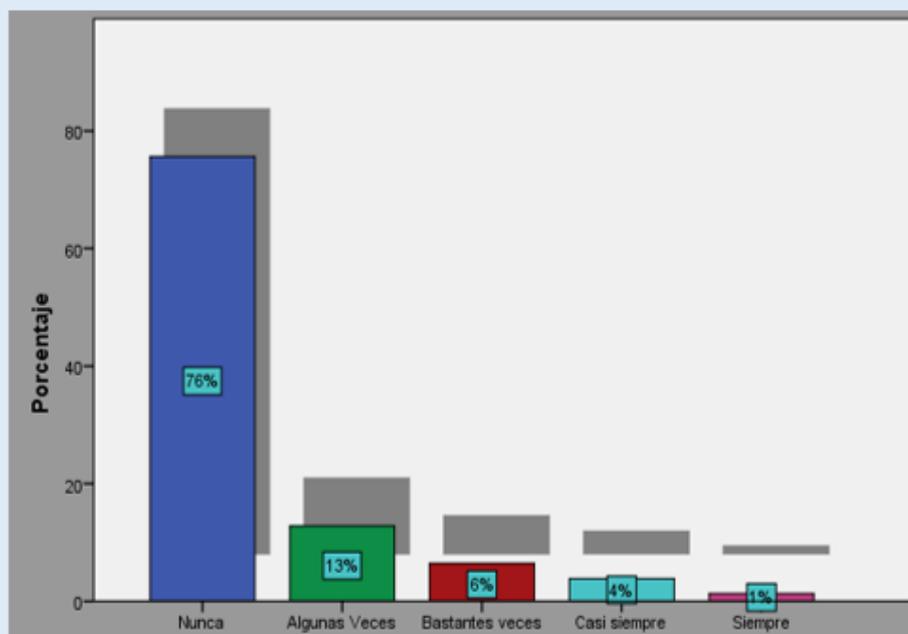


Fuente: Tabla No. 23

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 24

Sentimientos de culpa en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015

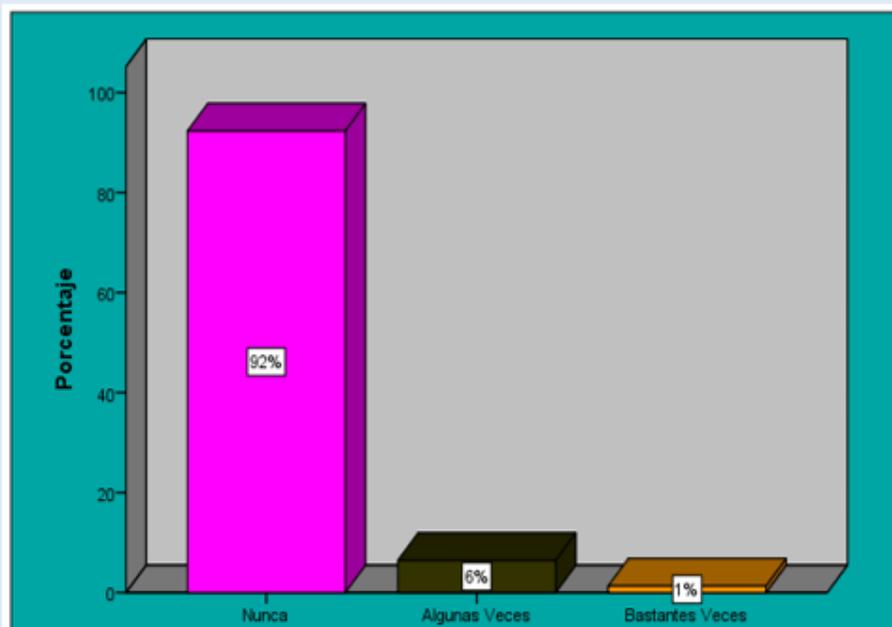


Fuente: Tabla No. 24

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 25

Ideas de suicidio presentado las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015

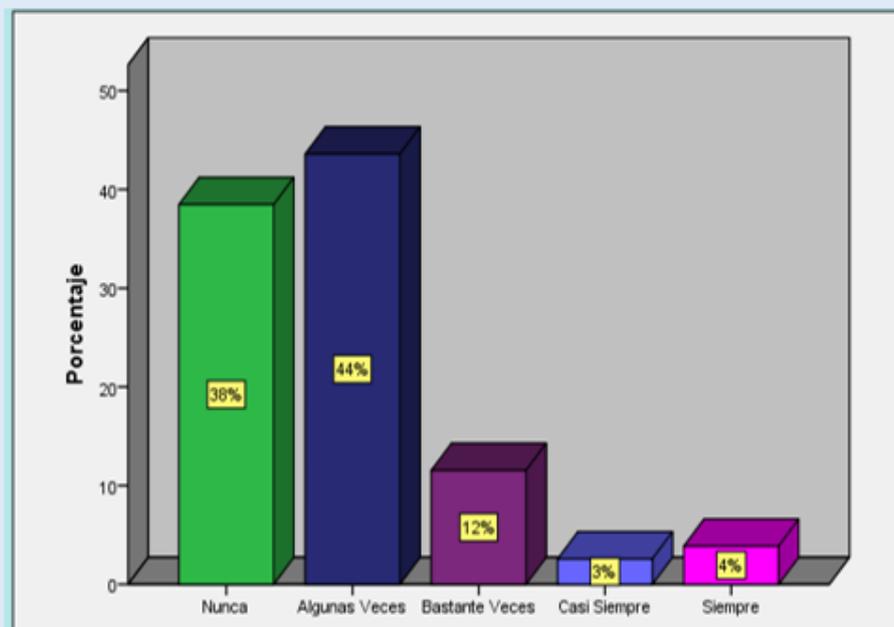


Fuente: Tabla No. 25

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 26

**Incapacidad para realizar trabajo y actividades rutinarias en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015**

