

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA.**



**SIGNOS Y SINTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN LA  
MUJER EMBARAZADA PRIMIGESTA EN LAS UNIDADES DE  
SALUD DE NAHUIZALCO SONSONATE, GUATAJIAGUA  
MORAZAN E ISLA EL ZACATILLO LA UNIÓN EN EL  
PERIODO JULIO – AGOSTO 2008.**

**INFORME FINAL PRESENTADO POR:  
JORGE LUIS ARAGÓN RUÍZ.  
OSCAR RAFAEL MENDOZA PAZ.  
EDWIN ANTONIO PARADA GUZMAN.**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:  
DOCTORADO EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR:  
MAESTRO JOSÉ MILTON DOMÍNGUEZ VARGAS.**

**DICIEMBRE 2008**

**SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA**

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**AUTORIDADES**

**INGENIERO RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ  
RECTOR**

**ARQUITECTO MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS  
VICERRECTOR ACADÉMICO**

**MÁSTER ÓSCAR NOÉ NAVARRETE  
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**LICENCIADO DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHÁVEZ  
SECRETARIO GENERAL**

**DOCTOR RENÉ MADECADEL PERLA JIMÉNEZ  
FISCAL GENERAL**

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA  
ORIENTAL**

**AUTORIDADES**

**INGENIERO DAVID ARNOLDO CHÁVEZ SARAVIA  
DECANO**

**DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO  
VICEDECANA**

**INGENIERO JORGE ALBERTO RUGAMAS RAMÍREZ  
SECRETARIO**

**AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LA  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.**

**DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME  
JEFA DEL DEPARTAMENTO**

**COMISIÓN COORDINADORA DEL PROCESO DE  
GRADUACIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO  
COORDINADORA GENERAL**

**MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ  
PACHECO  
MIEMBRO DE LA COMISIÓN**

**MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VÁSQUEZ  
MIEMBRO DE LA COMISIÓN**

**ASESORES**

**MAESTRO JOSÉ MILTON DOMÍNGUEZ VARGAS  
DOCENTE ASESOR**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO  
ASESORA DE METODOLOGÍA**

**INGENIERA SANDRA NATZUMIN FUENTES SÁNCHEZ  
ASESORA DE ESTADÍSTICA**

**JURADO CALIFICADOR**

**MAESTRO JOSÉ MILTON DOMÍNGUEZ VARGAS  
DOCENTE ASESOR**

**DOCTOR JOSÉ ROBERTO CRUZ  
JURADO CALIFICADOR**

**LICENCIADO NELSON ULISES MARTÍNEZ  
JURADO CALIFICADOR**

## **AGRADECIMIENTOS.**

### **A DIOS TODOPODEROSO**

Por habernos permitido culminar nuestra carrera, por haber sobrepasado cada uno de los obstáculos y dificultades que se nos presentaron y por darnos la fortaleza diaria necesaria para salir adelante.

### **A NUESTRAS FAMILIAS**

Por habernos brindado su apoyo incondicional, ayuda y comprensión en todo el camino de nuestra carrera, en las buenas y en las malas.

### **A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

Por habernos permitido obtener nuestra formación académica, y el aprendizaje que hasta el momento tenemos.

### **A NUESTROS MAESTROS**

Por todos los conocimientos que nos brindaron y que de ellos adquirimos cada día durante sus enseñanzas.

### **A NUESTROS ASESORES DE TESIS**

Licenciada Elba Margarita Berríos y Licenciado José Milton Domínguez Vargas, por que sin su ayuda no hubiera sido posible elaborar esta investigación.

## **DEDICATORIA.**

**A DIOS Y A LA VIRGEN DE GUADALUPE**, por haber guiado mis pasos y brindarme toda la sabiduría y capacidad de comprensión necesaria para salir adelante siempre con la mirada hacía arriba.

**A MI MADRE**, Ana Mirian Guzmán por ser ella el ejemplo y apoyo que me ha brindado durante el trayecto de mi vida, por creer en mi y apoyarme siempre en las buenas y en las malas, por todo su cariño, comprensión y amor en los momentos difíciles.

**A MI DEMAS FAMILIA**, mi abuela Antonia Aguilar de Guzmán, mi tía Blanca Esther Guzmán de Rubio por haberme brindado su cariño y amor desde pequeño, con sus regaños, felicitaciones, y por brindarme todo el apoyo.

**A MI NOVIA**, Sofía del Carmen Flores Herrera, por ser una persona muy especial, quien me ha brindado mucho apoyo y tiempo, por todo su amor y cariño, por creer siempre en mi. Por estar ahí cuando te necesito Gracias amor.

**A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE CARRERA GRACIAS.**

**Edwin Antonio Parada Guzmán.**

## **DEDICATORIA.**

**A DIOS TODOPODEROSO** dador del libre albedrío, por guiarme en el camino que he escogido.

**A MI MADRE** Nery Graciela Ruiz de Aragón por su fuerza, paciencia y amor.

**A MI PADRE** Jorge Alberto Aragón por enseñarme con su ejemplo de vida lo que no debo hacer.

A la mujer más hermosa que mis ojos han visto, por ser la única constante en todas mis variables, mi calma en la tormenta, por enseñarme los colores de esta vida;  
**Gracias Eddynoy.**

A mi amigo y mentor el Dr. Salamanca y a toda su familia por su aprecio, cariño y apoyo.

A Mirian, a la otra Mirian, Atilio, al otro Atilio, a Franklin y a su familia por ser únicos y siempre estar ahí.

A tod@s los que me conocen y confiaron en mí por su apoyo.

A tod@s los que me conocen y no confiaron.

**Jorge Luís Aragón Ruiz.**

## **DEDICATORIA.**

**A DIOS TODOPODEROSO**, por brindarme toda la sabiduría para guiarme por el buen camino, por darme fuerzas cuando más necesitaba y alcanzar mis metas.

**A MI ABUELA**, María del Carmen de Mendoza por darme todo su cariño, amor, apoyo y consejos desde pequeño y a quien le debo mucho de lo que soy ahora. Gracias por toda su paciencia.

**A MI MADRE**, quien siempre me apoyo desde el principio, confiando en Dios y en mí para sacar adelante esta carrera con mucho sacrificio, gracias mamá.

**A MI NOVIA**, Lea Yasmín Cañas Sánchez por ser tan linda y comprensiva, dedicándome mucho tiempo y paciencia a pesar de mis defectos, quien espero pronto sea mi esposa. Te quiero mucho.

**A MIS COMPAÑEROS**, con quienes compartí momentos difíciles y muy agradables a lo largo de la carrera, me harán mucha falta.

**Oscar Rafael Mendoza Paz**

**SIGNOS Y SINTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN LA  
MUJER EMBARAZADA PRIMIGESTA EN LAS UNIDADES DE  
SALUD DE NAHUIZALCO SONSONATE, GUATAJIAGUA  
MORAZAN E ISLA EL ZACATILLO LA UNIÓN EN EL  
PERIODO JULIO – AGOSTO 2008.**

# I N D I C E

CONTENIDO	PAG
SINOPSIS.....	XV
INTRODUCCION.....	XVII
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
1.1 Antecedentes del fenómeno objeto de estudio.....	22
1.2 Enunciado general del problema.....	30
1.2.1 Enunciados específicos del problema.....	30
1.3 Objetivos de la investigación.....	31
1.3.1 Objetivo general.....	31
1.3.2 Objetivos específicos.....	31
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	32
2.1 Trastornos depresivos.....	33
2.1.1 Trastornos depresivos.....	33
2.1.1.1 Generalidades.....	33
2.1.1.2 Epidemiología.....	35
2.1.1.3 Factores de riesgo.....	36
2.1.1.4 Clasificación.....	39
2.1.1.5 Curso de la enfermedad.....	41
2.1.1.6 Valoración diagnóstica.....	41
2.1.1.7 Examen del estado mental.....	43
2.1.1.8 Diagnóstico diferencial.....	44
2.1.1.9 Exclusión de las causas médicas de depresión.....	44
2.1.1.10 Exclusión de la depresión inducida por medicamentos.....	45
2.1.1.11 Exclusión de trastornos psiquiátricos.....	46
2.1.1.12 Tratamiento.....	48
2.1.2 Trastornos de ansiedad.....	49
2.1.2.1 Trastorno de ansiedad generalizado.....	50

2.1.2.2	Características clínicas.....	50
2.1.2.3	Incidencia.....	51
2.1.2.4	Causas.....	
2.1.2.5	Valoración diagnostica.....	51
2.1.2.6	Tratamiento.....	52
2.1.3	Trastorno de pánico.....	52
2.1.3.1	Características clínicas.....	52
2.1.3.2	Incidencia.....	53
2.1.3.3	Causas.....	53
2.1.3.4	Valoración diagnostica.....	54
2.1.3.5	Tratamiento.....	56
2.1.4	Fobia social.....	56
2.1.4.1	Características clínicas.....	56
2.1.4.2	Incidencia.....	57
2.1.4.3	Causas.....	57
2.1.4.4	Valoración diagnostica.....	57
2.1.4.5	Tratamiento.....	58
2.1.5	Trastorno obsesivo compulsivo.....	59
2.1.5.1	Características clínicas.....	59
2.1.5.2	Incidencia.....	59
2.1.5.3	Valoración diagnostica.....	60
2.1.5.4	Tratamiento.....	60
2.2	Definición de términos básicos.....	62
CAPITULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS.....		67
3.1.1	Hipótesis general.....	68
3.1.2	Hipótesis nula.....	68
3.1.3	Hipótesis específica.....	68
3.2	Operacionalización de la hipótesis en variables e indicadores.....	69
CAPITULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO.....		71

4.1 Tipo de investigación.....	72
4.2 Universo o Población.....	73
4.3 muestra.....	
4.3.1 Criterios de inclusión.....	73
4.3.2 Criterios de exclusión.....	74
4.4 Tipo de muestreo.....	74
4.5 Técnicas de obtención de información.....	75
4.6 Instrumento de recolección.....	75
4.7 Procedimiento.....	76
CAPITULO V: PRESENTACION DE LOS RESULTADOS.....	78
5.1 Tabulacion, análisis e interpretación de los resultados.....	81
5.2 Prueba de hipótesis.....	131
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	142
6.1 Conclusiones.....	143
6.2 Recomendaciones.....	146
BIBLIOGRAFIA.....	149
ANEXOS.....	155
1. Cronograma general de actividades a realizar en el proceso de graduación año 2008.....	156
2. Cronograma de actividades específicas a realizar durante la ejecución.	157
3. Mapa del SIBASI Sonsonate.....	158
4. Mapa del SIBASI Morazán.....	159
5. Mapa del SIBASI La Unión.....	160
6. Cédula de entrevista.....	161
7. Tabla de T student.....	164

## SINOPSIS

En las unidades de salud de Nahuizalco departamento de Sonsonate, Gu: departamento de Morazán e Isla El Zacatillo departamento de La Unión durante el período comprendido entre Julio y Agosto de 2008, se realizó la investigación acerca de signos y síntomas de ansiedad y depresión en las embarazadas primigestas que llevan sus controles prenatales en las unidades de salud mencionadas.

La investigación tuvo como objetivo general; Detectar la presencia de signos y síntomas de depresión y de ansiedad en las mujeres primigestas durante el embarazo. Tomando en cuenta los factores económicos, escolaridad, estado civil de la población en estudio.

La investigación realizada fue de tipo prospectivo, transversal, descriptivo y de campo. La población encuestada fue de 55 embarazadas primigestas que se encontraban inscritas en los libros del programa de control materno en las unidades de salud durante el periodo comprendido del estudio.

La población fue tomada en base a la cantidad de pacientes inscritas en los libros de control prenatal en las unidades de salud en estudio, cumpliendo con el criterio de inclusión de ser del área urbana, ser primer embarazo y asistir a los controles prenatales.

Las técnicas de obtención de la información utilizadas fueron; Documental, de tipo bibliográfica, escrita y hemerográfica, De Campo, haciendo uso de la encuesta, el instrumento utilizado fue la cédula de entrevista, elaborada con preguntas abiertas y cerradas.

Posteriormente se procedió a la tabulación, análisis e interpretación de los resultados, los cuales indicaron que del total de embarazadas primigestas encuestadas el 87% presentó signos y síntomas de ansiedad y/o depresión, teniendo como causas relacionadas la edad, factor económico, estado civil, la escolaridad y el trimestre de embarazo en que se encontraban en el momento de la entrevista. <sup>XV</sup>

Encontrándose estrecha relación entre los factores mencionados con la aparición de estos signos y síntomas, ya que muchas de las embarazadas eran adolescentes, con bajo nivel de escolaridad, sin un trabajo remunerado y con ingresos por debajo de los \$150.00 que en la mayoría de los casos es producto de remesas familiares enviadas del extranjero.

Se comprobaron las hipótesis generales y específicas planteadas desde el inicio de la investigación.

Al final del informe, se dan a conocer las conclusiones y recomendaciones elaboradas por el grupo investigador, basadas en los resultados, con el objeto de mejorar la atención que se les brinda a las embarazadas primigestas durante sus controles tomando en cuenta que en un buen porcentaje de ellas se presentan estos signos y síntomas de ansiedad y depresión.

## INTRODUCCIÓN.

XVI

En los últimos tiempos se ha brindado cada vez mayor importancia a los aspectos psicológicos y psiquiátricos del proceso grávido - puerperal. Se ha señalado que esta etapa corresponde a un cambio vital trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, si bien es cierto es un proceso que conlleva en sí a una serie de riesgos tanto físicos como psicológico, donde se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individual y grupal; por lo que la depresión y ansiedad durante el embarazo es un tópico que ha generado controversia a lo largo del tiempo debido a las discusiones con respecto a la conveniencia del uso de psicofármacos, la creencia que el embarazo ejercía un efecto protector en las mujeres contra estos trastornos y que esta condición se presentaba predominantemente en el postparto.

Actualmente se acepta que altos niveles de estrés, pobres relaciones sociales y depresión durante el embarazo tienen un poderoso efecto negativo en el funcionamiento materno y los resultados del desarrollo infantil. Pero se hace difícil diferenciar los factores bioquímicos de los estresantes de la vida como causa primaria de la depresión y ansiedad la cual puede descubrirse y empeorarse durante el embarazo.

Se hizo una revisión en los datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social sobre la prevalencia de la depresión y la ansiedad en el embarazo durante el periodo 2003 – 2007 no encontrando datos que indiquen la presencia de síntomas y signos que las pacientes primigestas presenten durante la gestación debido a que el Ministerio de Salud Pública sólo maneja el programa materno infantil para la identificación de trastornos obstétricos que se pueden presentar durante el transcurso del embarazo, por lo que no se cuenta con el equipo humano capacitado para poder tratar estos problemas en las embarazadas primigestas.

