

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



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

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS COMO FACTORES DE RIESGO DE
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL DE APOYO II –
SULLANA EN LOS AÑOS 2019 - 2020**

AUTOR: MARIO RAUL CLEMENTE ORTIZ ACHA

ASESOR: DR. FERNANDO CRUZ DIOSES

PIURA – PERÚ

2020

MIEMBROS DEL JURADO

DR
PRESIDENTE

DR.
SECRETARIO

DR.
VOCAL



Agradezco a Gonzalo, Sixto, América Y Lady por apoyarme y estar conmigo estos años de universidad y en especial en estos últimos meses, mejores amigos no puedo tener. A Valeria por ser mi apoyo emocional, ayudarme a seguir adelante a pesar de la dificultad de las cosas. Finalmente a mi Mama y familia por estar siempre conmigo con su amor incondicional.



TITULO ESPAÑOL: ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS COMO FACTORES DE RIESGO DE AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL DE APOYO II – SULLANA EN LOS AÑOS 2019 - 2020

TITULO INGLES: ANXIETY, DEPRESSION AND STRESS AS RISK FACTORS OF PRETERM BIRTH THREAT AT HOSPITAL DE APOYO II – SULLANA IN THE YEARS 2019 - 2020

AUTOR: MARIO RAUL CLEMENTE ORTIZ ACHA

ASESOR: DR. FERNANDO CRUZ DIOSES

INSTITUCIÓN DE ESTUDIO: UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

CORRESPONDENCIA:

NOMBRE: MARIO RAUL CLEMENTE ORTIZ ACHA

DIRECCION: CALLE ESPINAR 378 - SULLANA

Teléfono: 943924442

Email: mortiza2@upao.edu.pe

RESUMEN

Objetivo: Establecer el riesgo Amenaza de Parto Pretermino con la triada Ansiedad-Estrés-Depresión en las gestantes de 16 a 40 años de la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana en los años 2019 - 2020

Metodología: Este estudio de casos controles prospectivo se incluyeron 72 pacientes con el diagnóstico de Amenaza de parto pretermino (APP) con sus respectivos controles. Se realizaron encuestas en vivo de 10 minutos, donde se recolectaron datos sociodemográficos y se contestó la encuesta Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21). Se utilizaron procedimientos de regresión logística multivariable para estimar las razones de probabilidades ajustadas (aOR) e Intervalos de confianza (IC) del 95%

Resultados: Se encontró que la madres con mayores síntomas de depresión (aOR=2.78), ansiedad (aOR=3.72) o estrés (aOR=5.47) eran las que presentaron amenaza de parto pretermino, contando con altos grados de significancia. Al estudiar las variables sociodemográficas se encontró que el trabajar está asociado con el parto pretérmino OR: 3.4 (P<0.01, IC:1.61-7.21). Otras variables no resultaron asociadas

Conclusión: Se encontró relación significativa entre la triada ansiedad depresión, ansiedad y estrés con la amenaza de parto pretermino. Las pacientes que trabajaban tienen mayores índices de patologías de salud mental además de estar asociado a mayor riesgo de APP.

Palabras Clave: Amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino, ansiedad, estrés, depresión.

SUMMARY

Objective: Establish the risk of Preterm Birth Threat with the Anxiety-Stress-Depression triad in pregnant women aged 16 to 40 years of the Gynecology and Obstetrics Unit of the hospital de apoyo II - Sullana in the year 2019 – 2020

Methodology: This prospective control case study included 72 patients diagnosed with Preterm Birth Threat (PBT) with their respective controls. 10-minute live surveys were conducted, where sociodemographic data were collected and the Depression, Anxiety and Stress Scale survey (DASS - 21) was answered. Multivariable logistic regression procedures were used to estimate adjusted odds ratios (aOR) and 95% Confidence Intervals (CI)

Results: It was found that the mothers with the highest symptoms of depression (aOR = 2.78), anxiety (aOR = 3.72) or stress (aOR = 5.47) were those who presented a threat of preterm birth, with high degrees of significance. When studying the sociodemographic variables, it was found that work is associated with preterm labor OR: 3.4 (P <0.01, CI: 1.61-7.21). Other variables were not associated

Conclusion:

A significant relationship was found between the triad anxiety depression, anxiety and stress with the threat of preterm birth. The patients who worked have higher rates of mental health pathologies in addition to being associated with a higher risk of PBT.

Keywords: preterm birth threat, preterm birth, anxiety, stress, depression.

1.- INTRODUCCIÓN:

Se considera Pretérmino a un nacimiento después de las 22 semanas pero antes de las 37¹ y donde en menores de 5 años es una de las principales causas de mortalidad, siendo, en América latina, el 42% de las muertes neonatales². En Perú el 7% de los nacimientos fueron pretermino en 2015, ese mismo año en Piura el 6% nacieron entre las semanas 32 – 36 además de un 1% aproximadamente presentaron edades gestacionales menores a 31 semanas¹. Actualmente se clasifica en indicado y espontaneo, el primero causado por enfermedades maternas, donde la que se presenta con mayor frecuencia en la región Piura es la preclampsia con signos de severidad junto con la eclampsia, o fetal, como por ejemplo, las bradicardias o taquicardias fetales, mientras que la segunda es el comienzo del labor de parto antes de las 37 semanas de causa multifactorial y de etiología heterogénea, por cual sigue en estudio¹². Este último inicio espontaneo de la labor, establecido como Amenaza de parto pretermino, será el motivo de estudio; el cual se define como la manifestación de contracciones uterinas dolorosas y regulares en intervalos de 10 minutos las cuales pueden ser demostrados semiológicamente o con instrumental tocográfico, junto a esto se le asocia modificaciones del cuello cervical^{26,27}. Iniciando como una APP, 1 en 10 mujeres que presentan trabajo de parto prematuro dan a luz dentro de un plazo de 7 días²⁶ mientras que las 9 restantes sus contracciones cesan espontáneamente. Normalmente el útero se encuentra en un estado quiescente, con una serie de hormonas y sustancias producidas durante el embarazo que mantienen los miocitos uterinos, con una muy baja capacidad contráctil y de respuesta frente a estimulantes (Progesterona, Relaxina, Gonadotropina corionica humana, etc.)⁴, Existen muchas teorías que explican cómo se desencadenan estas contracciones espontaneas como por ejemplo el estiramiento uterino por parte del feto al desarrollarse, y finalmente toda una cascada hormonal, que es la más asociada al parto prematuro. Esta última se explica de manera que detiene la quiescencia uterina y lo hace sensible a las sustancias uterotonicas⁴, esto lo hacen en primer lugar disminuyendo los receptores que causan el estado refractario del miocito (ejemplo los receptores Beta Adrenérgicos), segundo aumentan la