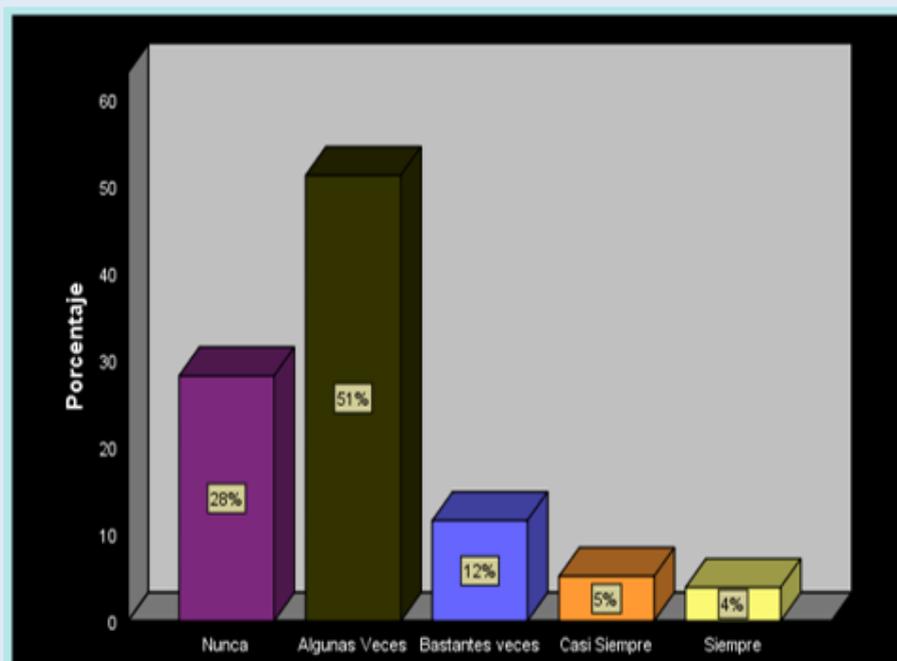


Fuente: Tabla No. 26

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 27

**Inhibición psicomotora presentado en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015**

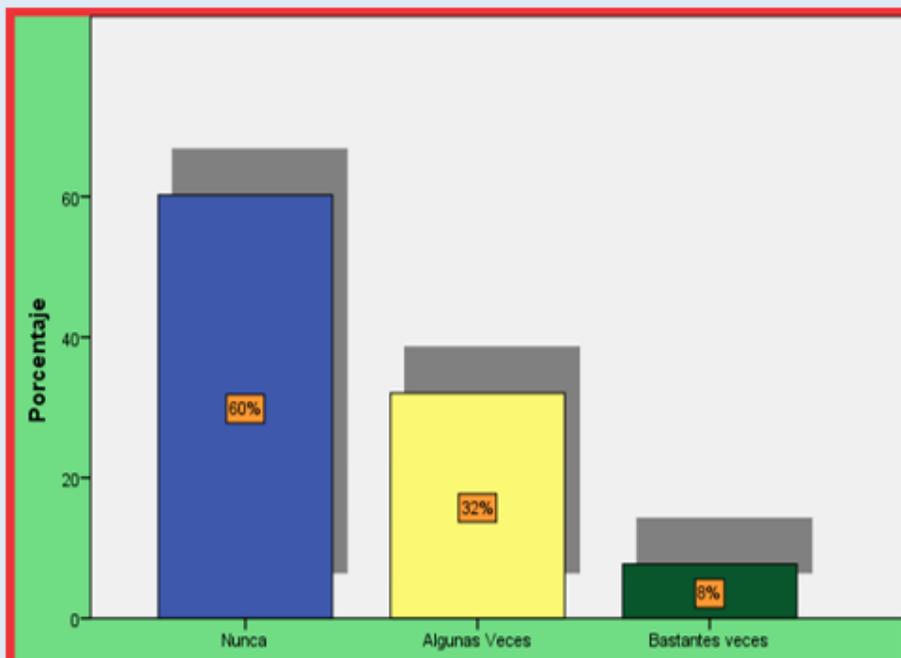


Fuente: Tabla No. 27

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 28

**Agitación psicomotora presentado en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015**

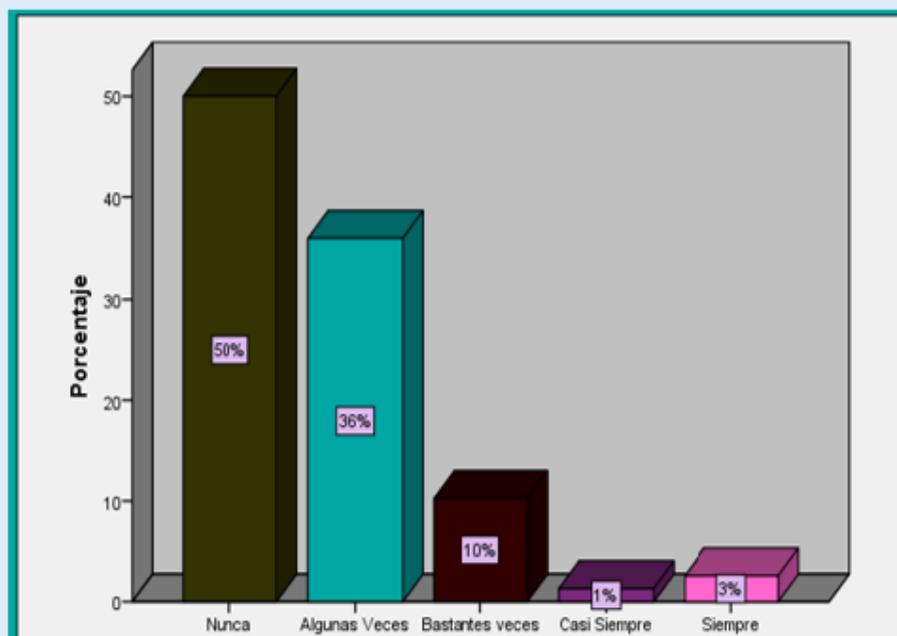


Fuente: Tabla No. 28

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 29