Diversos estudios internacionales respaldan el hecho de que el grupo de primigestas en comparación con las multíparas es el más susceptible a padecer de depresión y ansiedad interviniendo en esto múltiples factores sociales, fisiológicos, psicológicos.

Por lo que en este documento se presenta el informe final de la investigación sobre los trastornos de ansiedad y depresión en la mujer embarazada primigesta en las unidades de salud de Nahuizalco Sonsonate, Guatajiagua Morazán e Isla El Zacatillo La Unión durante el periodo Julio- agosto de 2008 y surge debido a que no hay programas suficientes que tengan como objetivo promover la salud mental o no se están realizando, también a la falta de atención de la institución de salud para mejorar la atención materna en beneficio de las usuarias del sistema sanitario que las ayuden a sobrellevar las condiciones desfavorables y estresoras en las que se ven involucradas.

El documento de investigación se ha estructurado en seis capítulos las cuales se describen a continuación.

El primer capítulo, trata sobre el planteamiento del problema en el cual se detallan antecedentes del problema objeto de estudio, tomando en cuenta datos de estudios internacionales sobre depresión y ansiedad, ya que no se cuenta con información por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, enunciando el problema a través de una pregunta general y tres preguntas específicas, con un objetivo general, y cuatro objetivos específicos.

El segundo capítulo corresponde al marco teórico en el cual se detallan evidencia bibliográfica, investigaciones que ayudan al diagnóstico de ansiedad y depresión por medio de signos y síntomas que se toman como criterios para su detección.

El tercer capítulo está conformado por el sistema de hipótesis que comprende una hipótesis general y tres hipótesis específicas cada una con su correspondiente hipótesis nula, las cuales permitirán dar respuesta al fenómeno objeto de estudio, con su correspondiente operacionalización de las hipótesis en variables e indicadores, que consiste en llevar el plano de lo abstracto a lo concreto.

El cuarto capítulo, describe la metodología de investigación que se llevó a cabo que incluye, el tipo de estudio que se realizó, las características de la población de estudio, con sus criterios de inclusión y exclusión, las técnicas para la obtención

de la información y el tipo de instrumento utilizado, finalizando con la planificación y la ejecución de la investigación.

En el quinto capítulo, se encuentran los resultados obtenidos de la investigación sobre los trastornos de ansiedad y depresión en la mujer embarazada primigesta en las unidades de salud de Nahuizalco Sonsonate, Guatajiagua Morazán e Isla El Zacatillo La Unión durante el periodo Julio- agosto del 2008; presentándose a través de tablas, gráficas, incluyendo el análisis e interpretación realizada por el grupo de investigación.

El sexto capítulo, está constituido por las conclusiones y recomendaciones surgidas de los datos obtenidos durante la investigación.

Se presenta luego, la bibliografía consultada, en donde se describen los diferentes fuentes que se utilizaron para el desarrollo del protocolo tanto libros de texto, como direcciones electrónicas.

Y, finalmente se encuentran los anexos que comprende el informe final los cuales se detallan a continuación: Cronograma general de actividades, cronogramas de actividades específicas, mapas por SIBASIS, cédula de entrevista y Tabla de T student.

**CAPITULO I**  
**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

### **1.1 ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO.**

Si bien el embarazo con frecuencia suscita una arrolladora felicidad, también es estresante para la mayoría de mujeres. En algunas mujeres con sentimientos ambivalentes sobre el embarazo. El estrés puede aumentar en forma considerable. La respuesta al estrés puede observarse en varias formas sutiles y no sutiles. Como por ejemplo muchas mujeres experimentan preocupación sobre la normalidad de su bebé. En aquellas cuyo feto presentan mayor riesgo a una malformación congénita el estrés es mayor, en todo el embarazo en especial hacia el término se desarrolla ansiedad en relación al cuidado del niño y los cambios de estilo de vida que ocurran cuando este nazca.

En varias mujeres el miedo al dolor durante el parto es especialmente estresante. La experiencia del embarazo puede alterarse debido a las complicaciones médicas y obstétricas que puedan ocurrir.

Burger y col. Han comprobado que las mujeres con embarazos complicados tienen el doble de probabilidades de sentir temores por su feto o desarrollar depresión. Por el contrario, el puerperio ha sido relacionado desde tiempos como un periodo de riesgo de enfermedad mental. Según Wissman y Olfson del 10 al 15% de mujeres que han dado a luz recientemente desarrollaron un trastorno depresivo no psicótico en el puerperio.

En algunas, ocurre enfermedad psicótica depresiva en el parto. Aunque la psicosis puerperal no es un diagnóstico diferente, una mujer tiene por lo menos 30 veces más probabilidades de requerir manejo debido a una enfermedad mental.

La ansiedad es un estado psicológico desencadenado por la anticipación de peligros inexistentes o vagamente identificados. Se acompaña de un pico exagerado de alerta y excitación fisiológica que prepara al organismo para la acción; en este sentido, la ansiedad posee un potencial adaptativo a las situaciones de emergencia. Sin embargo, desde el punto de vista clínico, la angustia patológica representa una respuesta inapropiada a un ambiente no necesariamente amenazador y compromete marcadamente el funcionamiento habitual del individuo.

El trastorno por ansiedad generalizada (TAG) provoca preocupación y tensión crónica. Aún cuando nada parezca provocarla. Los principales síntomas incluyen:

- Ansiedad y preocupación excesivas, de una duración mínima de 6 meses.
- Preocupación persistente o excesivamente circunstancial que es difícil de controlar e interfiere con la atención a otras tareas.

- preocupación asociada con síntomas de hiperactividad autonómica, tensión motora o estado de hiperalerta.

El trastorno de ansiedad generalizada ocurre más en la mujer y su curso clínico es variable pero tiende a ser fluctuante y crónico

De acuerdo a la cuarta edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de Enfermedades Mentales (DSM-IV) el diagnóstico de depresión requiere encontrar los siguientes criterios:

- humor deprimido o pérdida de interés o satisfacción de al menos dos semanas de duración durante la mayor parte del día o:
- 4 de los siguientes síntomas:
  - Pérdida o aumento de peso significativo.
  - Patrón alterado del sueño.
  - Retardo o agitación psicomotora.
  - Fatiga.
  - Dificultad para la concentración.
  - Sentimientos de inutilidad o culpa e ideas suicidas.

Durante sus controles prenatales debe recopilarse información sobre antecedentes de salud mental tanto personales como familiares y se debe investigar la presencia de síntomas que indiquen que la embarazada presente algún trastorno mental.

Ciertos trastornos como la depresión y la ansiedad pueden asociarse con más riesgos de parto prematuro. Los trastornos de ansiedad incluyen sentimientos psicológicos paroxísticos y persistentes de temor, irritabilidad acompañada con cambios fisiológicos como sudoración, disnea, insomnio y temblores.

Hay ciertos factores que influyen en el apareamiento de la depresión durante el embarazo como:

- Cambios hormonales y fisiológicos
- Problemas familiares o conyugales
- Embarazo no deseado.
- Condición socioeconómica.

Durante una revisión de diversas fuentes internacionales se encontraron una amplia gama de investigaciones y estudios los cuales arrojan los siguientes resultados.

En un estudio realizado en el hospital materno infantil C.N.S de La Paz Bolivia Se encontró ansiedad en 68% de mujeres internadas por Alto Riesgo Obstétrico (ARO) y 48% en las mujeres con Bajo Riesgo Obstétrico).La depresión en las mujeres con ARO fue de 64 % y 56 % en las mujeres con Bajo riesgo obstétrico. La disfunción familiar está presente en 70 % y 58% respectivamente. La patología más frecuente en A.R.O. fue la amenaza de parto prematuro con 65% de ansiedad ,69% depresión y 60% de disfunción familiar. Las casadas tienen 76% de ansiedad, 74% de depresión y 76% de disfunción familiar; concluyendo que existe mayor frecuencia

de ansiedad y depresión en las mujeres con ARO y no así en disfunción familiar. Existe relación estadísticamente significativa entre Alto Riesgo Obstétrico y la presencia de ansiedad y depresión.

En la consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS durante el período comprendido del 1 de agosto del 2001 al 31 de agosto del 2003. Se realizó un estudio que demostró que la escolaridad menor o igual a 9 años se asoció con algún grado de depresión en el embarazo al igual que bajo ingreso económico; episodio anterior de depresión; emesis severa, no se asoció a depresión durante el embarazo: estado civil, antecedente familiar de depresión, ambiente de procedencia, conflicto marital, dolor menstrual. La incidencia de depresión en el embarazo en el IHSS encontrada fue 1.45/10,000. Concluyendo que el bajo nivel socioeconómico, bajo nivel educativo, antecedente de episodio previo de depresión y emesis severa son factores de riesgo asociados a depresión durante el embarazo.

Un estudio realizado en Perú sobre los niveles de Ansiedad y Factores asociados en Gestantes Adolescentes y Adultas que Acuden a los Hospitales del Ministerio de Salud de la Ciudad del Cusco durante 2002 demostró que los niveles de ansiedad en gestantes adolescentes son mayores en comparación con las gestantes adultas, además el único factor con asociación estadísticamente significativa a ansiedad en gestantes adolescentes fue la diferencia de edad con la pareja.

Sobre la ansiedad y la depresión en primigestas adolescentes y añosas según la edad gestacional se hizo un estudio en Caracas, Venezuela en el año 2000

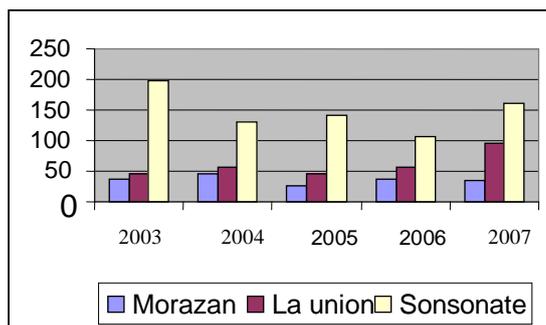
concluyéndose que en las primigestas adolescentes existen mayores niveles de depresión, en las primigestas añosas existen mayores niveles de ansiedad y además que estos niveles de ansiedad y depresión no muestran diferencias estadísticamente significativas según los trimestres del embarazo evaluado.

La depresión y la ansiedad son condiciones frecuentes en el embarazo, por lo menos tan frecuente como en las mujeres que no están embarazadas. Estudios realizados en México durante el 2006 sobre su prevalencia por medio de entrevistas estructuradas muestran tasas de dos a 21% de depresión mayor y las escalas de síntomas arrojan cifras de entre Ocho y 31%. En México la prevalencia se ha estimado en 22% con base en una escala de autorreporte.

Nahuizalco en Sonsonate, isla el Zacatillo en La Unión y Guatajiagua en el departamento de Morazán son regiones geográficas distintas pero comparten características comunes como la inaccesibilidad de las regiones a sus respectivas unidades de salud, lo cual es una causa de disminución en las consultas prenatales, a esto hay que agregar el aspecto económico ya que la misma inaccesibilidad obliga a la embarazada a invertir más en su salud, lo cual en la mayoría de los casos no es posible causando esto un aumento en la deserción de la consulta, acudiendo a este en forma tardía provocando un aumento en la tasa de morbilidad materna; por lo que el gobierno mediante la extensión de cobertura pretende minimizar dicha tasa; por otro lado aspectos como la falta de preparación cultural por el grupo familiar y su falta de apoyo decididamente afectan en la disminución de la consulta prenatal.

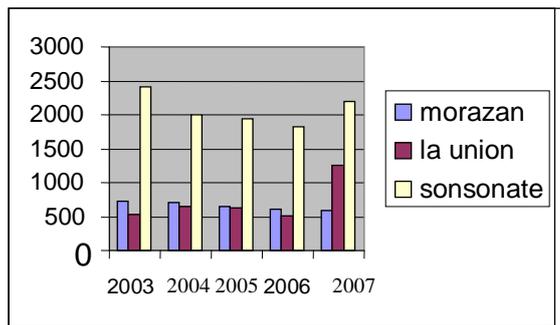
En una revisión de diversos estudios relacionados se encontraron pocos resultados y la mayoría se relacionan con la edad de la embarazada, ningún estudio enfoca el problema de trastornos depresivos y de ansiedad en el grupo de las primigestas el cual se ha comprobado es el más susceptible.

A continuación se presentan los datos estadísticos del Ministerio de Salud relacionados con las embarazadas de 10 a 14 años en los SIBASI (sistema básico de salud integral) de sonsonate Morazán y la Unión durante los últimos 5 años:



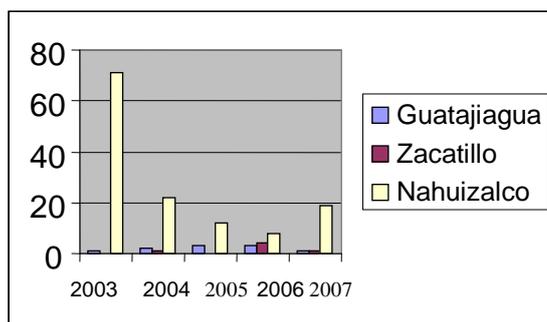
En el grafico se observa que en el SIBASI La Unión y Morazán el número de embarazadas se mantuvo durante los años 2003 – 2006 con un incremento en el 2007 del SIBASI de Morazán debido a la extensión de cobertura. En el SIBASI de Sonsonate el número de embarazadas es mayor que en el resto de SIBASI.

Datos estadísticos de embarazadas de 15 a 19 años en los SIBASI de sonsonate Morazán y la Unión durante los últimos 5 años:



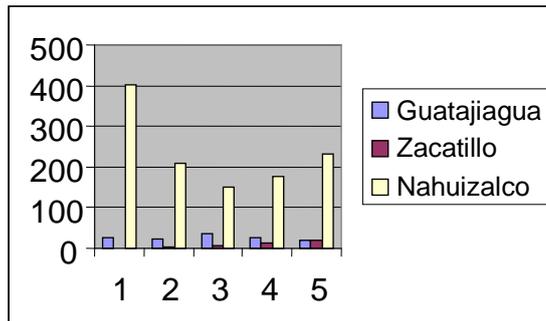
En el grafico se observa que en el SIBASI La Unión y Morazán el número de embarazadas se mantuvo durante los años 2003 – 2006 con un incremento en el 2007 del SIBASI de Morazán debido a la extensión de cobertura. En el SIBASI de Sonsonate el número de embarazadas es mayor que en el resto de SIBASI.