producción de receptores para sustancias uterotónicas (receptores de oxitócica), tercero aumentan la síntesis de canales de unión intercelular que son importante para la sincronía miométrial eléctrica y finalmente disminuye la síntesis de enzimas inhibitoras de uterotónicos (PGDH, Oxitocinasa, etc.)⁴ dentro de esa cascada hormonal, se resalta que una de las teorías más importantes es la de la síntesis de hormonas corticotropas por parte del feto a término para inducir el parto. Se ha encontrado que el 27% de las gestantes presenta cuadros de ansiedad³, y que existe correlación entre la tensión psíquica con el eje endocrino placentario/suprarrenal, que se postuló que puede ser una de las vías hacia el parto pretermino (PP)⁴, a lo que se le corrobora en 2 trabajos, uno realizado en Reino Unido el 2018 que afirma el aumento de Corticoides intrauterinos durante la gestación⁵ y otro en Estados Unidos donde encuentran asociación entre el aumento de la hormona liberadora de corticotropina y la patología estudiada⁶, que finalmente conllevan a un APP²⁶. Esto es importante porque la síntesis de hormonas corticotropas en teoría desencadena el inicio del trabajo de parto de 2 formas conocidas, en primer lugar aumentando la formación de sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA-S) lo cual aumenta la síntesis de estrógenos que contrarrestan el trabajo tocolítico de la progesterona⁴, y en segundo lugar los mismos corticoides actúan en el núcleo para sintetizar receptores uterotónicos y disminuir los receptores tocolíticos⁴. Diversos Trabajos en Perú, encontraron una significativa relación entre la ansiedad, depresión y estrés materno con el riesgo de PP^{2,7} con una posibilidad de ocurrencia para depresión (aOR=3.82), ansiedad (aOR=2.76) y estrés (aOR=11.07), todos con una alta significancia, al igual que una serie de trabajos latinoamericanos⁸ e internacionales^{9,10,11,12}. Además se ha encontrado que la ansiedad disminuye conforme aumenta la paridad^{13,14} pero se puede aumentar en multíparas cuando estas tiene antecedentes de un PP¹⁴. Otros problemas de salud mental como el estrés y la depresión fueron asociados también a esta patología obstétrica, con la primera patología se hayo un OD en un rango de 1.5 a 2 aproximadamente^{8,15} y con la segunda se encontró la asociación^{16,17} donde se muestra un OD en un rango de 1.3 a 5¹⁷. Y al saber la relación de salud mental con el parto pretermino demostrada por varios artículos^{2,9,10,11,12,14} se debe conocer que la teoría que los une es la activación

del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal fetal placentario humano y se considera que la activación prematura de este eje induce muchos casos de trabajo de parto prematuro⁴, se recalca esto porque en los casos de salud mental hay un aumento de estas hormonas lo cual puede desencadenar el parto antes de tiempo, se ha descrito que en la fisiopatología del estrés se basa en 2 puntos clave, primero al recibir el estresor este es analizado por estructuras del sistema nervioso central, que finalmente brindan una respuesta frente a ese estresor, la primera respuesta es la alerta donde el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, secreta catecolaminas a través de la medula suprarrenal causando los síntomas clásicos del estrés (taquicardia, temblores, aumento del estado de alerta, etc.) y la segunda respuesta es el aumento de la síntesis de corticoides para mantener el flujo de glucosa a los órganos para mantener el estado de alerta²⁹. En esto último se basa la teoría de salud mental con PP ya que una paciente con esas características se activara el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal estimulando así el inicio de parto prematuro⁴ lo cual es avalado por evidencia que encuentra la relación de estas hormonas y el PP^{5,6}.

Aún no se conoce la Fisiopatología ni mecanismos exactos de cómo esta relación puede influir en la duración del parto y hasta el día de hoy hay muchas dudas sobre la relación entre estas patologías⁴ aunque en estos últimos tiempos están surgiendo artículos que afirman esta asociación aún existen algunos que la rechazan¹⁸ y hasta que los mecanismos fisiopatológicos sean establecidos y comprobados no habrá respuesta fija a esa pregunta. En el mismo ámbito de las enfermedades de salud mental se desconoce cuáles son las causas más comunes que originan estas patologías, al menos reconocer la de nuestro medio para saber que combatir de raíz para solucionar este problema, lo cual compararemos con los datos hallados en investigaciones internacionales, y a la vez se desconoce cuál es la patología mental que más afecta a la población piurana, aunque aquí investiguemos las 3 más comunes, faltan estudios que investiguen a profundidad el abanico de padecimientos psicológicos y psiquiátricos que pueden tener repercusión en muchas especialidades médicas, en especial

en este caso la ginec obstetricia donde peligra la vida tanto materna como fetal. Entre otras incógnitas esta si existe un tratamiento eficaz ni estudios que corroboren esto, en estudio canadiense se dieron resultados conflictivos sobre el tratamiento antidepresivo y PP, pero se llegó a la conclusión de que las pacientes con depresión sin tratamiento tenían mayor riesgo de esta patología (OD: 1.96)¹⁹. Existe un vacío de información en la región por que los investigadores más se enfocan en las otras causas de esta patología dejando de lado la salud mental como factor^{20, 21}, porque además en nuestro país falta que las personas estemos más conscientes respecto a la salud mental como problema serio, porque muchos y hasta profesionales de la salud no le dan la importancia debida. Se han hecho estas investigaciones en lima (con un 6.5% de partos pretermino¹) donde se ha encontrado relación, pero aún no existen este tipo de estudios para comprobar si hay relación en regiones descentralizadas y mucho menos en nuestra población de Piura (Con un 7.2% de PP¹). Finalmente existen muy pocos estudios sobre la amenaza de parto, la mayoría se basa en estudiar a la madre cuando ya ha dado a luz lo cual puede crear sesgo, porque muchas pacientes llegan con esta problemática y muchas son dadas de alta por remisión del problema, y finalmente no terminan en parto y no son estudiadas, perdiéndose muchos datos que no ayudarían a comprender la razón del inicio de parto antes de tiempo.