**Ansiedad psíquica presentada en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015**

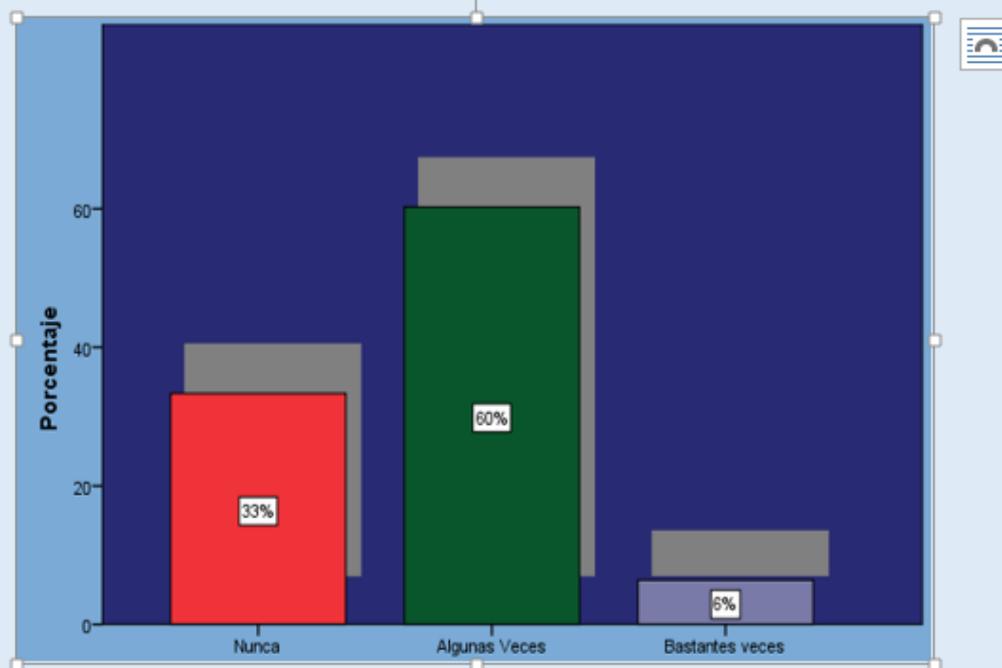


Fuente: Tabla No. 29

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 30

**Ansiedad somática presentada en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015**

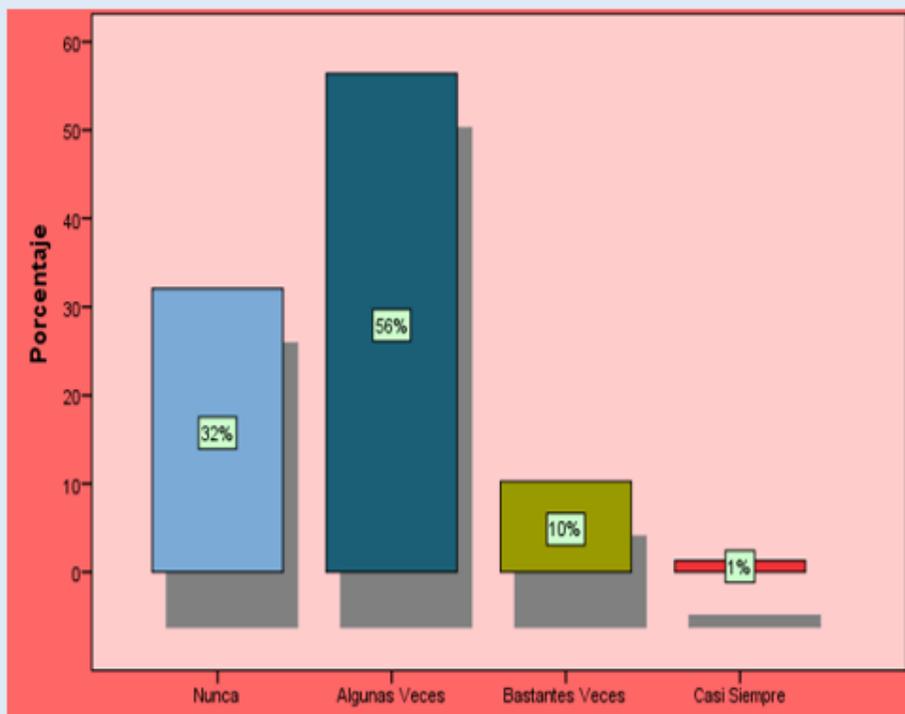


Fuente: Tabla No. 30

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 31

Síntomas somáticos generales en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015