Datos estadísticos de embarazadas de 10 a 14 años en las unidades de salud e Nahuizalco, Guatajiagua e Isla El Zacatillo durante los últimos 5 años:



Durante el 2003 no se cuentan con datos de la unidad de salud Isla Zacatillo La unión mientras que en la unidad de salud Nahuizalco se mantienen altas cifras que empiezan a descender en el periodo de estudio. Mientras que en Guatajiagua los datos se mantienen

Datos estadísticos de embarazadas de 15 a 19 años en las unidades de salud e Nahuizalco, Guatajiagua e Isla El Zacatillo durante los últimos 5 años:



Durante el 2003 no se cuentan con datos de la unidad de salud Isla Zacatillo La unión mientras que en la unidad de salud Nahuizalco se mantienen altas cifras que empiezan a descender en el periodo de estudio. Mientras que en Guatajiagua los datos se mantienen

Para dicho estudio se cuentan con datos de población de gestantes primigestas porque el Ministerio de Salud no posee información que indique la incidencia de signos y síntomas de depresión y ansiedad en el país por lo que se analiza el comportamiento de la población a estudiar y no los signos y síntomas de depresión y ansiedad en estas mujeres.

## 1.2 ENUNCIADO GENERAL DEL PROBLEMA.

Con base en lo anteriormente expuesto el grupo de investigación enuncia el problema de la siguiente manera:

¿ Presentan síntomas y signos de depresión y ansiedad las embarazadas primigestas durante su embarazo en las unidades de salud objeto de estudio en el periodo julio a agosto de 2008?

### 1.2.1. ENUNCIADOS ESPECIFICOS DEL PROBLEMA.

El grupo de trabajo también tratara de darle respuesta a los siguientes enunciados específicos:

1. ¿Serán las embarazadas primigestas adolescentes más propensas a presentar signos y síntomas de ansiedad y depresión?
2. ¿Qué relación tiene la aparición de signos y síntomas de ansiedad y depresión en las embarazadas primigestas con los factores económicos, el estado familiar y la escolaridad?
3. ¿Qué frecuencia tendrá la aparición de signos y síntomas de ansiedad y depresión en las embarazadas primigestas, en el primer y tercer trimestre de su embarazo?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:**

#### **1.3.1 - Objetivo general:**

Detectar la presencia de signos y síntomas de depresión y de ansiedad en las mujeres primigestas durante el embarazo en las unidades de salud de Nahuizalco, Guatajiagua e isla EL Zacatillo.

#### **1.3.2 - Objetivos específicos:**

- Comparar la incidencia de signos y síntomas de ansiedad y depresión en las primigestas de las unidades de salud en estudio.
  
- Identificar en qué grupos étnicos se presentan con mayor frecuencia los signos y síntomas de depresión y ansiedad en las primigestas de las unidades antes mencionadas.
  
- Determinar los factores que se relacionan con la aparición de signos y síntomas de ansiedad y depresión en las mujeres primigestas a estudiar.
  
- Identificar en qué trimestre del embarazo son más frecuentes los signos y síntomas de ansiedad y depresión en las primigestas en investigación.

## **CAPITULO II**

# MARCO TEORICO

## 2. MARCO TEORICO

### 2. 1.1 TRANSTORNOS DEPRESIVOS.

#### 2.1.1.1 GENERALIDADES.<sup>1</sup>

Homero en el siglo VI canto de la Ilíada, expone la pena de Belofonte al sufrir la cólera y el abandono de los dioses, a la vez que realza las virtudes terapéuticas de mezcla de hierbas egipcias “secreto de las reinas”. Corresponde sin embargo, a

---

<sup>1</sup> J. Vallejo Ruiloba introducción a la sicopatología y la psiquiatría Pág. 448.

Hipócrates las primeras referencias conceptuales y clínicas de la melancolía. En el Corpus Hipocraticum se reconoce ya un *Tipus Melancholicus* inclinado a padecer este trastorno y especial incidencia en primavera y otoño cuya causa es patológica de los humores básicos. Pero fue Aristóteles el primero que dedicó un estudio monográfico a este problema.

En la edad media Alejandro de Tralles (525-605) dedica a este trastorno unas excelentes páginas en su obra “Doce Libros Sobre el Arte Médico”, donde se observan tres formas etiológicas diferentes: Exceso de sangre, sangre acre y biliosa, bilis negra. Tenemos que no siempre la tristeza y el temor son los síntomas característicos de estos pacientes, si no que en otras ocasiones prevalece la hilaridad, la ira y la ansiedad.

Burton (1577-1640) las páginas más brillantes de su época sobre el tema en su obra “The Anatomy Of Melancholy” publicada en 1621. A través de sus vivencias negativas de esta situación mórbida, a la vez que señaló los accesos de alegría desbordante que alternan con el estado depresivo.

En el siglo XVII Thomas Willis (1621-1675) hace notar la secuencia de cuadros maniacos y melancólicos en el mismo paciente. La aportación más importante a finales del siglo XVIII corresponde a un español, Andrés Piquer (1711-1792) quien describió con suma precisión la enfermedad maniaco-depresiva del rey Fernando VI, hasta su muerte el 10 de agosto de 1758.

En el siglo XIX la obra de Pinel (1745-1826) destaca cuatro formas de enfermedades mentales: manía, melancolía, demencia, idiocia.

Falret (1794-1870) en 1851 habla de Foili Circulaire, mientras que Baillarger (1809-1890) hace la exposición más precisa del cuadro que el denominó Folie a double forme en la real academia de medicina de Paris. Dentro de este siglo Leonhard diferencia en 1957 las formas bipolares y las unipolares de la depresión.

La mayoría de personas experimentan gran diversidad de estados de ánimo en un periodo dado (desde horas a semanas)<sup>2</sup>. Los individuos que padecen trastornos depresivos experimentan tristeza persistente y otros síntomas que dan lugar a pensamientos pesimistas y afectados, lo que a la vez los lleva a tomar malas decisiones. Los trastornos depresivos son los trastornos psiquiátricos mas frecuentes y ocasionan elevada cargas económicas para la sociedad y sufrimiento emotivo para los afectados.

Las variaciones en el estado de ánimo en el sentimiento y en las emociones son elementos integrales, esperados y normalmente deseables en la vida humana. La felicidad y la tristeza son emociones cotidianas para muchas personas y no producen daño psiquiátrico o dolor. Las experiencias extremadas de estas emociones como son la manía y la depresión pueden ser serias, intensamente dolorosas y talvez amenazadoras para la vida. Los síntomas claves incluyen modificaciones en el sueño, peso, apetito, estado de ánimo deprimido, pensamiento pesimista. Los trastornos

---

<sup>2</sup> Ibidem Pág.449

depresivos tienen sus raíces en factores biológicos, psicológicos, sociales, pueden manifestarse a través de diversas presentaciones clínicas y siempre es necesario descartar enfermedades médicas que simulan depresión.

Las variaciones de los trastornos depresivos incluyen formas menores, agudas o crónicas y la psicoterapia y los medicamentos constituyen un tratamiento eficaz en la mayoría de los casos.

#### 2.1.1.2. EPIDEMIOLOGIA.

La prevalencia<sup>3</sup> anual de depresión es del 10%, la prevalencia durante toda la vida es del 25% para las mujeres y del 15% para los hombres. Entre enfermos generales la depresión oscila entre 10-20% y entre pacientes psiquiátricos la cifra aumenta hasta casi un 50%. Solo el 10% de estos pacientes llegan a las consultas psiquiátricas especializadas, por lo que el 90% restante son tratados por médicos generales. Desafortunadamente los proveedores de cuidados primarios detectan la depresión en menos de la mitad de los casos. Algunos pacientes reciben tratamientos y otras instrucciones inadecuadas sobre el medicamento antidepressivo.

Como es de esperar la depresión es más frecuente entre personas que carecen de relaciones personales cercanas y entre divorciados y separados. El costo de la depresión para la sociedad es elevado, pues ocasionan más discapacidad que las enfermedades pulmonares o la diabetes. El costo directo del tratamiento de la depresión es aproximadamente de 12,000 millones de dólares al año. Se generaron

---

<sup>3</sup> James L Jacobsom MD y Alam M. Jacobsom Secretos de la Psiquiatría Pág. 64.

costos adicionales de 23,000 millones de dólares a consecuencia del ausentismo y muerte prematura por suicidio.

#### 2.1.1.3. FACTORES DE RIESGO.

GENÉTICOS: <sup>4</sup>los estudios familiares no solo diferencian tipos de depresiones unipolares, si no que predicen endogenidad en depresiones aparentemente neuróticas.

#### BIOLOGICOS:

- Aminas biogénicas: la disminución de los niveles de estos neurotransmisores con frecuencia se encuentran implicados en la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo.
- Regulación neuroendocrina: entre los pacientes con depresión suelen observarse anormalidades del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal.
- Anormalidades neurofisiológicas: Los lóbulos prefrontales y frontales de la mayoría de los sujetos deprimidos parecen presentar hipoactividad en comparación con controles normales.
- Anomalías del sueño.
- La luz solar.

#### FACTORES PSICOSOCIALES.

---

<sup>4</sup> Ibídem Pág. 65.

Acontecimientos de la vida y tensiones del entorno: los sucesos tensionales de la vida a menudo preceden a los primeros episodios del trastorno depresivo en comparación con los episodios subsecuentes como pérdida de los padres, pérdida del conyugue.

Personalidad y estilo cognitivo.

Factores psicoanalíticos y psicodinámicos: diversas teorías postulan que existen diversos factores que conducen a autoestima baja, depresión, entre ellos algunas pérdidas o amenaza de pérdida durante la niñez.

#### VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.

- Sexo y Edad.
- Estado civil y Educación
- Nivel socioeconómico y Religión.

#### Epidemiología y factores de riesgo en la depresión y trastorno bipolar.<sup>5</sup>

	Depresión mayor	Trastorno bipolar
Prevalencia	2-3% hombres 5-9% mujeres	0.6-0.9 riesgo morb.
Expectación de vida	8-12 hombres 20-25% mujeres	< 1%
Sexo	2:1 ( mujeres-hombres ) Posparto, perimestruo.	1:1
Edad	Jóvenes (18-44 años)	28-44 años.
Raza	No relación	No relación
Clase social	Baja	Alta

<sup>5</sup> J. Vallejo Ruiloba Introducción a la psicopatología y la psiquiatría Pág. 450

Estado civil	Separado/ divorciados Conflictos de parejas	No relación Conflictos de parejas secundarios
Acontecimientos recientes	Perdidas	-----
Soporte social	Bajo	-----
Personalidad	-----	Ciclotímica
Perdidas parentales	Anteriores 11 años	-----
Historia familiar	Positiva: aumenta el riesgo	Positiva: aumenta el riesgo
Antecedentes familiares	Depresión mayor, distimia, personalidad depresiva.	Depresión mayor, trastorno bipolar, ciclotimia, esquizofrenia.
Antecedentes de tres episodios.	Aumenta el riesgo de recaídas.	----- -----
Duración prolongada del episodio actual.	Aumenta el riesgo de recaída.	

#### 2.1.1.4. CLASIFICACION DEL TRANSTORNO DEPRESIVO.

<sup>6</sup>Se cuenta con una gran variedad para realizar la clasificación del trastorno depresivo entre las cuales se encuentran:

#### DEPRESIÓN UNIPOLAR Y BIPOLAR.

La apreciación de leonhard en 1957 acerca de dos tipos de depresión endógenas sustancialmente diferentes ha dado lugar a numerosos estudios. Mientras que en las

---

<sup>6</sup> Ibidem Pág. 454.

depresiones bipolares alternan los periodos de melancolía con otros maniacos o hipomaniacos y se consideran unipolares aquellos trastornos depresivos endógenos que han presentado varias fases melancólicas consecutivas sin episodios maniaco o hipomaniaco.

Aspectos diferenciales entre las depresiones bipolares y unipolares.

	Bipolares	Unipolares
Sexo	Distribución similar	Predominio femenino
Edad inicial	Precoz ( 25-3 años )	Tardía ( 25-5 años )
Personalidad predominante	Sintónica, cicloide	Melancólica
Morbilidad familiar. Trastorno afectivo. Trastorno bipolar. Trastorno unipolar.	Alta Aumentada Alta	Mas baja No aumentada Alta
Clínica Psicomotricidad. Riesgo de suicidio Mortalidad Duración de episodio Recidivas	Inhibición psicomotriz Mas elevado Mas elevado Mas corto 3-6 meses Más frecuente c/2 años	Más agitación, ansiedad y quejas somáticas.  Mas prolongado 6-9 meses Mas escasas c/5 años

#### CLASIFICACIONES ACTUALES DSM-III-R E ICD 10.

Esta clasificación queda reducida a dos grandes apartados: trastornos bipolares y trastornos depresivos, de forma que el eje de la clasificación viene marcada por la presencia o ausencia de episodios hipomaniacos o maniacos mas que por la intensidad , especificidad o atipicidad como en el DSM\_III.

El borrador de la ICD 10 por su parte, ha hecho esfuerzos para mejorar y simplificar la ICD-9, este clasifica la depresión en función de trastorno bipolar, depresivo, bajo la posibilidad de episodios únicos o recurrentes.

Clasificación actual de los trastornos afectivos.<sup>7</sup>

ICD-10 ( borrador )	DSM-III-R
Episodio maniaco	Trastorno bipolares
Episodio depresivo Con melancolía Sin melancolía	Trastorno bipolar Mixto Maniaco Depresivo Ciclotimia
Trastorno afectivo bipolar Maniaco Depresivo Mixto En remisión	Trastorno depresivos Depresión mayor: episodio único, recurrente. Distimia.
Trastorno depresivo recurrente Con melancolía Sin melancolía variable	
Estado afectivo persistentes Ciclotimia Distimia	
Trastornos esquizoafectivos. Esquizomaníaco esquizepresivo	

#### CLASIFICACIÓN DEL TRASTORNO DEPRESIVO SEGÚN DSM-IV.<sup>8</sup>

Trastorno depresivo mayor, episodio único.

Trastorno depresivo mayor, recurrente.

Trastorno distimico.

Trastorno depresivo, no especificado de alguna otra manera.

<sup>7</sup> Ibidem Pág. 456.

<sup>8</sup> J. Sandock Compendio de psiquiatría Pág. 83

Trastorno de ajuste con un estado de ánimo deprimido.

Trastorno del estado de ánimo debido a un trastorno médico general.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

#### 2.1.1.5. CURSO DE LA ENFERMEDAD.

Los antecedentes naturales de episodios depresivos mayores son bien conocidos y se mantienen, también se observan en las historias clínicas de personas cuyo tratamiento se retrasa varios años. La depresión se produce de manera episódica en la mayoría de los casos y sus síntomas desaparecen y el estado de ánimo y el funcionamiento se hacen normales o casi normales entre episodios. El episodio de depresión promedio dura de siete a catorce meses aunque persiste más de 2 años hasta en un 20% de los sujetos deprimidos.