Junto con esto se averiguara la frecuencia de ansiedad, depresión y estres materno en las gestante en nuestra región, ya que como país en vías de desarrollo deben existir mayores probabilidades de patología mental, que como sabemos existen un gran vacío de información psiquiátrica en el norte del país²¹. A pesar de todo esto aún no se conoce si es que el tratamiento de la ansiedad mejoraría en algo el riesgo de PP, por lo que faltan estudios experimentales que puedan corroborar esta información. Es trascendente porque obtener esta información permitirá beneficiar a muchas pacientes que sufren de este padecimiento (Ansiedad materna²) tanto para que tengan una mejor calidad de vida como para prevenir las amenazas o trabajos de parto prematuros además de otros problemas neonatales asociados a estos problemas psiquiátricos en el embarazo como lo son el bajo peso al nacer,

talla baja, y un Apgar bajo²². Ya que la evaluación psicológica de la gestante no es parte del control prenatal en nuestro país y mucho menos en nuestra región. En esta investigación nos enfocamos en la APP, porque solo nos interesa buscar factores de riesgo para los PP espontáneos o esporádicos, ya que si investigamos solo los PP veremos que la gran mayoría son inducidos ya sea por patología fetal o materna, siendo esta su causa, mientras que los no inducidos la causa es netamente del complejo madre – feto, ¿y por qué no investigamos sobre los PP espontáneos?, porque no existen muchos, y la razón es porque todos estos pacientes inician como una APP, la cual es tratada normalmente con tocolíticos²⁸ evitando así el paso a PP, lo cual nos lleva a estudiar lo que es tanto abundante como el inicio de la problemática: El APP junto con el estado mental de la madre. Y al encontrar la asociación se hallará una nueva ayuda para prevenir las amenazas de parto prematuro, así evitando su progreso a PP que finalmente se asocia a la morbi-mortalidad en lactantes prematuros. A la vez para crear conciencia sobre la salud mental en la gestante, que en nuestro medio es obviada²¹ y solo tratada en casos avanzados como crisis de ansiedad. Por lo tanto el objetivo de esta investigación será establecer la relación entre la ansiedad materna y el APP en hospital de Apoyo II como lugar para realizarla, ya que es referencia de muchos sectores del departamento y así tener una idea general en este sector. Se plantea el problema de investigación ¿La Ansiedad, depresión o estrés Materno, son un factor de riesgo para amenaza de parto pretérmino en las gestantes de 16 a 40 años de la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana en los años 2020?

1.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer el riesgo Amenaza de Parto Pretermino con la triada Ansiedad-Estrés-Depresión en las gestantes de 16 a 40 años de la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana en el año 2020

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar las variables sociodemográficas y su asociación con amenaza de parto de las gestantes de 16 a 40 años de la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana en el año 2020.
- Determinar si la depresión, ansiedad, estrés están asociadas con la amenaza de parto de las gestantes de 16 a 40 años de la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana en el año 2020.
- Determinar las características sociodemográficos de las gestantes de 16 a 40 años de la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana en el año 2020.
- Determinar la frecuencia de depresión, ansiedad y estrés con o sin parto pretermino de las gestantes de 16 a 40 años de la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana en el año 2020.

2.- MATERIAL Y MÉTODO:

2.1.- DISEÑO DE ESTUDIO: Analítico, prospectivo, transversal de fuente de información primaria, En concreto será un estudio con diseño casos y controles.

2.2.- POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO:

2.2.1.- Población: La población estará determinada por las pacientes gestantes de 16 a 40 años con diagnóstico de amenaza de parto pretermino de la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana en los años 2019 – 2020

2.2.1.1.- Criterios de Inclusión para casos:

- Gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino de la unidad de ginecología y obstetricia del hospital de II-2 de Sullana para casos
- Pacientes gestantes de 16 a 40 años
- Pacientes atendidas en el 2019 - 2020
- Pacientes gestantes menores de 37 semanas
- Gestantes con feto único
- Pacientes que desean participar en el estudio y firman el consentimiento informado

2.2.1.2.- Criterios de Inclusión para controles:

- Gestantes a término hospitalizadas en la unidad de ginecología y obstetricia del hospital de II-2 de Sullana para casos
- Paciente sin antecedentes de hospitalización previa
- Pacientes gestantes de 16 a 40 años
- Pacientes atendidas en el 2019 - 2020
- Pacientes sanas con parto a término o trabajo de parto a término para controles
- Gestantes con feto único
- Pacientes que desean participar en el estudio y firman el consentimiento informado

2.2.1.3.- Criterios de Exclusión:

- Pacientes fuera del rango de edad establecido
- Pacientes con inducción de parto por otras causas (preclampsia, Síndrome Hellp, etc.)
- Pacientes con feto menores de 22 semanas
- Pacientes con diagnóstico de embarazo múltiple, Polihidramnios, Hidrocefalia Fetal, Cervix cortó. Para casos
- Pacientes que no quieran participar y no aceptan firmar el consentimiento informado

2.2.2.- MUESTRA Y MUESTREO:

- **Unidad de análisis:** Encuestas aplicadas a gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino (casos) y gestantes a término sin antecedente diagnóstico de parto pretermino (controles) de la unidad de ginecología y obstetricia del hospital de II-2 de Sullana

- **Unidad de Muestreo:** Gestantes con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino (casos) y gestantes a término sin antecedente de diagnóstico de parto pretermino (controles) de la unidad de ginecología y obstetricia del hospital de II-2 de Sullana

- **Marco muestral:** Conjunto de encuestas aplicadas a la población de estudio

- **Método de elección:** No aleatorio por conveniencia

- **Muestra:** Estuvo conformada por 144 gestantes (72 casos y 72 controles) calculada con la fórmula de proporciones esperadas con el Epi Info con un índice de confianza de 99% Con una frecuencia de 6% reportada por Sanchez E. en el Boletín estadístico de nacimiento Peru: 2015, Ministerio de Salud. 2016

Population survey or descriptive study
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

Population size:	4046	Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
Expected frequency:	6%	80%	19	38
Acceptable Margin of error:	5%	90%	30	60
Design effect:	1.0	95%	43	86
Clusters:	2	97%	52	104
		99%	72	144
		99.9%	115	230
		99.99%	158	316

2.3.- PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

2.3.1 PROCEDIMIENTOS:

1. Se solicitaron los permisos correspondientes (Anexo N° 01)
2. Se aplicaron los criterios de selección establecidos previamente para la presente investigación para la selección de las gestantes de casos y controles
3. Se les entrego una ficha de recolección de datos para obtener la información sociodemográfica (Edad, estado civil, educación, etc.) (Anexo N°02)
4. Se aplicó la encuesta validada; Escala DASS 21, Para el recojo de información (Anexo N°03)
5. Se aplicó el cuestionario tipo entrevista a las pacientes que cumplieron los criterios de selección (Anexo N°04)

6. El STATA 11.0 statistical software en Excel se usó para crear la base de datos para el proyecto, lo que permitió tabular y analizar la información obtenida de ambos instrumentos.
7. Se creó la base de datos y se pasó al llenado de esta
8. Se comenzó el análisis de los datos obtenidos que cumplen con las variables expuestas anteriormente a través del programa STATA 11.0, donde se obtuvieron los resultados
9. Al obtener los resultados, se realizó la discusión pertinente, para finalmente reflexionar y se obtuvieron las conclusiones debidas, que están relacionadas con los objetivos planteados, logrando así una sustentación y validez para nuestra investigación.
10. Finalmente se redactó el informe final pasando a realizar la documentación para la obtención de jurado y posterior sustentación de la tesis

2.3.2 TÉCNICAS:

- a) **Modelo de Ejecución:** Aplicación de ficha de encuesta
- b) **Instrumento de Aplicación:** Cuestionario de recolección de datos

Técnica de recolección de datos validez y confiabilidad

Técnicas: La técnica que se utilizó fue una ficha de recolección de datos y una encuesta. Con la primera obtendremos los datos sociodemográficos, importantes para establecer estos como factores que pueden estar asociados o expliquen la presencia de la triada de patología mental (Ansiedad, Depresión y Estrés) en las pacientes encuestadas; con la encuesta (DASS-21) se tomaron los datos necesarios para determinar la asociación de Estrés Materno, ansiedad y depresión con Amenaza de Parto Pre término en las Gestantes de 16 a 40 años de la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana en el año 2020.