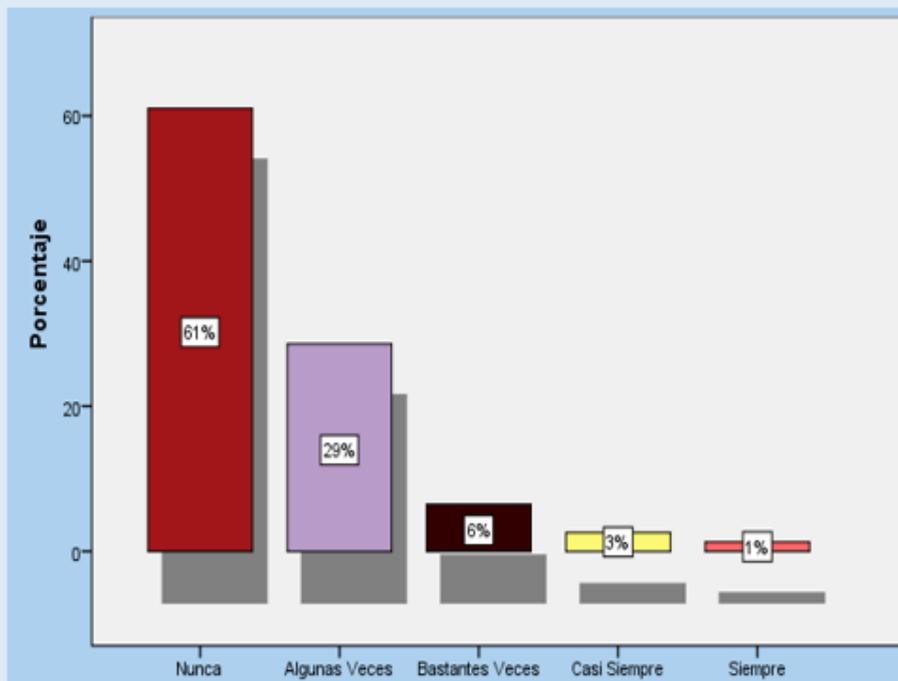


Fuente: Tabla No. 31

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 32

**Hipocondría presentada en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015**

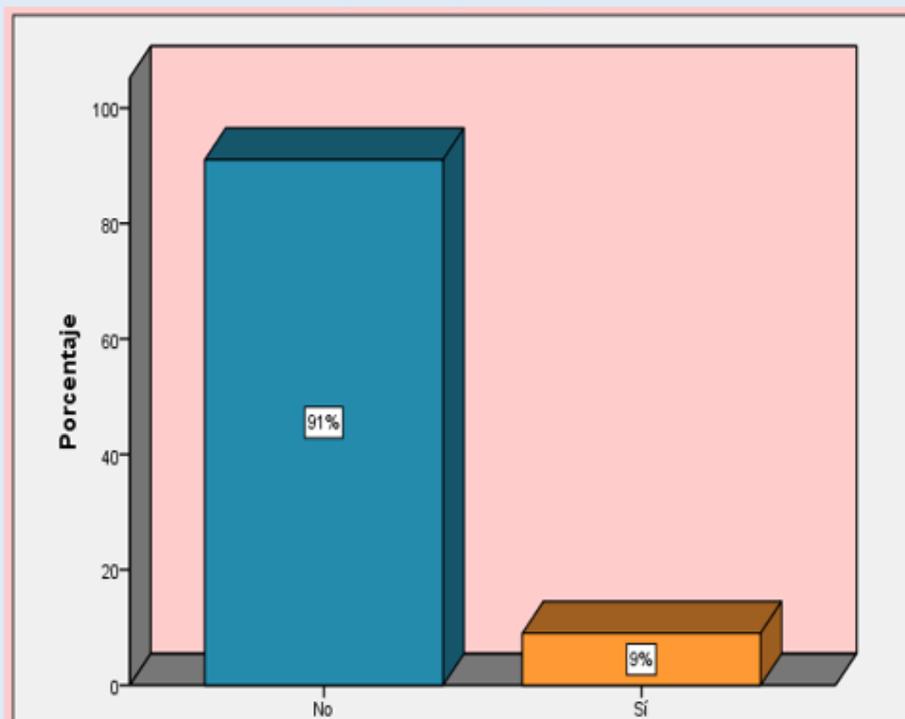


Fuente: Tabla No. 32

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 33

**Pérdida de peso en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015**

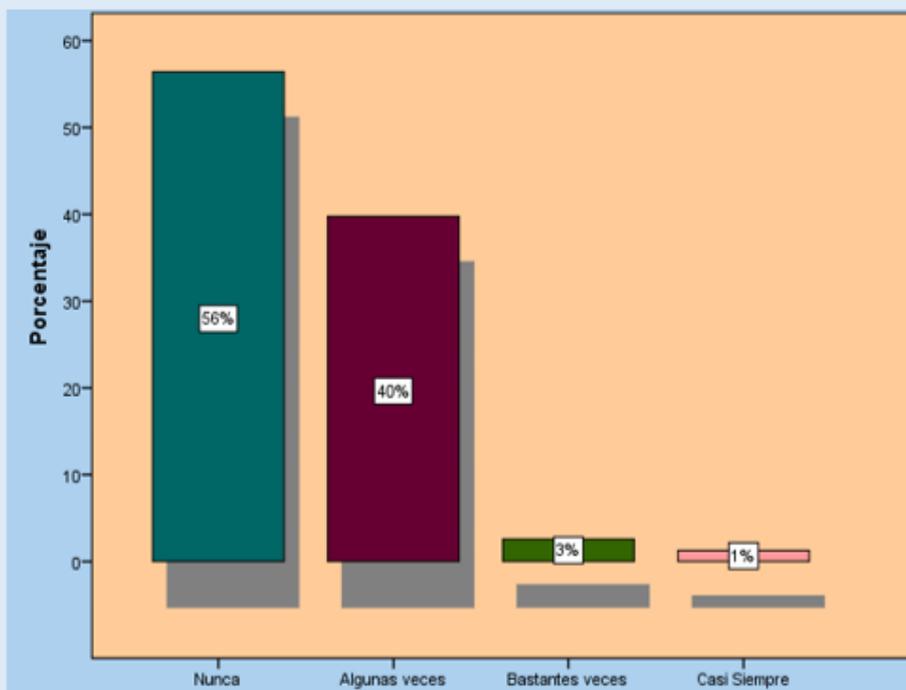


Fuente: Tabla No. 33

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 34