#### 2.1.1.6. VALORACION DIAGNOSTICA.

<sup>9</sup>Para determinar el diagnóstico de depresión se basa en una serie de signos y síntomas que se establecen en los siguientes criterios que determinan las características que un paciente con depresión presenta durante el desarrollo de la enfermedad.

A. Estado de ánimo disfórico (melancólico, triste, abatido)

B. Cuatro de estos ocho síntomas todos los días durante 2 semanas.

1. Aumento o disminución del apetito.

2. Insomnio inicial (incapacidad para dormir durante 1 a 2 horas) o despertarse en la madrugada (después de 2 a 4 horas de haberse dormido).

---

<sup>9</sup> James L Jacobsom MD y Alan M. Jacobsom Secretos de la Psiquiatría Pág. 67 - 68

3. Pérdida del interés, menor nivel de actividad.
4. Reducción para las actividades o pasatiempos generalmente agradables.
5. Cansado, agotado, o inquieto, tenso.
6. culpabilidad presente en casos o eventos insignificantes o incongruentes.
7. Concentración disminuida (no puede leer ni ver televisión por más de 1 hora cada vez).
8. Ideas suicidas activas, o deseos de no despertar.

Entre otros síntomas de depresión se encuentran síntomas o pensamiento generalizados de culpa, vergüenza, o pesimismo, aislamiento social, disminución de la libido (disminución del impulso sexual).

Además el clínico también debe estar alerta ante los siguientes síntomas: síntomas de ansiedad como sensación de inquietud, preocupación, o enojo, quejas somáticas de dolores leves o graves de tipo difuso y ambiguo, síntomas psicóticos, incluyendo alucinaciones auditivas y visuales, ilusiones, paranoia, hipersensibilidad al rechazo, comportamientos de toma de riesgos excesivos, rumiar , pensar las cosas de manera obsesivas. En dos terceras partes de los individuos deprimidos se observan síntomas de ansiedad, como preocupación e irritabilidad.

#### 2.1.1.7. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL.

<sup>10</sup>A continuación se clasifican las observaciones importantes en el examen del estado mental del paciente deprimido.

---

<sup>10</sup> Ídem

- A. Apariencia y comportamiento. El paciente deprimido puede estar bien vestido y arreglado o, al contrario, verse desarreglado y con poca higiene. La postura y marcha son normales o quizás se vea desgarbado y con movimientos lentos.
- B. Lenguaje. La persona a menudo habla con lentitud y quizás susurre, murmure, o hable en forma monótona.
- C. Emociones. En general, el paciente manifiesta estado de ánimo triste, deprimido, o desalentado, impotencia, culpa, odio hacia sí mismo, o sensación de vacío.
- D. Proceso de pensamiento. Los procesos de pensamiento de la persona suelen parecer lógicos y orientados hacia una meta. Quizás su velocidad y su flujo de ideas sean más lentos de lo normal o indiquen que su mente está vacía de pensamiento.
- E. Contenido del pensamiento del paciente. Los pacientes deprimidos suelen tener una opinión poco realista y denigrante de sí mismo. Sus pensamientos e ideas a menudo incluyen preocupación de ser malos o culpables.
- F. Examen cognoscitivo. Los pacientes deprimidos se encuentran alerta y orientados hacia las personas, el sitio y el tiempo. Sin embargo, como a veces se sienten abrumados por sus emociones, quizás tengan problemas para concentrarse.

#### 2.1.1.8 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

<sup>11</sup>Si el paciente presenta síntomas de depresión, el clínico debe descartar en primer lugar las causas médicas, la depresión inducida por drogas y otros trastornos psiquiátricos antes de diagnosticarle depresión.

#### 2.1.1.9 EXCLUSIÓN DE LAS CAUSAS MÉDICAS DE LA DEPRESIÓN.

Los síntomas que sugieren depresión, incluyendo pérdida de peso, dificultad para concentrarse y pérdida de la memoria, en ocasiones se derivan de diversas afecciones clínicas. Los antecedentes médicos del paciente y la presencia de disfunción cognoscitiva grave o de examen físico normal sugieren una simulación clínica de la depresión. Las siguientes afecciones clínicas producen depresión y deben descartarse para realizar un diagnóstico preciso de la depresión:

Endocrinopatías y trastornos metabólicos: hipertiroidismo, hipotiroidismo, enfermedad de Addison, enfermedad de Cushing, diabetes, hipo e hiperparatiroidismo, hipoglucemia, anemia.

Infecciones: neumonía, hepatitis, mononucleosis, meningitis, HIV, enfermedad de Lyme, infecciones urogenitales, encefalitis, tuberculosis, fiebre tifoidea.

Artritis reumatoides: lupus eritematoso.

Cáncer: carcinoma de cabeza de páncreas, tumores del SNC, leucemia, enfermedad de Hodgkin.

---

<sup>11</sup> Ibidem Pág. 69.

Trastornos del SNC: enfermedad de parkinson, arteriosclerosis cerebral, demencia senil, hidrocefalia normotensiva, miastenia, hemorragia subaracnoidea, esclerosis múltiple.

Intoxicaciones: medicamentosa, plomo, benceno, mercurio, bismuto, quinina, monóxido de carbono.

El clínico lleva a cabo u ordena un examen físico completo del paciente y una investigación completa de laboratorio que incluya las siguientes pruebas.

- Biometría hematina rutinaria determinando recuento sanguíneo completo, electrolitos séricos, calcio, bilirrubina, pruebas de funcionamiento hepático, albúmina, proteínas totales.
- Pruebas del funcionamiento de la tiroides (T3, T4, TSH).
- Prueba de reagina plasmática rápida (RPR) para descartar sífilis.
- Prueba de VIH.
- Detección toxicológica para descartar uso de drogas.
- Detección de metales pesados.
- Electrocardiograma (ECG).
- TC o RM de cráneo y electroencefalograma (EEG), si esta indicado.

#### 2.1.1.10. EXCLUSION DE DEPRESIÓN INDUCIDA POR MEDICAMENTOS.

Los medicamentos que comúnmente causan depresión incluyen esteroides, metildopa, anticonceptivos orales y benzodiazepinas. Datos recientes sugieren que los bloqueadores betas no son depresores del SNC, como se creían anteriormente. El alcohol, marihuana, anfetaminas, cocaína, opiáceos, alucinógenos y barbitúricos producen depresión y en ocasiones los pacientes deprimidos los emplean para

automedicarse. Se observa uso de drogas hasta en 50% de los pacientes externos deprimidos, pero muchos no revelan esta información al médico.

Fármacos que pueden provocar reacciones del círculo depresivo.

Acetazolamida	Fenilbutazona.
Asparaginasa.	Griseofulvina.
Aureomicina.	Guanetidina.
Azatioprina.	Hidralacina.
Bleomicina.	Indometacina.
Bloqueadores beta.	L-DOPA
Butaperacina.	Metildopa.
Carbamacepina.	Metisergida.
Cicloserina.	Metronidazol.
Clotrimazol.	Mitramicina.
Corticoides.	Morfina.
Dapsona.	Primidona.
Digital.	Procainamida.
Disulfiran.	Progesterona.
Escopolamina.	Psicolépticos.
Estrógenos.	Reserpina.
Etionamida.	Tiocarlide.
Etosuximida.	Veratrum.
Fenacetina	Vincristina.
Difenoxilato.	Vitamina D.

#### 2.1.1.11. EXCLUSION DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS.

Antes de diagnosticar la depresión es necesario descartar los siguientes trastornos psiquiátricos:

- A. Trastorno de adaptación. El trastorno de adaptación es una leve perturbación del estado de ánimo que ocurre en los tres meses siguientes a algún acontecimiento que origina tensión, y no dura más de seis meses.
- B. Duelo. Los síntomas de duelo suelen ser idénticos a un episodio depresivo grave, pero se producen dos o tres meses tras la pérdida de algún ser amado.
- C. Trastorno distímico. El trastorno distímico es un tipo de depresión crónica de bajo nivel que dura por lo menos dos años.
- D. Trastorno bipolar. A más de la mitad de las personas con trastorno bipolar se les diagnostica inicialmente algún otro trastorno psiquiátrico, usualmente depresión mayor o esquizofrenia. Cuando el individuo deprimido presenta después de un episodio de manía se le diagnostica trastorno bipolar.
- E. Esquizofrenia. En ocasiones es difícil diferenciar entre la depresión con rasgos psicóticos y la esquizofrenia. Los síntomas de depresión en caso de esquizofrenia generalmente aparecen tras el inicio de la psicosis.
- F. Trastorno esquizoafectivo. Este diagnóstico se aplica a los sujetos cuyos síntomas y antecedentes indican elementos tanto de trastorno bipolar como de esquizofrenia.
- G. Trastorno de la personalidad. Los individuos que padecen trastornos de la personalidad no suelen adaptarse bien a las tensiones de la vida y quizá dispongan de muy pocos contactos sociales.
- H. Demencia. En ciertos casos, la depresión causa problemas cognoscitivos a la vez que sugieren demencia, y en las primeras etapas de esta última la depresión es común. En ocasiones es imposible diferenciar entre depresión primaria y demencia, por lo cual se inicia el tratamiento empírico de la depresión.

#### 2.1.1.12. TRATAMIENTO DE LA DEPRESION.

<sup>12</sup>Una desesperanza o tristeza secundarias deberían mejorar con una psicoterapia breve, con el tiempo y con los cambios necesarios en el ambiente externo. Muchas personas con depresión se quejan de ideas suicidas, pero no obstante pueden ser controladas en el medio externo si tienen factores de riesgo de suicidio bajos. Dichos factores incluyen la capacidad de estar de acuerdo en no dañarse a si mismo, antecedentes negativos de intentos suicidas pasados, ausencia de plan para suicidarse y ausencia de diagnósticos comorbidos relacionados con el riesgo de suicidio. El paciente que cumple con los criterios de un episodio depresivo profundo, puede necesitar una terapia más intensiva con tratamiento médico y psicoterapia.

Los medicamentos antidepresivos son eficaces para el tratamiento de la depresión. Los antidepresores triciclicos probablemente sean los fármacos de uso más amplio para este propósito. Ocasionalmente, los inhibidores de monoamino oxidasa (MAO), los fármacos neurolépticos, o el carbonato de litio se pueden seleccionar para el tratamiento de un paciente determinado. La terapia electroconvulsiva (ECT) es eficaz, pero por lo general se utiliza como una segunda línea de terapia solamente después de que ha fallado un tratamiento con fármacos. La psicoterapia en conjunto con estos tratamientos médicos, aumentan considerablemente la eficacia de todo el régimen de tratamiento. Estos diversos enfoques de tratamiento aparecen en forma de lista en el siguiente resumen.

- Medicamentos antidepresivos.
  1. Antidepresivos triciclicos.
    - a. Imipramina (Tofranil)

---

<sup>12</sup> J. Sandock Compendio de Psiquiatria Pág. 176 – 177.

- b. Amitriptilina (Tryptanol)
- c. Doxepina (Sinequan)
- 2. Inhibidores de la monoamino oxidasa (MAO)
  - a. Fenelzina (Nardil)
- 3. fármacos neurolépticos (utilizados por lo general sólo para controlar una agitación fuerte o síntomas psicóticos.)
  - a. Tiotixena (Navane)
  - b. Haloperidol (Haldol)
  - c. Thioridazina (Melleril)
- 4. Litio.
  - ECT (terapia electroconvulsiva)
  - Psicoterapia.

### **2.1.2 TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

La ansiedad es un síntoma psiquiátrico sumamente común, igual que cualquier emoción normal. Todas las personas experimentan ansiedad en algún momento en el curso de sus vidas. No obstante, la ansiedad es patológica cuando ocurre junto con otros trastornos como depresión, o cuando los síntomas y comportamientos relacionados con ella son tan graves y ocurren con tal frecuencia que interfieren con el trabajo o las relaciones. Los trastornos de ansiedad incluyen trastornos de pánico, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y fobias específicas.

Es fundamental que todos los médicos tengan experiencia en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Quienes sufren estas perturbaciones, en particular quienes padecen trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada suelen presentarse al médico de cuidados primarios solicitando atención para los síntomas físicos que se relacionan con el trastorno de ansiedad. Dichos síntomas suelen incluir dolor torácico, dolor de cabeza, falta de aliento, mareo, malestar gastrointestinal, por ejemplo, dolor de estómago, o la sensación de tener algo atorado en la garganta. El enfermo suele sentirse más cómodo al hablar de los síntomas físicos del trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad.

Los sujetos que padecen trastornos de ansiedad deben someterse a detecciones adecuadas de posibles enfermedades médicas que simulen los síntomas, además de investigación de depresión grave y uso de sustancias<sup>13</sup>. El tratamiento de los trastornos de ansiedad generalmente consta de psicoterapia y medicamentos que son eficaces para aliviar los síntomas y evitar recidivas.

#### 2.1.2.1 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

#### 2.1.2.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Un episodio separado o discontinuo de preocupación persistente acompañado de insomnio, tensión o irritabilidad y que dura más de seis meses, sugiere el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada.

---

<sup>13</sup> David Elkin. Psiquiatría Clínica James L Jacobsom MD y Alam M. Jacobsom Secretos de la Psiquiatría Lange. Pág. 99

#### 2.1.2.3. INCIDENCIA.

El trastorno de ansiedad generalizada tiene una tasa 2:1 en mujeres con respecto a varones. Se estima que el trastorno de ansiedad generalizada tiene una incidencia de 1 a 5% de la población general.

#### 2.1.2.4. CAUSAS

##### **Factores biológicos**

Igual que en el trastorno del pánico y en las fobias sociales, se cree que la neuroquímica anormal desempeña un papel importante en la producción de síntomas relacionados con la ansiedad en sujetos con trastorno de ansiedad generalizada.

Los componentes emotivos y cognoscitivos del trastorno de ansiedad generalizada implican disfunción tanto del lóbulo frontal como límbica.

##### **Factores psicológicos.**

Quienes padecen trastorno de ansiedad generalizada suelen ser más vulnerables a las tensiones y cuentan con malos mecanismos de adaptación. Además, es más probable que hayan presentado episodios de depresión grave, dependencia del alcohol y otros trastornos de ansiedad, o tienen riesgos de sufrirlos.

#### 2.1.2.5. VALORACION DIAGNOSTICA

Los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada duran por lo menos seis meses, e incluyen hiperactividad del sistema nervioso autónomo como sudación,

falta de aliento y mareo; los síntomas motores incluyen tensión, inquietud y contracciones musculares y síntomas subjetivos de irritabilidad, como sentirse a punto de estallar, padecer insomnio y tener problemas de concentración.