Instrumentos: Los instrumentos que se aplicaron fueron una ficha de recolección de datos y un cuestionario. Este último instrumento fue la

escala DASS-21 cuestionario que se empleó para determinar la asociación de Estrés Materno, ansiedad y depresión con Amenaza de Parto Pre termino en las Gestantes de 16 a 40 años de la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana en el año 2019 - 2020, que consta de 21 items valorados según la escala de Likert con puntajes de 0, 1, 2 y 3

La validez y confiabilidad

La escala DASS-21 DASS, por sus siglas en inglés Depression, Anxiety and Stress Scale (Escala de Depresión, ansiedad y estrés). Nos brinda la posibilidad de valorar tres patologías en una sola entrevista, con una alta validez según varias revisiones bibliográficas de diversos estudios publicados anteriormente alrededor del mundo; esta herramienta nos facilitaría con un acercamiento al objetivo de la investigación de una manera rápida y concreta.

La validez de esta encuesta, se ve con la comparación entre otras escalas como el Inventario de Ansiedad de Beck fue alta y muy significativas cuando se habla de la creación de este instrumento y también se ha visto que es útil frente a la población de habla hispana en algunos estudios (Antúnez & Vinet, 2011)²³. También se encontró que esta escala presenta una utilidad adecuada en personas jóvenes de 15 a 24 (Roman, Santibañez & Vinet, 2016)²⁴

2.4.- PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:

Con el cuestionario se obtuvieron 3 datos importantes de cada caso y control a través de una entrevista de unos 10 minutos de duración, los cuales son su grado de Ansiedad, Depresión y Estrés, en los casos que los pacientes con diagnostico establecido de Amenaza de Parto Pretermino a través de los Criterios de la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), y los controles que son pacientes gestantes a término sin patologías asociadas. Para el registro, almacenamiento y seguridad de los datos de la encuesta se utilizó el software Excel 2013, Se llenó el programa con los datos obtenidos de

todas la variables estudiadas en este trabajo, que con sus debidas técnicas se analizaron y procesaron para poder mostrarlos de manera más didáctica a través de gráficos y tablas facilitándonos el trabajo a la hora del análisis estadístico. Este trabajo de casos y controles utiliza 3 variables independientes y una resultado o dependiente por lo cual se hará un análisis multivariado utilizando un método de dependencia el cual fue la regresión logística multivariada la cual es una técnica estadística utilizada para analizar la relación entre una sola variable dependiente y varias independientes, para este análisis de datos se trabajó con el software STATA 11.0 statistical software considerando el valor de $p < 0.05$.

Finalmente con los datos de la ficha de recolección, se obtuvieron datos que nos ayudaran a comprender el tipo de población frente a la que nos encontramos, por lo cual se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas (en otras palabras, porcentajes), de forma más detallada el análisis de las variables numéricas se realizó a través de medidas de (desviación estándar, rango intercuartílico) y de tendencia central (como la media, mediana) para las categóricas.

2.5.- ASPECTOS ÉTICOS:

Se respetó en todo momento la confidencialidad de los encuestados, tomándose en cuenta las normas éticas sobre experimentación humana de la Declaración de Helsinki de 1975. Así mismo, se cuenta con un certificado quipu de conducta responsable en investigación por parte del autor.



2.6.- PRESUPUESTO: 2900.00 nuevos soles, el mismo que es autofinanciado

2.7.- LIMITACIONES: El presente trabajo de investigación presento algunas limitaciones ya que las pacientes no aceptaron participar en la investigación, dificultando un poco la muestra

3- Resultados:

Objetivo n° 01

Determinar las características sociodemográficos de las gestantes de 16 a 40 años de la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana en el año 2020.

Tabla 01. Características sociodemográficos de las gestantes de 16 a 40 años de la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana en el año 2020.

	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	
	SI (%)	NO (%)
Edad*	26.48 (0.8)	25.19(0.69)
Estado Laboral		
Trabaja	42(58.33)	21(29.17)
No Trabaja	30(41.67)	51(70.83)
Procedencia		
Urbano	15(20.83)	4(5.56)
Urbano Marginal	41(56.94)	50(69.44)
Rural	16(22.22)	18(25)
Estado Civil		
Soltera	5(6.94)	6(8.33)
Casada	16(22.22)	14(19.44)
Conviviente	50(69.44)	52(72.22)
Separado	1(1.39)	0(0)
Nivel de educación		
Sin educación	1(1.39)	0(0)
Primaria	10(13.89)	15(25)
Secundaria	48(66.67)	42(58.33)
Superior	13(18.06)	12(16.67)
Tipo de trabajo		
Ama de casa	33(45.83)	48(66.67)
Independiente	28(38.89)	18(25)
Trabajo técnico	6(8.33)	4(5.56)
Trabajo Profesional	5(6.94)	2(2.78)
Paridad		
Primer hijo	22(30.56)	31(43.06)
2 hijos	21(29.17)	22(30.56)
3 – 6 hijos	29(40.28)	18(25)
> 6 hijos	0(0)	1(1.39)
Embarazo Panificado		
Si	24(33.33)	29(40.28)
No	48(66.67)	43(59.72)

Fuente: encuesta aplicada

Se incluyeron en el estudio 144 estudios de los cuales 72 fueron casos y 72 controles pareados por edad. Para los casos el 58.33% de las pacientes trabaja en comparación contra el 29.17% de los controles. El lugar de procedencia

predominante para ambos grupos fue el urbano marginal con un 56.94% y 69.44% respectivamente. Por otro lado el estado civil predominante fue el conviviente y el nivel educativo el secundario. Estos resultados se muestran en la **Tabla 01**.

Objetivo N° 02

Determinar las variables sociodemográficas y su asociación con parto de las gestantes de 16 a 40 años de la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana en el año 2020.

Tabla 02. Variables sociodemográficas y su asociación con parto de las gestantes de 16 a 40 años de la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana en el año 2020.