**Introspección en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015**

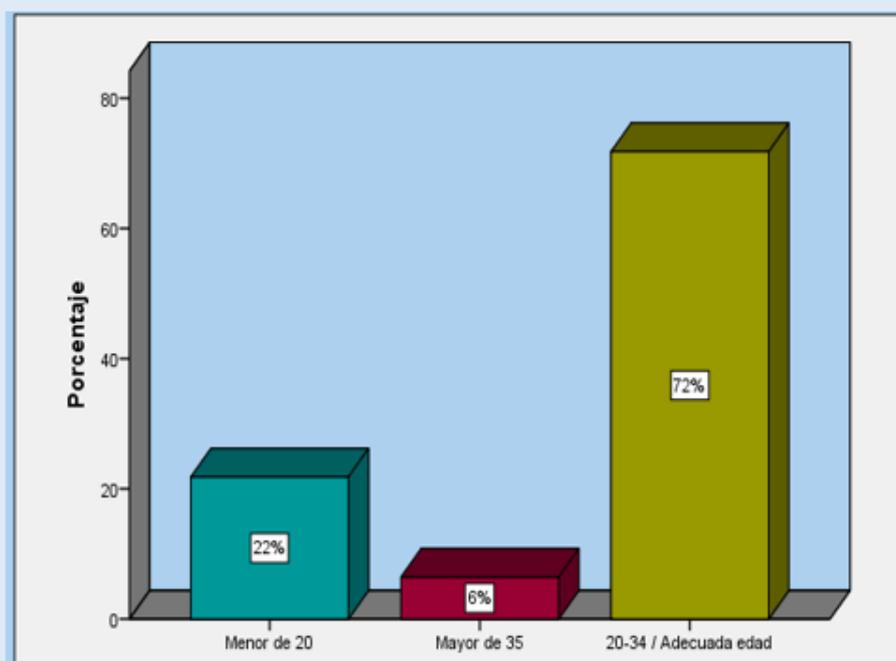


Fuente: Tabla No. 34

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 35

**Edad como factor de riesgo de ansiedad y depresión en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015**

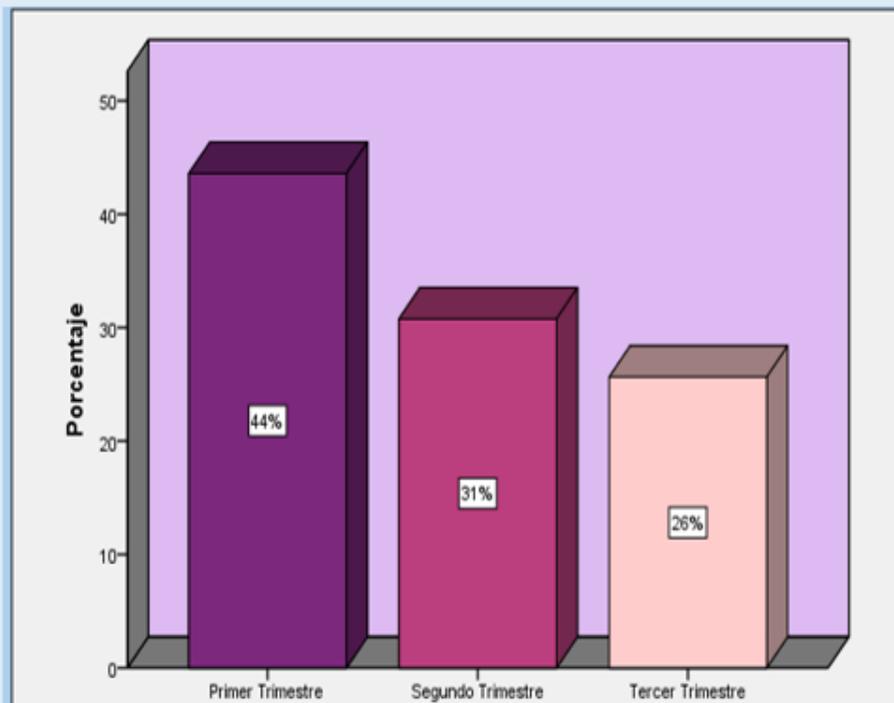


Fuente: Tabla No. 35

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 36

Trimestre de embarazo en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el periodo de Octubre-Noviembre 2015