Quienes padecen el trastorno de ansiedad generalizada tienen tendencia a ser obsesivos toda la vida y cumplen con los criterios del trastorno de manera intermitente, conforme las tensiones de la vida dominan o superan la capacidad de adaptación.

#### 2.1.2.6. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.

Muchos pacientes con este trastorno responden bien al tratamiento psicoterapéutico. El control del estrés, la terapia de relajación y la terapia cognoscitiva suelen tener éxito en pocas semanas o meses.

Los tratamientos farmacológicos incluyen antidepresivos tricíclicos y de otro tipo, los cuales quizás sean eficaces a dosis considerablemente más bajas que las necesarias para tratar la depresión.

### 2.1.3 TRASTORNO DE PANICO

#### 2.1.3.1 CARACTERISTICAS CLINICAS

Quienes padecen trastorno de pánico sufren ataques repetidos de ansiedad grave. Los síntomas de estos ataques aumentan poco a poco, y duran hasta 20 o 30 minutos en resolverse. Estos síntomas pueden dividirse en tres categorías discretas.

En primer lugar se produce una experiencia afectiva o emotiva del ataque. El sujeto experimenta suma ansiedad o temor, como si algo lo amenazara.

El paciente típico describe múltiples síntomas de tipo somático, o físico, que suelen incluir palpitaciones cardiacas, frecuencia cardiaca rápida, falta de aliento, cosquilleo en las extremidades, cara, sudación, mareo o vértigo, sensación de opresión o hundimiento en el estomago, y sensación de objeto extraño en la garganta. Por ultimo, muchos manifiestan un componente cognoscitivo, el terrible pensamiento de que algo grave esta a punto de ocurrirles. Con frecuencia creen que están a punto de morir y la urgencia de esta idea, junto con sus síntomas físicos, los conducen a presentarse una y otra vez a la sala de urgencias o al consultorio de médicos internistas, médicos generales, cardiólogos, o neurólogos.

#### 2.1.3.2 INCIDENCIA.

El trastorno del pánico afecta de 1-2% de la población. La proporción de preponderancia entre mujeres y varones es aproximadamente de 1.5-2.1.

#### 2.1.3.3 CAUSAS

##### **Factores biológicos**

Se cree que los ataques de ansiedad que caracterizan al trastorno de pánico reflejan desequilibrio de los sistemas neurales que participan en la ansiedad normal, la excitación y la nocicepción (percepción de peligro potenciales). Se cree que estas anormalidades incluyen la participación de las catecolaminas centrales, además del neurotransmisor inhibitorio ácido gammaaminobutírico (GABA).

La elevada tasa de concordancia del trastorno del pánico en gemelos monocigóticos (hasta de 90%) apoya fuertemente su causa biológica.

### **Factores psicológicos**

Los individuos que padecen trastornos de ansiedad en la niñez tienen más posibilidades que la población general de presentar dichos trastornos y depresión en la etapa adulta. Por otra parte, los trastornos de ansiedad pueden ser simplemente una afección que dura toda la vida y que aparezca desde las etapas infantiles.

#### 2.1.3.4 VALORACION DIAGNOSTICA.

El trastorno de pánico se inicia con la presentación inesperada de un ataque de pánico, el cual es un conjunto de síntomas imprevistos de ansiedad y de tipo físico que resultan aterradores para el paciente. La mayoría de las personas recuerdan su primer ataque con abundantes detalles y muchos pueden indicar la fecha exacta, la ubicación y otros detalles mínimos. En general los síntomas vuelven a presentarse y el paciente comienza a anticipar y temer su recurrencia. Esto se denomina ansiedad anticipatorio<sup>14</sup>.

Quienes padecen esta enfermedad quizás también comiencen a evitar aquellas situaciones en las cuales podrían experimentar un ataque y no podrían obtener ayuda con facilidad o retirarse sin vergüenza. Esto se conoce como agorafobia y las situaciones típicas que se evitan incluyen manejar en tráfico pesado o en carreteras, puentes o túneles, o encontrarse en sitios de aglomeraciones o en espacios abiertos. Muchas personas que padecen trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad también se quejan de síntomas de disociación, los cuales suelen consistir en

---

<sup>14</sup> Ibídem Pág. 100

episodios de desrealización (sensación de que el mundo no es real, sino más bien como un sueño) o despersonalización (la sensación de encontrarse fuera de sí mismos o de que las partes del cuerpo no pertenecen a la propia persona).

Un concepto erróneo, pero común, con respecto al trastorno del pánico es que los ataques ocurren cuando la persona se encuentra bajo tensión. De hecho, se observa con mayor frecuencia cuando la persona está relajada o participa en una actividad no amenazante. Aunque muchos pacientes manifiestan que el ejercicio reduce sus niveles de ansiedad, otros observan que el ejercicio puede inducir algún ataque.

El trastorno del pánico con frecuencia se acompaña de una sensación de vergüenza y pena.

Con frecuencia los trastornos de ansiedad se manifiestan acompañados de quejas somáticas significativas.

Cada año en Estados Unidos se lleva a cabo casi 200,000 angiogramas coronarios normales con un costo superior a 600 millones de dólares. Los estudios demuestran que por lo menos la tercera parte de los pacientes que los solicitan padecen trastornos de pánico.

El trastorno de pánico (y otros trastornos de ansiedad) también pueden ir acompañados de síntomas disociativos como despersonalización y desrealización los cuales quizás guíen a un diagnóstico erróneo de trastorno disociativo primario o inclusive de psicosis. La depresión grave es un diagnóstico comórbido aproximadamente en la tercera parte de los que solicitan tratamiento. Este tipo de pacientes corren también un mayor riesgo de abuso de sustancias. En la década de

1980, los investigadores se sorprendieron al descubrir que del 10-20% de los sujetos que padecen trastorno del pánico intentan suicidarse.<sup>15</sup>

#### 2.1.3.5 TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEL PANICO.

Cerca de 80% de los pacientes responde con prontitud al tratamiento del trastorno del pánico. Los medicamentos eficaces incluyen antidepresivos tricíclicos, ISRS, benzodiacepinas de alta potencia, como alprazolam y clonacepan e inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). Algunas formas especializadas de psicoterapia cognoscitiva y del comportamiento también son eficaces para tratar a estos enfermos. El medico debe dar apoyo al enfermo pero evitar comportamiento que lo alienten a depender de los profesionales de la salud, por ejemplo, el hecho de hablar con el en el curso de cada ataque de pánico.

#### 2.1.4 FOBIAS SOCIALES

##### 2.1.4.1 CARACTERISTICAS CLINICAS

Las fobias sociales se caracterizan por ataques de ansiedad similares a los que se observan en el trastorno del pánico. La diferencia es que en este último los ataques de ansiedad ocurren espontáneamente, o se relacionan con situaciones sociales, mientras que en las fobias sociales los ataques ocurren cuando la persona se encuentra en una situación en la cual puede ser criticado por otro. quizás esto se limite a una situación social específica como hablar, comer o escribir frente a otros u

---

<sup>15</sup> Idem

orinar en baños públicos, o talvez se generaliza e incluya la mayoría de los encuentros sociales, o inclusive el hecho de hablar por teléfono.<sup>16</sup>

#### 2.1.4.2. INCIDENCIA

Se ha estimado que las fobias ocurren en 3% de la población, y su incidencia es mayor en mujeres que en hombres.

#### 2.1.4.3. CAUSAS

##### **Factores biológicos**

Se cree que los ataques de ansiedad que se acompañan de fobia social con resultado de desequilibrio neuroquímico en el sistema nervioso central que dan lugar a que el individuo experimente ansiedad y temor.

##### **Factores psicológicos**

Las fobias sociales ocurren con mayor frecuencia en adultos temerosos, tímidos o que experimentaron ansiedad desde la niñez. Las fobias sociales son más probables en la etapa adulta, cuando existe abuso emotivo, físico o sexual en la niñez, traumas en la etapa adulta, o deformidades físicas que reduzcan la autoestima.

#### 2.1.4.4 VALORACION DIAGNOSTICA

El diagnóstico de las fobias sociales o se tenía en cuenta con anterioridad, y aun actualmente suelen considerarse como parte de un trastorno de la personalidad o se diagnostican en forma errónea como trastorno de pánico. Un subgrupo de los

---

<sup>16</sup> Philip Solomon. Manual de Psiquiatría Pág. 58

enfermos de los trastornos de pánico aparentemente desarrolla un patrón de fobias sociales con comportamiento que evita el roce social en vez del patrón agorafóbico.

Este patrón recibe el nombre de fobia social secundaria.<sup>17</sup>

La fobia social se complica con otros trastornos de ansiedad, depresión, uso de sustancias (por lo general alcohol o sedantes) y trastorno de la personalidad.

#### 2.1.4.5 TRATAMIENTO DE LAS FOBIAS SOCIALES

Las fobias sociales responden mejor a una combinación directa de psicoterapia y tratamiento farmacológico. El antidepresivo IMAO fenelcina es especialmente eficaz para su tratamiento.

En otros tratamientos farmacológicos eficaces y mejor tolerados se emplean ISRS y benzodiacepinas de alta potencia como alprazolam y clonacepam.

La psicoterapia para tratar las fobias sigue los mismos principios que el tratamiento de otros trastornos de ansiedad: reestructuración cognoscitiva y exposición sistemática.

Como los trastornos de ansiedad a menudo se complican con algún otro tipo de trastorno, la psicoterapia suele ser un método útil para diferenciar los distintos trastornos y examinar las causas de los trastornos de ansiedad.

---

<sup>17</sup> David Elkin. Psiquiatría Clínica Lange. Pág. 105

## 2.1.5 TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

### 2.1.5.1. CARACTERISTICAS CLINICAS

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por la presencia de pensamiento obsesivo y comportamiento compulsivo. Quien lo padece experimenta pensamientos de calidad sumamente apremiante y repetitiva, que van más allá de la rumiación (obsesión). El enfermo considera que estos pensamientos son extraños y ajenos y cree que se originan fuera del mismo; el término técnico para esta calidad es egodistónico.

### 2.1.5.2. INCIDENCIA

#### **Factores biológicos.**

El advenimiento de técnicas avanzadas para investigar los cambios en la química y el funcionamiento cerebral ha producido asombrosas revelaciones sobre la fisiopatología del trastorno obsesivo-compulsivo.

Tras varias semanas de tratamiento con ISRS, fluoxetina o fluvoxamina o terapia cognoscitiva y de comportamiento, las deficiencias que corresponden a mejoría de los síntomas desaparecen. Dichas observaciones sugieren que quizás la serotonina desempeñe un papel importante en los circuitos cerebrales que participan en limitar tales repetitivas.

#### **Factores psicológicos.**

Los mecanismos de defensa de tipo psicológico quizá expliquen algunas manifestaciones del trastorno obsesivo-compulsivo. El aislamiento se refiere a la

separación de pensamientos y sentimientos quizás explique la calidad tan persistente de los pensamientos obsesivos sin que se tenga conciencia de su origen.

La relación entre las obsesiones y las compulsiones y su calidad de autorreforzamiento se explican mediante los principios de la teoría del aprendizaje. Los pensamientos obsesivos inicialmente ejercen poco impacto debido al aislamiento, pero al experimentarse de manera repetida, dichos pensamientos producen cada vez más ansiedad. El comportamiento compulsivo reduce temporalmente la ansiedad. Pronto los pacientes quedan encerrados en un ciclo de retroalimentación positiva, en el cual el comportamiento compulsivo se refuerza a si mismo compensando al individuo con el alivio temporal de la ansiedad.

#### 2.1.5.3 VALORACION DIAGNOSTICA

El comportamiento compulsivo puede consistir en lavarse de manera repetida las manos, examinar los apagadores de luz o las perillas del gas, contar; trazar líneas, o realizar otros comportamientos estereotipados. El hecho de entender la afección no alivia la calidad incesante de las obsesiones y compulsiones. Algunos sujetos quedan atrapados en ciclos obsesivos y compulsivos por varias horas, y son capaces de salir de sus casas, lo cual se refleja en sus empleos y sus relaciones.

Quienes padecen de trastornos obsesivos compulsivos no solicitan atención medica hasta un promedio de 10 años tras el inicio de los síntomas, e inclusive el diagnostico erróneo es común.

Las afecciones que son concomitantes con los trastornos obsesivo compulsivos incluyen depresión, uso de sustancias, síndrome dismórfico corporal, trastorno de

despersonalización y trastorno de tipo más impulsivos como apostar, compulsiones sexuales y estilos de personalidad compulsiva y tendencias suicidas.

Las obsesiones se diferencian de los delirios por que el paciente comprende su naturaleza irracional. La mayoría de quienes la presentan están concientes que sus síntomas son extraños y conservan un sentido intacto de la realidad. Esto ayuda a los clínicos a diferenciar los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo de la esquizofrenia.

El trastorno obsesivo compulsivo se diferencia del trastorno de ansiedad generalizado por que en este caso la ansiedad se vincula con una obsesión en vez de que con una preocupación ambigua por las circunstancias de la vida.

#### 2.1.5.4 TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

La psicoterapia para el trastorno obsesivo compulsivo se basa en los principios de comportamiento de exposición y prevención de respuesta. Se expone a los pacientes de manera gradual a situaciones en las cuales es probable que experimenten sus obsesiones para que ellos se resistan al impulso de llevar a cabo la compulsión. Este método rompe el ciclo de utilizar la compulsión para reducir la ansiedad. La fluvoxamina está aprobada para tratar este trastorno y los demás inhibidores de la recaptación de serotonina también son eficaces.

Otra forma específica del trastorno obsesivo compulsivo incluye los comportamientos ritualistas. Por ejemplo la tricotilomania consiste en que el sujeto se arranca de manera compulsiva el cabello.

## 2.2 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS.

- **Agorafobia:** miedo a lugares públicos concurridos, abiertos en los que se es difícil de escapar, o no se contaría con ayuda en caso de incapacidad súbita.
- **Aminas biógenas:** sustancias pertenecientes a un grupo numeroso de compuestos biológicamente activos, que se encuentran en la naturaleza y que actúan en su mayor parte como neurotransmisores.
- **Ansiedad:** estado o sensación de aprensión, desasosiego, agitación, incertidumbre y temor resultante de la previsión de alguna amenaza o peligro, generalmente de origen interpsíquico más que externo.
- **Catecolaminas:** compuesto simpáticomimético que posee una molécula catecol y la porción alifática de una amina, el organismo las produce como sustancias neurológicas claves; pero pueden ser sintetizadas farmacológicamente.
- **Cognoscitivo:** proceso intelectual por el cual la persona es consciente, percibe y comprende ideas. Comprende todos aquellos aspectos relacionados con la percepción, pensamientos, razonamientos y memoria.
- **Delirio:** desorden o perturbación de la razón originada por una enfermedad.