	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		p	OR (IC95%)
	SI (%)	NO (%)		
Edad				
Menos 21 años	18(25)	17(23.61)	0.84	1.07(0.46-2.48)
Más de 21 años	54(75)	55(76.39)		
Estado Laboral				
Trabaja	42(58.33)	21(29.17)	P<0.01	3.4(1.61-7.21)
No Trabaja	30(41.67)	51(70.83)		
Procedencia				
Urbano Marginal	41(56.94)	50(69.44)	0.11	0.58(0.27-1.21)
Otros	31(43.06)	22(30.56)		
Estado Civil				
Soltera	5(6.94)	6(8.33)	0.75	0.82(0.18-3.4)
Casada	67(93.06)	66(91.67)		
Nivel de educación				
No superior	59(81.94)	60(83.33)	0.82	0.9(0.34-2.35)
Superior	13(18.069)	12(16.67)		
Paridad				
Primer hijo	22(30.56)	31(43.06)	0.11	0.58(0.27-1.21)
2 hijos	50(69.44)	4(56.94)		
Embarazo Panificado				
Si	24(33.33)	29(40.28)	0.38	0.74(0.35-1.54)
No	48(66.67)	43(59.72)		

Fuente: Encuesta aplicada

Al estudiar las variables sociodemográficas se encontró que el trabajar está asociado con el parto pretérmino OR: 3.4 (P<0.01, IC: 1.61-7.21). Otras variables no resultaron asociadas. Estos resultados los observamos en la **Tabla 02**.

OBJETIVO N° 03

Determinar si la depresión, ansiedad, estrés están asociadas con parto de las gestantes de 16 a 40 años de la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana en el año 2020.

Tabla 03. Depresión, ansiedad, estrés y su asociación con parto de las gestantes de 16 a 40 años de la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana en el año 2020.

	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO		p	OR (IC95%)
	SI N(%)	NO (%)		
Depresión				
Si	57(79.17)	45(62.5)	0.02	2.28(1.02-5.17)
No	15(20.83)	27(37.5)		
Ansiedad				
Si	63(87.5)	47(65.28)	0.01	3.72(1.49-9.86)
No	9(12.5)	25(34.72)		
Estrés				
Si	41(56.94)	14(19.44)	P<0.01	5.47 (2.45 – 12.4)
No	31(43.06)	58(80.56)		

Fuente: Encuesta aplicada

Con respecto a las variables de depresión esta se encontró asociada con el parto pretermino OR: 2.28 (P<0.02, IC .02-5.17). La ansiedad también se encontró asociada OR: 3.72 (P=0.01, IC 1.49 – 9.86) Finalmente el estrés también constituyo un factor asociado a parto pretermino OR: 5.47 (P<0.01, IC 2.45-12.4). Estos resultados se muestran en la **Tabla 03**.

Objetivo N° 04

Determinar la frecuencia de depresión, ansiedad y estrés con o sin parto pretermino de las gestantes de 16 a 40 años de la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana en el año 2020.

Tabla 04. Depresión, ansiedad y estrés de las gestantes de 16 a 40 años de la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana en el año 2020.

	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	
	SI (%)	NO (%)
Depresión	57(79.17)	45(62.5)
Ansiedad	63(87.5)	47(65.28)
Estrés	41(56.94)	14(19.44)

Fuente: Encuesta aplicada

Figura 01. Depresión de las gestantes de 16 a 40 años de la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana en el año 2020.

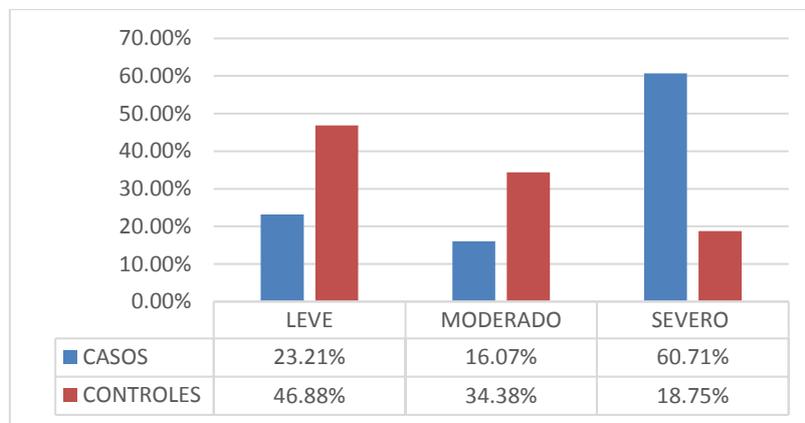


Figura 02. Ansiedad de las gestantes de 16 a 40 años de la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana en el año 2020.

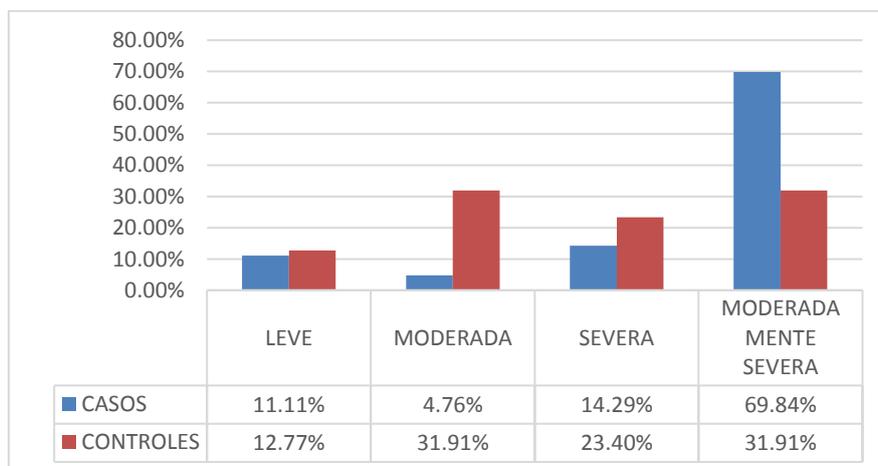
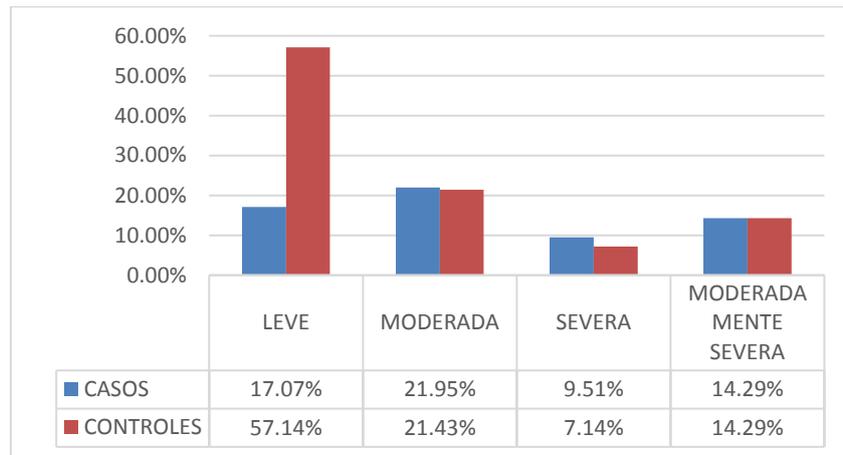


Figura 03. Estrés de las gestantes de 16 a 40 años de la unidad de ginecología y obstetricia del Hospital de Apoyo II – Sullana en el año 2020.