Fuente: Tabla No. 36

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 37

**Paridad de las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015**

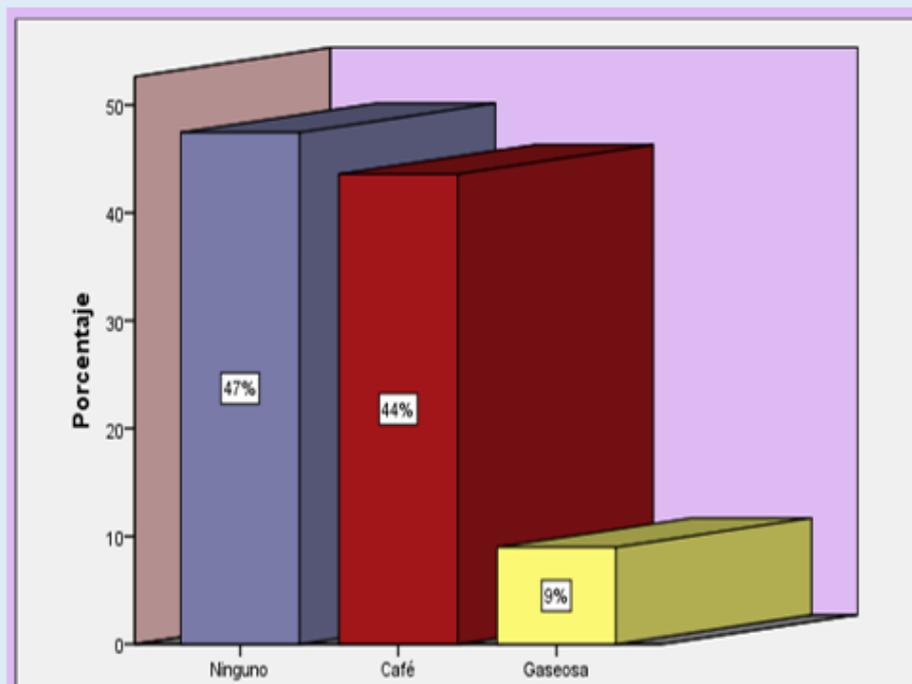


Fuente: Tabla No. 37

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 38

Edad de las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015

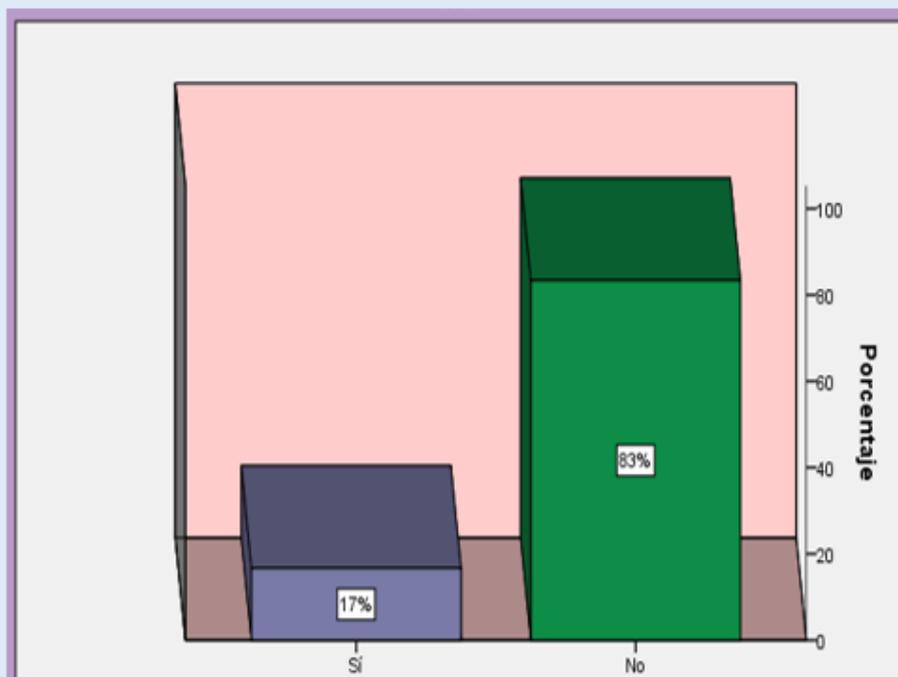


Fuente: Tabla No. 38

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 39

**Planificación del embarazo en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015**

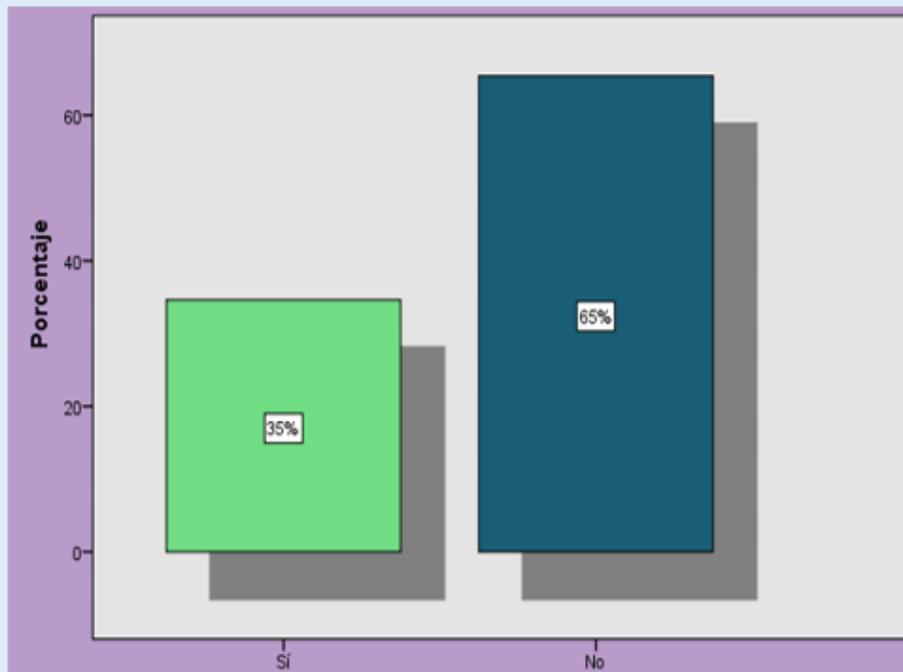