- **Demencia:** trastorno mental orgánico progresivo, caracterizado por desintegración crónica de la personalidad, confusión, desorientación, estupor y deterioro de la capacidad y función intelectual.
- **Depresión:** estado emocional patológico caracterizado por sentimientos exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento, y disminución de la autoestima, vacío y desesperanza que no responde a una causa real explicable.
- **Despersonalización:** trastorno emocional caracterizado por sensaciones de extrañeza y falta de realidad. En el plano consciente esta precedido por una atmósfera de ensoñación.
- **Disociación:** mecanismo inconsciente mediante el cual una idea, un pensamiento, emoción u otro proceso mental se separa del plano de la conciencia con lo cual pierde su significación emocional.
- **Egodistónico:** se aplica a los elementos de la actitud, impulsos, pensamientos o comportamientos de una persona que se diferencia de las normas del ego y que no están de acuerdo con la personalidad total.
- **Empirismo:** relativo a un método terapéutico basado en observaciones y en la experiencia sin que se conozca la causa o mecanismo del trastorno ni la forma en el que el agente terapéutico mejora o cura al enfermo.

- **Esquizofrenia:** enfermedad psicótica caracterizada por una gran distorsión de la realidad con trastornos del lenguaje y comunicación, aislamiento de interacción social, desorganización y funcionamiento del pensamiento, la percepción y reacciones emocionales.
- **Estereotipado:** son los gestos, formulas, expresiones, etc. que se repiten sin variación.
- **Fobia:** temor patológico, angustioso y obsesivo que se observa en las neurosis especialmente en las obsesivas.
- **Hipertiroidismo:** trastorno caracterizado por hiperactividad de la glándula tiroides que suele estar hipertrofiada y segrega cantidades anormalmente altas de hormonas tiroideas.
- **Hipotiroidismo:** estado que se caracteriza por el descenso de la actividad de la glándula tiroides.
- **Manía:** trastorno del humor caracterizado por un estado emocional expresivo, con excitación extrema, hiperactividad, agitación, fuga de ideas, gran actividad psicomotora, incapacidad de mantener la atención y en ocasiones un comportamiento violento o autodestructivo.

- **Melancolía:** es el trastorno que comienza gradualmente que se caracteriza por pesimismo, irritabilidad, insomnio, pérdida del apetito y aumento de la actividad motora, que oscila entre intranquilidad y agitación externa.
- **Monocigotos:** relacionado con un solo ovulo fertilizado o cigoto, como ocurre con los gemelos idénticos.
- **Obsesivo compulsivo:** caracterizado por o relativo a la tendencia a realizar actos repetitivos o rituales habitualmente como un medio de liberar tensión o de aliviar la ansiedad.
- **Palpitación:** latido rápido del corazón asociado a respuestas emocionales normales o ciertos trastornos cardiacos. Algunas personas pueden presentar palpitaciones en ausencia de cardiopatía mientras que otras con trastornos cardiacos graves pueden no presentar palpitaciones anormales asociadas.
- **Psicoanálisis:** rama de la psiquiatría que se dedica al estudio de la psicología del desarrollo y comportamiento humano.
- **Psicosis:** trastorno mental grave de origen orgánico o emocional que se caracteriza por una alteración o desorganización extrema de la personalidad y que se acompaña con frecuencia de depresión, conducta regresiva, ilusiones, delirios.

- **Psicoterapia:** termino que abarca diversos métodos de tratamiento de las alteraciones mentales y emocionales por medio de técnicas psicológicas en lugar de métodos físicos.
- **Serotonina:** derivado natural del triptofano que se encuentra en las plaquetas y en células cerebrales e intestinales.
- **Somático:** sufijo que significa <<que causa efectos sobre el organismo>>.

# **CAPITULO III**

## **SISTEMA DE HIPÓTESIS**

### **3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.**

#### **3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL**

Hi: El primer embarazo es un factor desencadenante de signos y síntomas de ansiedad y depresión en la vida de la mujer.

#### **3.1.2. HIPÓTESIS NULA**

Ho: El primer embarazo no es un factor desencadenante de signos y síntomas de ansiedad y depresión en la vida de la mujer.

#### **3.1.3. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS**

H1: La embarazada primigesta adolescente tiene mayor riesgo de presentar signos y síntomas de ansiedad y depresión durante el embarazo.

Ho: La embarazada primigesta adolescente no tiene mayor riesgo de presentar signos y síntomas de ansiedad y depresión durante su embarazo.

H2: Los factores económicos, la escolaridad, el estado familiar están relacionados con el apareamiento de signos y síntomas de ansiedad y depresión en las embarazadas primigestas.

Ho: Los factores económicos, la escolaridad, estado familiar no son desencadenantes de los trastornos de ansiedad y depresión en las embarazadas primigestas.

H3: Los signos y síntomas de ansiedad y depresión son más frecuentes en el primer y tercer trimestre del embarazo.

Ho: Los signos y síntomas de ansiedad y depresión no son más frecuentes en el primer y tercer trimestre del embarazo.

## 5.2 OPERACIONALIZACION DE LAS HIPOTESIS EN VARIABLES E INDICADORES.

HIPOTESIS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACION	INDICADORES
<p><b>Hi:</b> El primer embarazo es un factor desencadenante de ansiedad y depresión en la vida de la mujer.</p>	<p><b>VI:</b> Primer embarazo</p>	<p><b>Primigestas:</b> toda mujer embarazada por primera vez en su vida.</p> <p><b>Ansiedad:</b> estado o sensación de aprensión, desasosiego, agitación, incertidumbre y temor resultante de la previsión de alguna amenaza o peligro, generalmente de origen interpsiquico más que externo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel educativo</li> <li>• Ingreso mensual</li> <li>• Semana de embarazo</li> <li>• Estado familiar</li> <li>• Edad.</li> <li>• Ocupación.</li> <li>• Síntomas y signos de depresión:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensación de tristeza.</li> <li>- Disminución/Aumento del apetito.</li> <li>- Insomnio.</li> <li>- Perdida de interés en actividades.</li> <li>- Hipoactivo.</li> <li>- Cansancio o fatiga.</li> <li>- Sentimientos de culpa.</li> <li>- Disminución en la concentración.</li> <li>- Ideas suicidas.</li> </ul> </li> </ul>

HIPOTESIS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACION	INDICADORES
	<p><b>VD:</b> Ansiedad y depresión</p>	<p><b>Depresión:</b> estado emocional patológico caracterizado por sentimientos exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento, y disminución de la autoestima, vacío y desesperanza que no responde a una causa real explicable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signos y síntomas de ansiedad. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Insomnio.</li> <li>○ Irritabilidad.</li> <li>○ Temor.</li> <li>○ Sudación.</li> <li>○ Palpitaciones.</li> <li>○ Mareo.</li> <li>○ Sensación de opresión u objeto extraño en la garganta.</li> </ul> </li> </ul>

# **CAPITULO IV**

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

## 4. DISEÑO METODOLOGICO.

### 4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información el estudio fue:

**Prospectivo** porque se registro la información en el momento en que se le administro la cédula de entrevista a población en estudio.

Según el periodo y secuencia del estudio se clasifico como:

**Transversal** porque se estudiaron las variables de la depresión y la ansiedad simultáneamente en el periodo antes mencionado, haciendo un corte en el tiempo, no importando este en la ocurrencia de los fenómenos a estudiar sin ningún seguimiento posterior.

Según análisis y alcance de los resultados.

**Descriptivo** porque este estudio puede ser la base y punto inicial de otras investigaciones. Además estuvo dirigido a determinar si las embarazadas primigestas presentan signos y síntomas de la depresión y la ansiedad, que grupos etareos presentan con mayor frecuencia los signos y síntomas de la depresión y la ansiedad, los factores desencadenantes y en que trimestre del embarazo son mas frecuentes los signos y síntomas de la depresión y la ansiedad.

## **De campo**

Porque se extrajo la información de primera mano mediante técnicas de recolección de datos (encuesta, entrevista y observación científica) mediante una cédula de entrevista con el fin de alcanzar los objetivos que se plantearon en la investigación.

### **4.2 UNIVERSO O POBLACION.**

La población que se tomo para la realización del estudio corresponde a todas las embarazadas primigestas que se han inscrito en el programa de control prenatal y que asisten a sus controles en las 3 unidades de salud en estudio durante el periodo comprendido para la investigación.

<b>Unidades de salud</b>	<b>Total de embarazadas</b>	<b>Total de embarazadas primigestas.</b>
Guatajiagua.	35	12
Isla zacatillo	18	8
Nahuizalco	54	35
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>55</b>

Fuente: libros de registro del control prenatal de las diferentes unidades de salud en estudio.

### **4.3. MUESTRA.**

No se pudo determinar una muestra utilizando un método estadístico debido a las características propias de la población en estudio: se contaron con pacientes que dieron a luz durante el periodo de estudio y otras que se inscribieron en el programa de atención materno por lo que no fue posible determinar una muestra exacta, aunando a ello el grupo que se pretende estudiar es pequeño.

#### **4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION**

- A. Mujeres embarazadas.
- B. Primer embarazo en la vida.
- C. Que estén inscritas en el programa materno en cada una de las unidades de salud en estudio.
- D. Que pertenezcan al área urbana.
- E. Que pertenezcan al área geográfica de influencia.
- F. Pacientes sin antecedentes de episodios psiquiátricos previos.

#### **4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION:**

- A. Mujeres que no estén embarazadas.
- B. Multíparas (más de un embarazo).
- C. Que pertenezcan al área rural.
- D. Que no estén inscritas en el programa materno.
- E. Que no pertenezcan a nuestra área geográfica de influencia.
- F. Pacientes con antecedentes psiquiátricos previos.

#### **4.4 TIPO DE MUESTREO.**

No probabilístico intencional. Tomando como base los criterios de inclusión y exclusión, la muestra para el estudio se reduce por lo que se tomo al grupo total de embarazadas primigestas de las distintas unidades de salud en estudio.

#### **4.5 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.**

**Documental bibliográfica:** Este permitió la obtención de información de libros, diccionarios especializados y programas de control prenatal.

**Documental escrita:** A través de esta se consultaron los libros de atención prenatal en cada una de las unidades de salud de estudio.

**Documental hemerográfica:** Esta facilitó la documentación de trabajo de graduación, páginas electrónicas y revistas científicas.

**La encuesta:** Se recopiló información sobre la población objeto de estudio que ayudó a identificar los signos y síntomas de depresión y ansiedad.

#### **4.6 INSTRUMENTOS.**

Para la investigación documental se utilizó las fichas bibliográficas, hemerográficas y archivológicas.

Para la investigación de campo se utilizó la cédula de entrevista elaborada con preguntas abiertas y cerradas la cual se dirigió a las embarazadas primigestas inscritas en el programa de control prenatal en las unidades de salud en estudio donde se evaluó los 3 niveles de respuesta psicológica, fisiológica y conductual.

## **4.7. PROCEDIMIENTO.**

### **A. Planificación:**

En un primer momento como grupo de investigación se realizó la discusión del tema a investigar junto con el docente asesor, determinando además el área geográfica en el cual se realizó la investigación, la población a la cual se llevo el estudio y durante cuánto tiempo se elaboró el perfil de investigación donde se planteo los antecedentes del fenómeno objeto del estudio, además los objetivos que se pretendieron alcanzar con la investigación haciendo uso de la revisión bibliografica y electrónica con su correspondiente justificación.

Se elaboró y presento el protocolo el cual esta constituido por el marco teórico, el sistema de hipótesis, diseño metodológico, bibliografía y cronograma de actividades generales a desarrollar durante la ejecución.

### **B. ejecución.**

Se llevo a cabo durante 2 meses comprendido entre julio a Agosto de 2008 en las 3 unidades de salud a estudiar.

- a.) validación del instrumento:** este se realizo a través de una prueba piloto que se ejecuto con embarazadas primigestas que no pertenecían a la población en estudio durante la primera semana de Julio del 2008.

**b.) Recolección de datos:** numero de cédulas de entrevista a pasar por cada uno de los miembros del grupo por semana en los meses comprendidos de Julio – Agosto 2008.

Nombre.	mes	Julio				Agosto				Total
		1	2	3	4	1	2	3	4	
Jorge Luis Aragón Ruíz.		5	5	5	5	5	5	5	5	<b>35</b>
Oscar Rafael Mendoza Paz.		2	2	2	2	2	1	1		<b>12</b>
Edwin Antonio Parada Guzmán.		2	1	1	1	1	1	1		<b>8</b>
Total.		9	8	8	8	8	7	7		<b>55</b>

**c.) Tabulación, análisis e interpretación de datos.**

La tabulación de los datos se realizó utilizando cuadros de 2 o 3 entradas realizando un cruce de preguntas y para la tabulación de los datos se realizaron métodos estadísticos porcentuales y los resultados se presentarán en gráficas.

**CAPITULO V**  
**PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

## 5. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se dan a conocer los resultados acerca de la investigación realizada en las unidades de salud de Nahuizalco Sonsonate, Guatajiagua Morazán e isla El Zacatillo La Unión sobre identificación de signos y síntomas de ansiedad y depresión durante el periodo de julio a agosto de 2008.

Los datos que a continuación se presentan se obtuvieron a través de una cedula de entrevista, elaborada con preguntas abiertas y cerradas dirigidas a mujeres embarazadas primigestas que asistieron a los controles prenatales en las unidades de salud en estudio cumpliendo con los criterios de inclusión.

Luego de la obtención de los datos se procedió a la tabulación, análisis e interpretación de los resultados. Para esta parte se utilizaron cuadros para realizar el cruce de preguntas.

Para la tabulación de los datos se utilizó el método estadístico porcentual, cuya fórmula es la siguiente:

$$\text{Porcentaje} = \frac{\text{Fr} \times 100}{\text{N}}$$

Donde:

Porcentaje = tanto por ciento que se encuentran en el total del estudio.

Fr = número de veces que se repite el dato.

100 = constante de la fórmula.

N = total de casos.

Los resultados se presentan gráficamente para su análisis e interpretación.

Para la validación de la hipótesis principal se utilizó la formula de “T” Student

## 5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

**Cuadro 1.**

**Pregunta:** Procedencia.

PROCEDENCIA	Frecuencia	porcentaje
URBANO	55	100%
RURAL	0	0%
TOTAL	55	100%

Fuente: cedula de entrevista.