En lo que respecta a la depresión esta estuvo presente en 79.17% de los casos y 62.5% de los controles. Los grados de depresión para cada grupo se detallan en la **Figura 01**. Por otro lado la ansiedad se presentó en el 87.5% de los casos y 65.28% de los controles. En la **Figura 02** se detallan los grados de ansiedad y finalmente en cuanto al estrés, este se presentó en el 56.94% de los casos y 19.44% de los controles. Ver **Tabla 04 y Figura 03**.

4- DISCUSIÓN:

Se incluyó en el estudio 144 pacientes entrevistadas, donde 72 se usaron para casos al presentar en su historia clínica el diagnóstico de APP, descartando causas ya establecidas como polihidramnios, Hidrocefalia, embarazo gemelar, etc. Porque se quería investigar las causas de las amenazas idiopáticas, por que como se sabe si estas no son tratadas terminan desembocando un parto pretermino espontaneo, lo cual es lo queremos evitar conociendo posibles causas y atacar el problema de raíz. Se encontró que la madres con mayores síntomas de presentar depresión (aOR=2.78), ansiedad (aOR=3.72) o estrés (aOR=5.47) eran las que presentaron amenaza de parto pretermino, contando con altos grados de significancia apreciados en la tabla 04, lo cual se relaciona con los resultados encontrados por Sixto E. Gabriella C. que son: depresión (aOR=3.82) ansiedad (aOR=2.76) estrés (aOR=11.07). Donde podemos observar que entre los 2 primeros existe una similitud, mientras que el tercero se asemeja en el sentido que ambos son los que más riesgo generan, pero en el otro trabajo el riesgo es mucho mayor que en el nuestro, en otra comparación de un revisión sistemática hecha por Aleksandra S. Fiona B. con más de 82 artículos respecto al tema, se encontraron los siguientes valores: Depresión (OR 1.13 to 3.93), Ansiedad (1.48 and 2.73) y estrés (OR 1.14) donde encontramos que al igual que el anterior tanto la depresión como ansiedad tienen resultados similares, pero con respecto al estrés los resultados varían evidentemente, también hay que tener en cuenta que este Metaanálisis es de países tanto USA como países europeos como Francia Dinamarca etc. Lo cual se vuelve a comprobar en un artículo francés sobre factores asociados a parto prematuro redactado por E. Maisonneuve que nos muestra los siguientes rangos: 1,13 (IC 95 % 1,03—1,25) a 3,39 (IC 95 % 3,24—3,56) para la depresión, entre 1,48 (IC 95 % 0,96—2,28) a 2,73 (IC 95 % 1,03—7,23) para la ansiedad y 1,14 (IC 95 % 1,00—1,29) a 1,75 (IC 95 % 1,20—2,54) para el estrés. Con estos resultados podemos ver que las 3 patología tiene riesgo para la APP, pero el estrés materno es la que por un gran margen se dirige como lo principal causa aparentemente, por lo cual más estudios dedicados a esta patología son necesarios, lo más cercano que tenemos es un trabajo realizado en Colombia por parte de Roberth

O. y Alejandro C. donde se observa un OR de 2,55 (1,52-4,28) para el estrés materno con una alta significancia ($p < 0,01$)

Dentro de los datos sociodemográficos se han encontrado similitudes con otros trabajos del mismo ámbito, como por ejemplo la edad promedio de similar al de un trabajo colombiano (casos: $24,66 \pm 7,70$ controles: $26,44 \pm 6,86$)⁸ y a uno peruano (controles: 28.3 ± 6.5 casos: 28.2 ± 6.6)². Comparando con los trabajos realizados en Latinoamérica estos presentan junto con el actual que la población de gestantes $< 50\%$ trabajan, junto con esta información también se observa que más del 50% de embarazos son no planeados^{2, 8,3}. El resto de variables sociodemográficas son similares entre estudios además de no presentar significancia lo cual se evaluara en el siguiente párrafo.

De los datos encontrados de las gestantes podemos recalcar algunos que son de importancia porque pueden ser un factor de riesgo tanto para las enfermedades mentales establecidas como la desembocadura en una APP, primero observamos que la edad no tiene alguna significancia en el riesgo de dicha patología, al igual que en los demás artículos internacionales.

El estado laboral es la variable más importante de este grupo, en este caso tiene una alta significancia ($P < 0.01$) además de un OR de 3.4 (1.61-7.21) siendo que el trabajo es una riesgo para desarrollar parto pre termino lo cual puede ser la fuente en este caso del estrés que es lo más relevante en esta investigación además de las otras 2 patología, pero esto contrasta con otros artículos latinoamericanos que no muestran significancia^{2, 8}. Pero lo más resaltante es que al compararlo con los países desarrollados hay una equivalencia inversa donde el trabajo es un factor protector como por ejemplo en Brasil se encontró con una significancia de ($p < 0.046$) con un OR de 0.53⁸. En Francia ocurre algo similar donde se encontró un OR = 0,86 (IC 95 % 0,81—0,91)⁹. La teoría que se plantea es que en nuestro país el estado laboral es secundario para muchas madres, las mujeres desempleadas tendrían prioridad en velar por su familia, como muchas de ellas son criadas con esa mentalidad, además que una mujer que presenta trabajo tendría muchas más preocupaciones como sus hijos, el trabajo, los ingresos, la distribución de su tiempo, etc. Además de muchos ambientes de trabajos no cómodos para ella en este país con alto niveles de acoso y maltrato.

Y al compararse con los países del primero mundo, tal vez por un tema de educación, las mujeres aspiran a más y se sienten completas cuando están económicamente estables de manera independiente, lo cual en nuestra realidad es más limitado, se sugiere que este tema tenga una investigación más profunda, por ser tan amplio y complejo.