Fuente: Tabla No. 39

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 40

**Discusiones con la pareja de las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015**

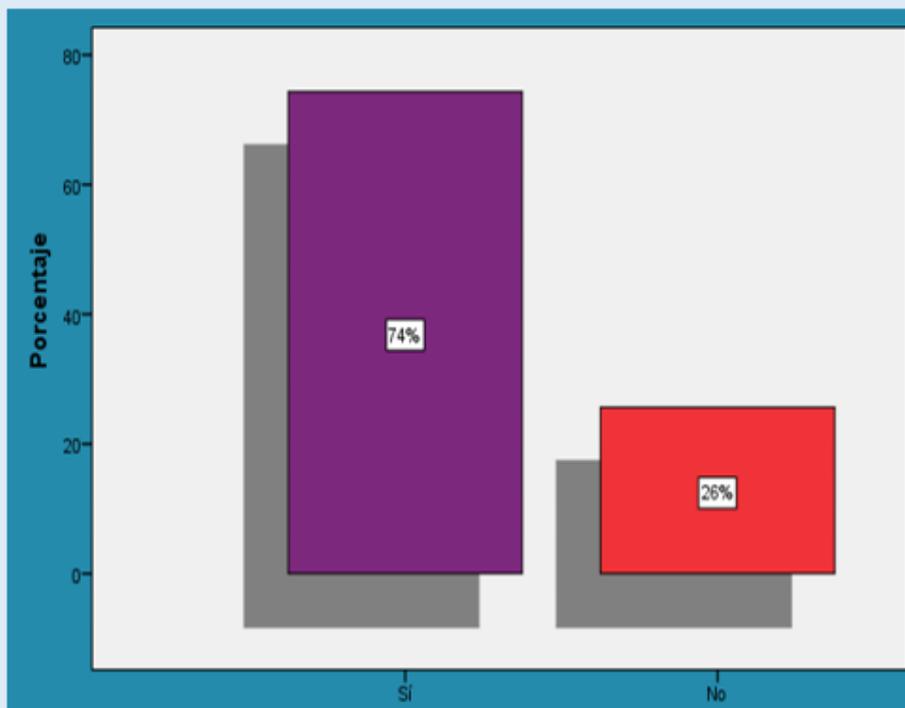


Fuente: Tabla No. 40

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 41

**Apoyo familiar en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015**

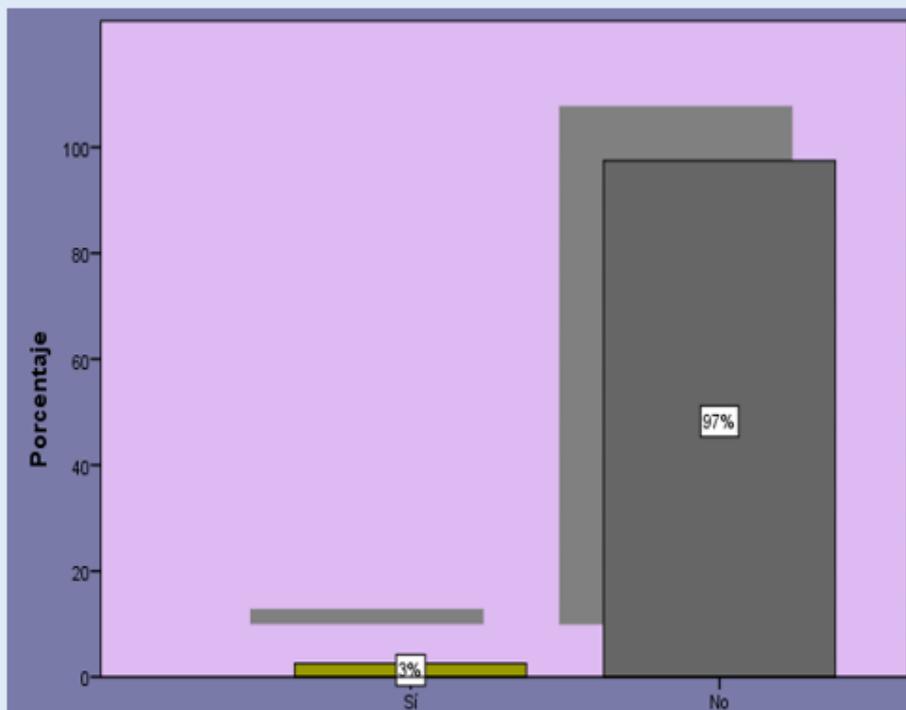


Fuente: Tabla No. 41

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 42