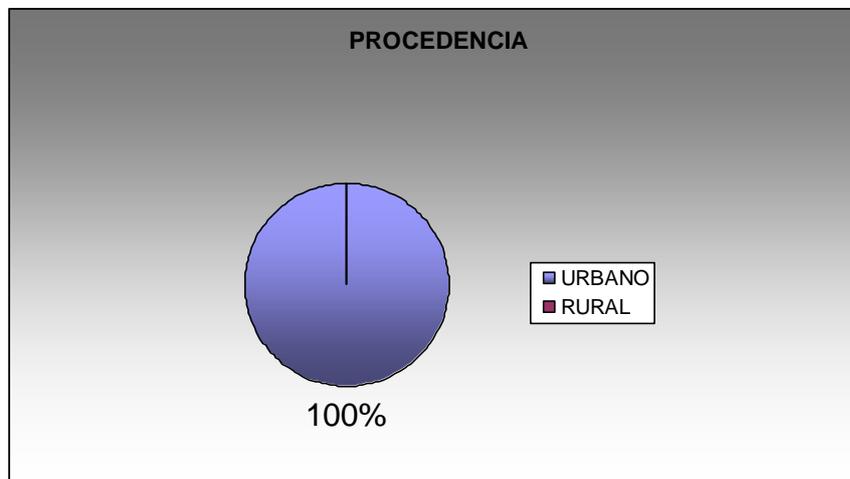
### **Análisis:**

En cuanto a la procedencia de las embarazadas primigestas encuestadas el 100% habitaban en el área urbana.

### **Interpretación:**

La totalidad de las encuestadas manifestaron proceder del área urbana, ninguna de las encuestadas procedía del área rural, cumpliéndose con los criterios de inclusión. Aunque la literatura no menciona relación entre la procedencia y la aparición de signos y síntomas de ansiedad y depresión en las embarazadas primigestas, se tomó este grupo por ser las que asisten a sus controles prenatales debido a la ubicación geográfica.

**Gráfico No 1**



Fuente: cuadro No 1

**Cuadro No 2.**

**Pregunta:** Edad.

Edad	Frecuencia	porcentaje
10 A 14 AÑOS	1	2%
15 A 19 AÑOS	33	60%
20 A 49 AÑOS	21	38%
TOTAL	55	100%

Fuente: cedula de entrevista.

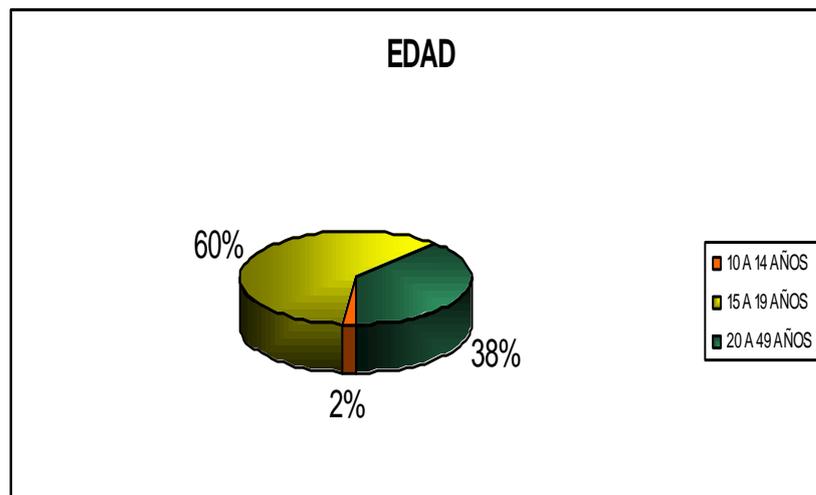
**Análisis:**

Al clasificar a las encuestadas según sus edades, el 60% están entre los 15 a 19 años, el 38% están entre 20 a 49 años, solo el 2% esta entre los 10 a 14 años de las 55 embarazadas encuestadas.

**Interpretación:**

De las embarazadas primigestas que participaron en el estudio solamente 1 estaba en el rango de edad de 10 a 14 años, 21 encuestadas tenían entre 20 a 49 años de edad y 33 rondaban entre los 15 a 19 años, lo cual da una mayor incidencia de embarazos entre los 15 y 19 años, relacionándose con lo que menciona la literatura donde la aparición de signos y síntomas de ansiedad y depresión se presenta con mayor frecuencia durante la adolescencia.

**Gráfico No 2**



**Fuente: cuadro No 2**

### Cuadro No 3.

**Pregunta:** Estado familiar:

Estado Familiar	Frecuencia	porcentaje
UNION LIBRE	39	71%
CASADA	10	18%
SOLTERA	6	11%
TOTAL	55	100%

Fuente: cedula de entrevista.

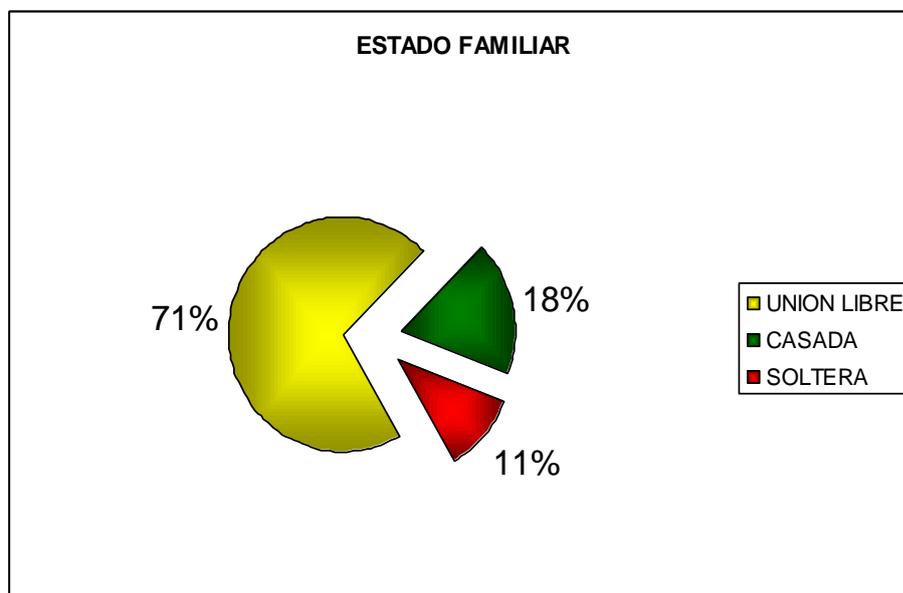
#### **Análisis:**

Al interrogar a las primigestas sobre su estado civil el 11% de ellas contestaron estar solteras, 18% dijeron estar casadas mientras que el 71% manifestaron mantener una unión libre.

#### **Interpretación:**

De la mayoría de las mujeres embarazadas primigestas encuestadas el 71% tienen un estado civil en unión libre lo que representa una unión no estable, concordando con la bibliografía consultada donde se menciona que hay mayor aparición de signos y síntomas de ansiedad y depresión en las mujeres separadas, en cambio sólo un menor número de las embarazadas tienen una unión estable compartiéndola con su pareja el cual representa el 18%.

**Gráfico No 3**



Fuente: cuadro No 3

**Cuadro 4.**

**Pregunta:** ¿Sabe leer y escribir?

Sabe Leer	Frecuencia	porcentaje
SI	51	93%
NO	4	7%
TOTAL	55	100%

Fuente: cedula de entrevista.

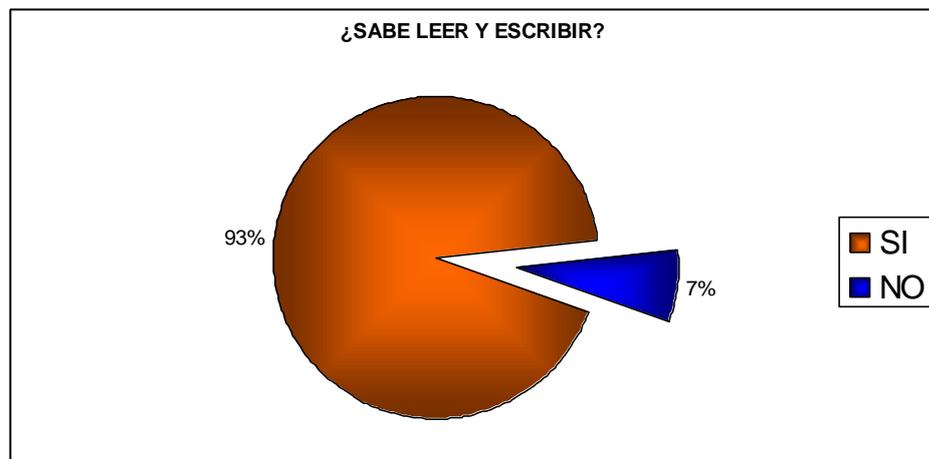
**Análisis:**

El presente cuadro refleja que de las 55 embarazadas encuestadas, 51 de ellas saben leer y escribir que corresponde al 93%, en cambio solamente 4 de ellas no saben leer ni escribir que representa el 7% restante.

### **Interpretación:**

A pesar de la facilidad con que se cuenta hoy en día para acceder a los centros de educación para realizar un grado académico se tiene que siempre surgen inconvenientes donde hay quienes no pueden acceder a este privilegio de leer y escribir, debido a factores económicos y culturales, siendo factores relacionados con la aparición de signos y síntomas de ansiedad y depresión, lo que refleja la gráfica anterior que hay un 7% de estas mujeres no han aprendido a leer y escribir, mientras que un 93% si sabe leer y escribir.

**Gráfico No 4**



**Fuente: cuadro No 4**

### Cuadro No 5.

**Pregunta:** Nivel de escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	porcentaje
NINGUNO	1	2%
1° A 3° GRADO	5	9%
4° A 6° GRADO	13	24%
7° A 9° GRADO	20	36%
BACHILLERATO	16	29%
TOTAL	55	100%

Fuente: cedula de entrevista.

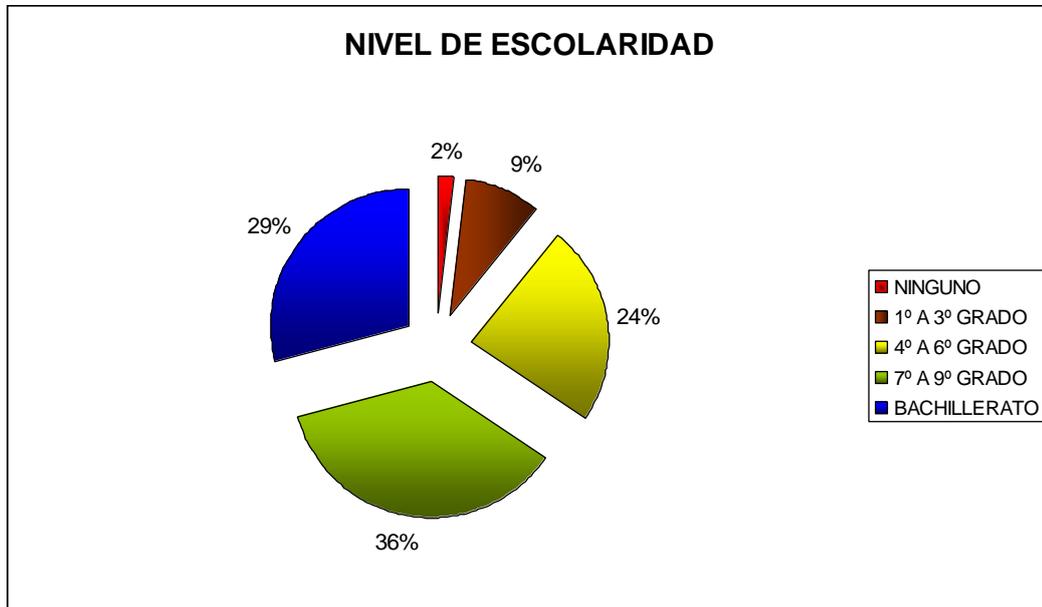
#### **Análisis:**

En relación con la interrogante anterior, al investigar sobre el grado académico de las embarazadas primigestas 29% estudio hasta el bachillerato, 36% entre el 7° a 9° grado, 24% entre el 4° a 6° grado, 9% entre el 1° a 3° grado mientras que solo el 2% dijo no haber realizado ningún tipo de estudio.

#### **Interpretación:**

De la población estudiada se puede encontrar que la mayoría de ellas ha alcanzado un nivel educativo que va de 1° grado hasta bachillerato, en donde se obtiene mayor porcentaje de un 36% entre 7° y 9° grado, un 29% ha realizado bachillerato y se tiene un 2% que no ha realizado ningún estudio, coincidiendo en que un bajo nivel académico es un factor que influye en el estado emocional de la embarazada primigesta lo que da a entender que al obtener un nivel educativo esto hace que las embarazadas hagan uso de los servicios de salud para la atención de su embarazo.

**Gráfico No 5**



Fuente: cuadro No 5

**Cuadro No 6.**

**Pregunta:** ¿Trabaja?

Trabaja	Frecuencia	porcentaje
SI	4	7%
NO	51	93%
TOTAL	55	100%

Fuente: cedula de entrevista.

**Análisis:**

En el presente cuadro se da a conocer el estado laboral de las participantes en el estudio, donde de las 55 embarazadas primigestas encuestadas 51 de ellas no trabaja que representa 93% y solamente 4 de ellas desempeña un trabajo que corresponde al solo 7% restante.

### **Interpretación:**

En esta gráfica se demuestra claramente que la mayor parte de embarazadas encuestadas no ejerce ninguna labor remunerada sino que se dedica a las labores del hogar, siendo el trabajo una fuente de ingresos con lo que no cuentan muchas de las embarazadas, viéndose afectado el nivel económico y emocional de ellas, lo cual está muy relacionado con más responsabilidades con respecto a la familia y esto se puede volver una limitante en la asistencia a los controles prenatales, siendo su principal fuente de ingreso las remesas que envían sus familiares del extranjero.

**Gráfico No 6**



**Fuente: cuadro No 6**

### Cuadro No 7.

**Pregunta:** Ocupación.

Ocupación	Frecuencia	porcentaje
COMERCIANTE	3	5%
ASALARIADA	1	2%
OFICIOS DOMESTICOS	49	89%
ESTUDIANTE	2	4%
TOTAL	55	100%

Fuente: cedula de entrevista.