En cuanto a la procedencia en nuestra investigación, no se encontró significancia alguna, pero en algunos trabajos latinoamericanos si se resalta como factor de riesgo: En el trabajo realizado por Roberth O. y Alejandro C. se encontró un OR de 1,93 (1,15-3,22) con una significancia de $p < 0.01$ ⁸

La planificación familiar es un punto importante recalcando que en muchos trabajos este se encuentra como un factor de riesgo, ya que el tener un embarazo no deseado conlleva muchos problemas emocionales los cuales se ven afectados por un sin número de variables que podrían ser un tema de estudio futuro. Aunque en esta investigación se vio que la mayoría tenía un embarazo no deseado no fue significativo (0.38) como factor de riesgo pero se contrasta con los estudios de nuestros países vecinos al igual que nacionales: en Perú se encontró que la no planificación familiar es un factor de riesgo para parto pretermino con una significancia de $p < 0.001$, en Colombia se encontró un OR de 2,66 (1,47-5,01) con una significancia de $p < 0.01$ y finalmente Brasil con una significancia de $p < 0.018$.

El número de hijos se llegó a comprobar que no es un factor de riesgo para APP y esto se compara con otros estudios como el de 13. García, M., Martínez, A., & Ulla, S. Análisis de la relación entre riesgo gestacional y ansiedad materna, que dice que el APP se asocia más a nuliparidad que a multiparidad¹².

El resto de datos sociodemográficos se encuentra de manera similar en otros estudios sin alguno como factor de riesgo con significancias mayores a 0.5, al igual que en nuestro estudio.

Finalmente en los datos obtenidos de los niveles de estrés depresión y ansiedad, se puede observar que ambas partes tanto casos como controles presentan porcentajes no muy lejanos de presentar estas patologías, al menos en ansiedad y depresión, pero al ver os niveles se observa que la categorías de moderado a

leve son iguales o que los controles presentan más las patologías, pero en los rubros de severo a extremadamente severo, los casos presentan la mayor presencia. El estrés es la única patología que presenta una alta asociación a la APP, por lo cual este podría asumirse ser la principal causa asociada a esta patología, por lo cual mayores estudios se recomiendan.

Limitaciones presentes en este trabajo en primer lugar se encuentra la veracidad de los diagnósticos en el hospital por qué no el 100% presentaba un monitoreo materno fetal acompañante confirmando la patología. La subjetividad de las encuestas puede crear un margen de error porque las pacientes pueden interpretarte las preguntas de diferente manera, la mayoría de veces por un nivel de educación inferior, o simplemente dar una respuesta muchas veces no realmente correcta por muchos factores externos, como vergüenza o presión familiar. La ausencia de algunos datos importantes como raza, ingresos, control prenatal, curso psicoprofilactico, entre otros. Finalmente recalcar que Los puntajes individuales de DASS no definen las intervenciones apropiadas. Deben usarse en conjunto con toda la información clínica disponible para determinar el tratamiento apropiado para cualquier individuo.

La utilidad de este trabajo es demostrar el gran problema de salud mental que presenta nuestra población, que se demuestra en las pacientes gestantes y se observa cómo repercute en la morbilidad perinatal al ser un factor de riesgo para APP/PP. Se sabe que la causas de PPE es un misterio pero como se encontró que la salud mental puede desencadenar uno, tenemos que atacar ese problema de raíz y así tal vez se pueda reducir la frecuencia de esta patología y establecer la salud mental como una de sus causas. Finalmente la salud mental es algo de gran importancia en estos tiempos y que cualquiera que las padezca reciba la ayuda necesaria, principalmente en nuestras gestantes para que su embarazo no sea un etapa más pesada de lo que debería ser y así evitar que eso repercuta en el recién nacido.

5. CONCLUSIONES:

- Se encontró relación significativa entre la triada ansiedad depresión, ansiedad y estrés con la amenaza de parto pretermino
- El estrés es la patología con mayor riesgo asociado a la amenaza de parto pretermino
- La mayoría de las gestantes provienen de áreas urbano marginales, no trabajan, poseen pareja, estudiaron hasta nivel secundaria y sus embarazos no fueron planeados
- La edad no es un factor de riesgo para APP
- Las pacientes que trabajaban tienen mayores índices de patologías de salud mental además de estar asociado a mayor riesgo de APP
- La procedencia, la educación y el estado civil no mostraron asociación a la APP
- La paridad a pesar de la teoría, no demostró ser un factor de riesgo para APP
- La no planificación familiar no fue un riesgo para desarrollar APP, a pesar de la discrepancia con la bibliografía
- Más de la mitad de pacientes gestantes presenta rasgos de estrés, depresión o ansiedad, pero mientras más severo mayor relación con APP
- En los países desarrollados se encontró que el trabajo es un factor protector para el parto pretermino lo cual hace contraste con nuestros hallazgos

6- RECOMENDACIONES:

- Como se observa en este estudio muchas de las pacientes que ingresan a este nosocomio así no tengan patología asociada, presentan problema de salud mental, se recomienda comenzar a ampliar la observación por parte del personal de psicología para poder tratar estas patologías que son ignoradas normalmente, así podríamos evitar que alguna gestante que ingrese al hospital desarrolle una APP que sin el tratamiento adecuado puede acabar en un parto pretermino
- En los controles prenatales, se sugiere que las pacientes sean observadas por un/a psicóloga, para detectar estas patologías, dar tratamiento y evitar así que terminen en un Parto pretermino.
- Pacientes que son dadas de alta con Amenaza de parto pretermino remitida, deberían ir con al menos una cita por consultorio de psicología o al menos con consejería sobre ese tema.
- Se recomienda mayores estudios respecto al tema explorando otros factores sociodemográficos que estuvieron ausentes durante esta investigación
- Hacer hincapié en futuras investigaciones sobre la planificación familiar, el trabajo y la procedencia, ya que en estos ámbitos los resultados obtenidos discrepan con la bibliografía
- Realizar trabajos enfocados en el estrés materno ya que en esta investigación y otras bibliografías se hayo que era el factor con mayor riesgo para desarrollar APP
- Realizar trabajos nuevos donde se puedan comparar los outcomes de gestantes que reciben tratamiento psicológico para notar si los cambios corroboran que esta relación es cierta