**Antecedentes de Aborto en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015**

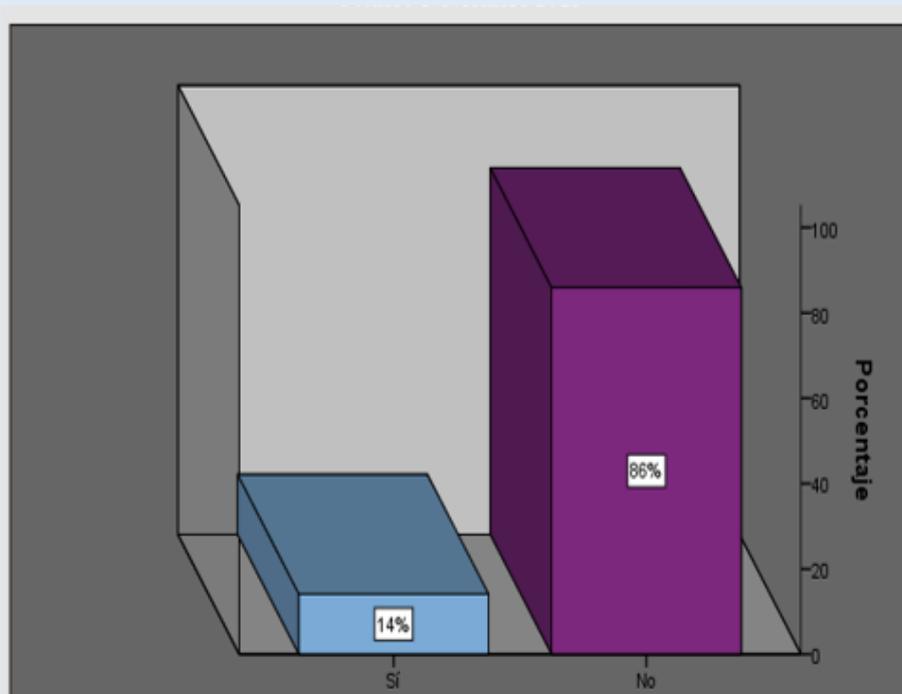


Fuente: Tabla No. 42

\*n=78 pacientes

**Gráfico No. 43**

**Presencia de enfermedades crónicas en las usuarias embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015**

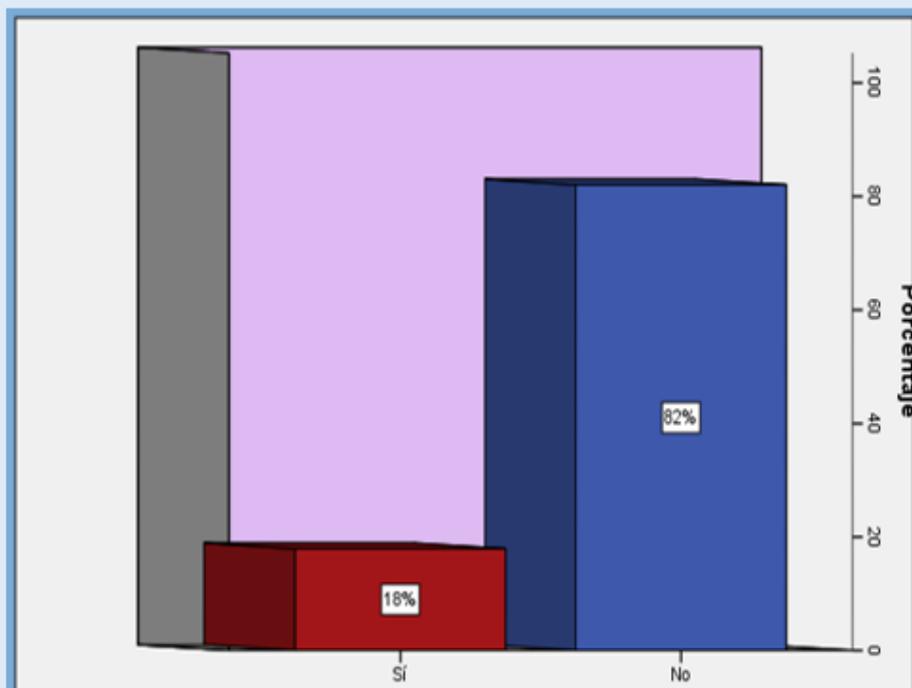


Fuente: Tabla No. 43

\*n=78 pacientes

Gráfico No. 44

**Acontecimiento estresante durante el embarazo en las usuarias que acuden a control prenatal en el Centro de Salud de Villa Libertad en Managua, Nicaragua en el período de Octubre-Noviembre 2015**



Fuente: Tabla No. 44

\*n=78 pacientes