7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Referencias bibliográficas

1. Sanchez E. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015, Ministerio de Salud. 2016
2. Sanchez, S., Puentes, G., Atencio, G., & Qiu, C. Risk of Spontaneous Preterm Birth in Relation to Maternal Depressive, Anxiety and Stress Symptoms. *J Reprod Med*. 2013; 58(0):25–33.
3. Silva, M., Alves, D., & Clapis, M. Ansiedad en el embarazo: prevalencia y factores asociados, *Rev Esc Enferm USP* 2017; 51:e03253
4. Bloom, S., Cunningham, F., Hauth, J., Leveno, K., Rouse, D. and Spong, C. (n.d.). *Williams obstetricia*. 24th. México D.F. (México): McGraw Hill; 2015
5. Deuschle, M., Hendlmeier, F., & Witt, S. Cortisol, cortisone, and BDNF in amniotic fluid in the second trimester of pregnancy: Effect of early life and current maternal stress and socioeconomic status, Cambridge University Press. 2018
6. Latendresse G, Ruiz R. MATERNAL CRH AND THE USE OF SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS INDEPENDENTLY PREDICT THE OCCURRENCE OF PRETERM BIRTH. *J Midwifery Womens Health*. 2012;56(2):118–126.
7. Serrano-Villa, S., Campos-Gayturo, P., & Carreazo, N. Asociación entre la ansiedad materna y el parto pretérmino en Lima, Perú, *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2016; 42(3)
8. Ortiz, B., & Castillo, A. Relación entre estrés durante el embarazo y nacimiento pretérmino espontáneo, *rev colomb psiquiat*. 2016; 45(2):75–83
9. Maisonneuve, E. Mode de vie et règles hygiénodietétiques pour la prévention de la prématurité spontanée chez la femme enceinte asymptomatique, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2016; 45:1231—1246
10. Rose, M., Pana, G., & Premji, S. Prenatal Maternal Anxiety as a Risk Factor for Preterm Birth and the Effects of Heterogeneity on This

Relationship: A Systematic Review and Meta-Analysis, BioMed Research International. 2016

11. Ding X, Wu Y, Xu S, Zhu R, et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Affective Disorders*. 2014;159:103–110.
12. Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth*. 2015.
13. García, M., Martínez, A., & Ulla, S. Analisis de la relacion entre riesgo gestacional y ansiedad materna, *Prog Obstet Ginecol*. 2010; 53(7):273—279
14. Wheeler S, Maxson P, Truong T, Swamy G. Psychosocial Stress and Preterm Birth: The Impact of Parity and Race. *Maternal and Child Health Journal*. 2018.
15. Seravalli L, Patterson F, Nelson D. Role of Perceived Stress in the Occurrence of Preterm Labor and Preterm Birth Among Urban Women. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2014;59(4):374-379.
16. Grote N, Bridge J, Gavin A, Melville J. et al. A Meta-analysis of Depression During Pregnancy and the Risk of Preterm Birth, Low Birth Weight, and Intrauterine Growth Restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(10):1012–1024.
17. Szegda K, Markenson G, Bertone-Johnson E, Chasan-Taber L. Depression during pregnancy: a risk factor for adverse neonatal outcomes? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2013;27(9):960-967.
18. Aguilera, N., Vega, G., & Montañes, A. Riesgo de Trabajo de parto pretérmino espontáneo y su relación con estrés y ansiedad, *Index Enferm (Gran)*. 2014; 23(1-2):21-25
19. Jarde A, Morais M, Kingston D, Giallo R, MacQueen G, Giglia L et al. Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without Depression. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(8):826.

20. Escobar B, Darinel L, Martínez H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017;55(4):424-8.
21. Purizaca, N., Ramos, E., & Melendres, N. Prioridades de investigación en salud en tesis de medicina de la universidad nacional de Piura, *Horiz Med.* 2016; 16(2):49-53
22. Hasanjanzadeh P, Faramarzi M. Relationship between Maternal General and Specific-Pregnancy Stress, Anxiety, and Depression Symptoms and Pregnancy Outcome. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2017;11(4):VC04-VC07.
23. Antúnez, Z., & Vinet, E. (2011). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS – 21): Validación de la Versión Abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 50-51.
24. Román F, Saltibañez P, Vinet E. Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *ACTA DE INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA.* 2016; 6(1):2325 - 2336.
25. Paul, K., Gracia, P., Manhart, L., & Holmes, K. Partner- and partnership-related risk factors for preterm birth among low-income women in Lima, Peru, *Social Science & Medicine* 2009 ; 68:1535–1540
26. Pacheco Romero J. Parto pretérmino, avances y retos. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2018;64(3):393-397
27. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Trabajo de parto prematuro y parto prematuro.
28. HOSPITAL CLÍNIC- HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU- UNIVERSITAT DE BARCELONA. (2016). PROTOCOLO: Amenaza de Parto Pretérmino. Barcelona.
29. Cobo, T., Ferrero, S., & Palacio, M. (2016). PROTOCOLS DE MEDICINA FETAL I PERINATAL. HOSPITAL CLÍNIC- HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU- UNIVERSITAT DE BARCELONA.
30. Duval, F., González, F., & Rabia, H. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2010; 48 (4): 307-318

2. Anexos

ANEXO 01

Solicitud al director del HOSPITAL DE APOYO II – SULLANA para lograr la Autorización del estudio.

“AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD”

Dr. Iván Calderón Castillo
Director del HOSPITAL DE APOYO II – SULLANA

Solicitud: Permiso para realizar Proyecto de Tesis.

Yo, **Mario Raul Ortiz Acha** estudiante egresado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego–UPAO campus Piura, solicita permiso para poder realizar el Proyecto de Investigación “ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS COMO CAUSA DE AMENAZA DEPARTO PRETERMINO EN EL HOSPITAL DE APOYO II – SULLANA EN LOS AÑOS 2019 - 2020” comprometiéndome en todo momento a trabajar con responsabilidad y seriedad.

Espero considere se mi solicitud.

Atentamente,

Mario Raul Ortiz Acha
DNI: 72230339

ANEXO 02

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

EDAD		
ESTADO LABORAL		
	TRABAJA	
	DESEMPLEADA	
PROCEDENCIA		
	URBANO	
	URBANO MARGINAL	
	RURAL	
ESTADO CIVIL		
	SOLTERO/A	
	CASDO/A	
	CONVIVIENTE	
	SEPARADO/A	
	DIVORCIADO/A	
	VIUDO/A	
NIVEL DE EDUCACION		
	SIN EDUCACION	
	PRIMARIA	
	SECUNDARIA	
	SUPERIOR	
TIPO DE TRABAJO		
	AMA DE CASA	
	INDEPENDIENTE	
	TRABAJO TECNICO	
	TRABAJO PROFESIONAL	
PARIDAD		
	PRIMER HIJO	
	1-2 HIJOS	
	2-6 HIJOS	
	>6 HIJOS	
PLANIFICACION		
	SI	
	NO	

ANEXO 03

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted *durante todo su embarazo*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 No me aplicó
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

1. Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8. Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10. Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11. Noté que me agitaba	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15. Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

	D	A	S
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

Cada pregunta evalúa 2 estados mentales, por lo tanto la puntuación pasa para ambos, ejemplo la pregunta 1 es tanto para depresión como para ansiedad (cuadro sombreado), y su respectiva respuesta va para ambos.

	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0 – 4	0 – 3	0 – 7
Leve	5 – 6	4 – 5	8 – 9
Moderado	7 – 10	6 – 7	10 – 13
Severo	11 – 13	8 – 9	14 – 16
Ext. Severo	>14	>10	>17

ANEXO 04