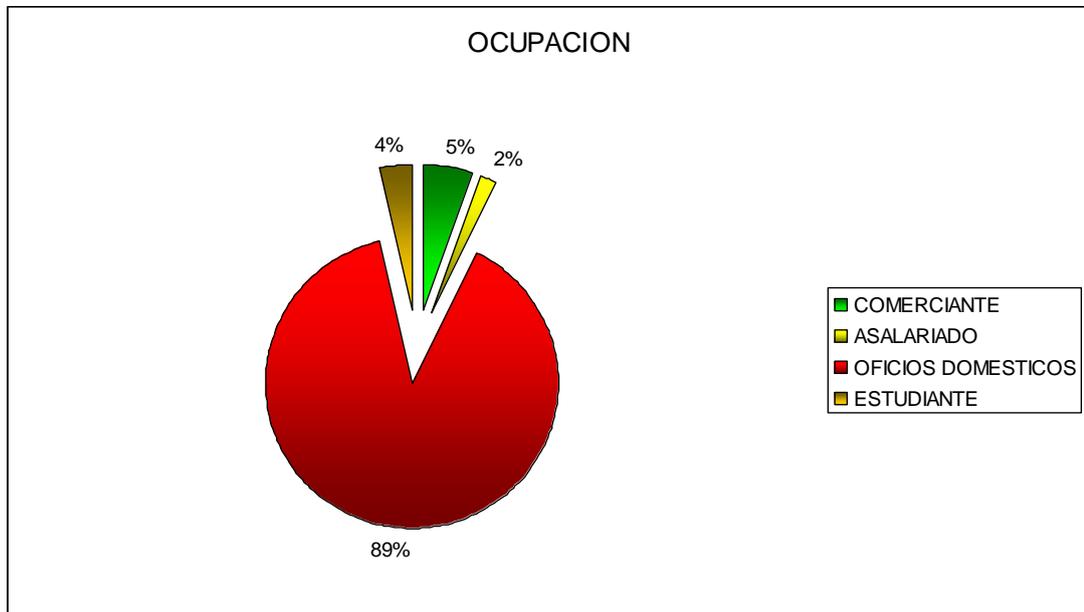
#### **Análisis:**

El cuadro No 7 demuestra que la mayor parte de mujeres embarazadas encuestadas un 89% se dedica a los oficios domésticos, un 4% son estudiantes, un 5% se dedican al comercio y solamente el 2% posee un trabajo remunerado.

#### **Interpretación:**

En el grafico No 7 se demuestra claramente que la mayor parte de las mujeres se dedican a las labores del hogar lo cual implica poco poder adquisitivo incluyendo en estos, los gastos relacionados con su salud y esto se puede reflejar en que estas personas no reciben ningún ingreso monetario por su trabajo ya que ellas lo realizan para colaborar con la familia, en cambio solo un pequeño porcentaje de ellas obtienen ingresos producto de su trabajo y otras por encontrarse estudiando no realizan un trabajo.

**Gráfica No 7**



Fuente: cuadro No 7

**Cuadro 8.**

**Pregunta:** Ingreso monetario mensual del grupo familiar.

Ingresos	Frecuencia	porcentaje
< DEL MINIMO	24	44%
≥ DEL MINIMO	31	56%
TOTAL	55	100%

Fuente: cedula de entrevista.

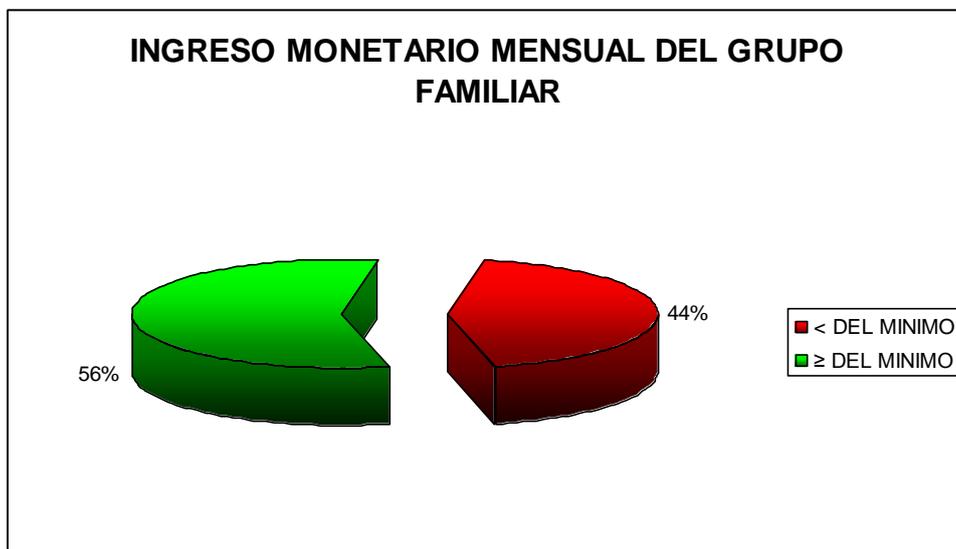
**Análisis:** al conversar con las embarazadas primigestas participantes en el estudio acerca de los ingresos monetarios de su grupo familiar el 56% dijo percibir ingresos

iguales o mayores al salario mínimo, mientras que el 44% restante solo menos del salario mínimo.

**Interpretación:**

De la totalidad de las encuestadas 31 contestaron que los ingresos mensuales del grupo familiar eran iguales o mayores al salario mínimo, las restantes 24 dijeron percibir menos del salario mínimo mensual, lo que refleja que un 44% de estas personas tienen un nivel económico bajo, lo cual según la literatura es un factor importante en la aparición de signos y síntomas de ansiedad y depresión.

**Gráfica No 8**



Fuente: cuadro No 8

## Cuadro N° 9

**Pregunta:** Semanas de embarazo.

Trimestre	Frecuencia	Porcentaje
1° trimestre	11	20%
2° trimestre	18	33%
3o trimestre	26	47%
Total	55	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a embarazadas primigestas.

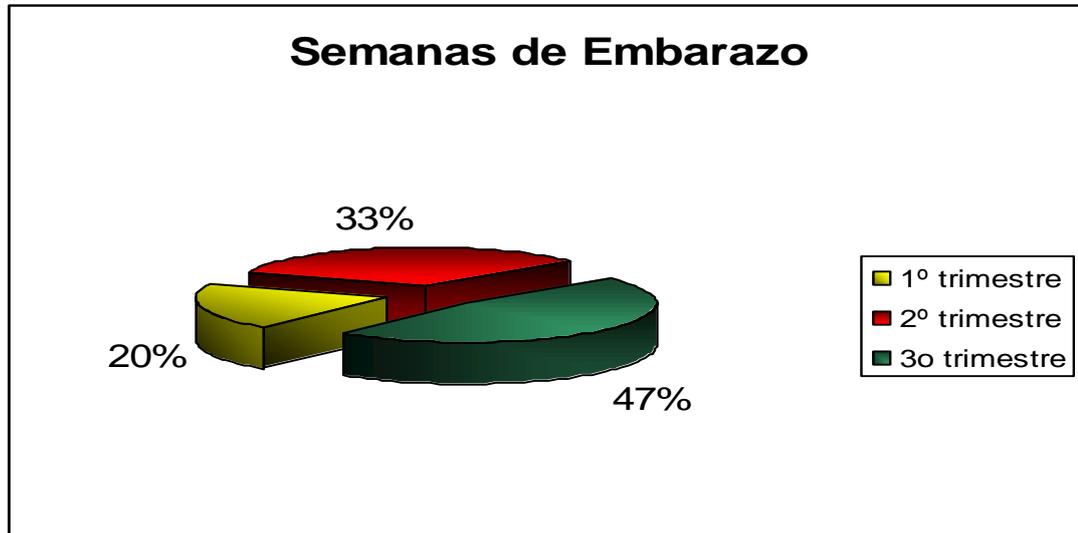
### **Análisis:**

En el presente cuadro se observa que 26 de las embarazadas encuestadas corresponden al grupo del tercer trimestre de embarazo representando el 47% mientras que 18 de las 55 encuestadas pertenecen al rubro del segundo trimestre de embarazo siendo estas el 33% de la muestra y las 11 restantes que representan el 20% de la población estudio se encontraban en el primer trimestre del embarazo.

### **Interpretación:**

Como se observa en la gráfica la minoría de las embarazadas corresponden al primer trimestre de su embarazo debido a que para el estudio la población se tomó de las embarazadas inscritas en el programa materno las cuales en su mayoría son faltistas en sus controles y casi siempre se inscriben en dicho programa bien entrado su embarazo, por lo que son la de menor cantidad en esta gráfica, según estudios revisados no existe gran diferencia por trimestre en el apareamiento de signos y síntomas de ansiedad y depresión.

**Grafico N° 9**



Fuente: cuadro No 9

**Cuadro No 10.**

**Pregunta:** ¿Se ha sentido triste durante el embarazo?

¿Se ha sentido triste?	Frecuencia.	Porcentaje
SI	15	27.3%
NO	40	72.7%
Total	55	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a embarazadas primigestas.

**Análisis:**

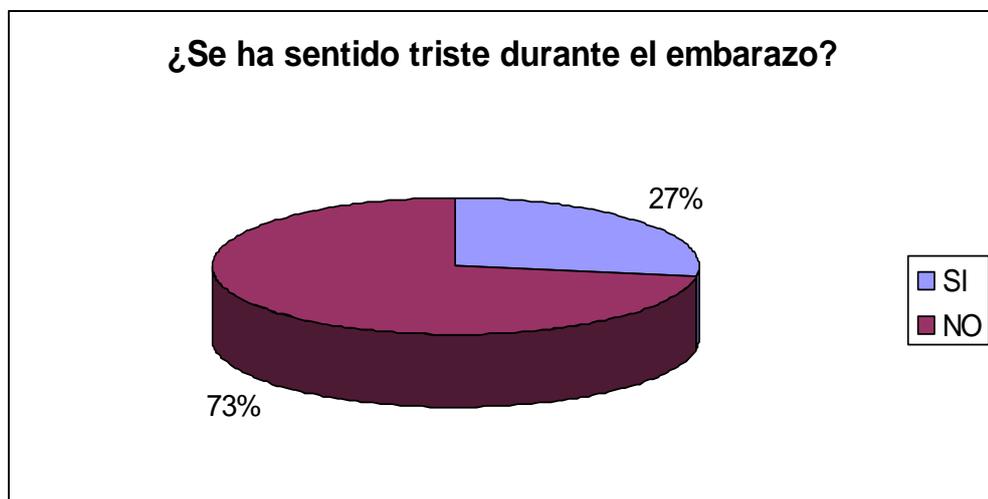
En este cuadro se puede apreciar que de 55 embarazadas encuestadas se refleja una tendencia que 15 embarazadas se han sentido tristes durante el embarazo el cual representa el 27.3% y 40 mencionaron que no se han sentido tristes durante el

embarazo del total que fueron 55 encuestadas representando el 72.7 % del grupo encuestado.

### **Interpretación:**

La mayor parte de las encuestadas no presentaron durante el embarazo síntoma de tristeza en ningún momento, ya que se puede decir que la tristeza es el principal síntoma que se considera como criterio para determinar la presencia de depresión en la persona, aunque cabe mencionar que pueden existir otros síntomas que una persona con depresión presente y esta no manifieste tristeza, sin embargo hubo un grupo pequeño que si manifestó haber presentado tristeza en algún momento del embarazo, por lo que se puede determinar que estas personas si presentaron síntomas de depresión, con solo haber sentido tristeza , ya que es el único síntoma que se considera como criterio para depresión.

**Gráfica No 10**



Fuente: cuadro No 10

### Cuadro No 11

**Pregunta:** ¿Se ha sentido triste durante el embarazo?

¿Por qué?

Si ¿Por qué?	Frecuencia	Porcentaje.
Preocupada por el bienestar del niño/a.	2	13.3%
Por que es su primer embarazo.	2	13.3%
Porque esta soltera.	1	6.7%
Fue un embarazo no planeado.	2	13.3%
Por problemas familiares.	3	20%
Porque es normal.	5	33.4%
Total.	15	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a embarazadas primigestas.

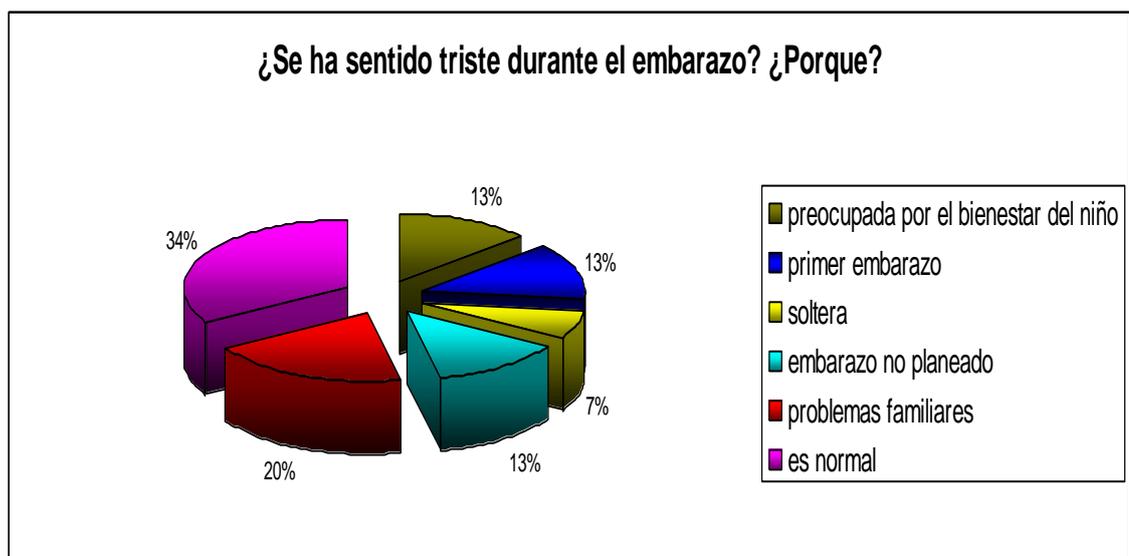
#### **Análisis:**

En este cuadro se presenta la opinión que dieron las 15 embarazadas primigestas que mencionaron que han sentido tristeza durante el embarazo donde 2 de las 15 mencionaron que se sentían preocupadas por el bienestar del niño/a que corresponde al 13.3%, otras 2 mencionaron porque es su primer embarazo que también representa el 13.3%, 1 respondió porque esta soltera que corresponde al 6.7%, 2 respondieron que su embarazo fue no planeado que demuestra el 13.3%, otras 3 mencionaron porque tienen problemas familiares que representa el 20%, y 5 mencionaron por que durante el embarazo es normal sentirse tristes que corresponde al 33.4% del total.

### Interpretación:

Como se puede ver en los resultados que se obtuvieron al encuestar a las embarazadas que mencionaron que han sentido tristeza se demuestra que hay múltiples factores que influye en el estado de ánimo de las personas, encontrándose entre estos preocupaciones por el bienestar de su producto ya que esto es un acontecimiento único en la vida de toda mujer el cual es un factor psicosocial, de riesgo para depresión, así como el ser su primer embarazo, estar soltera en un momento tan importante de su vida, por ser un embarazo que no estaba dentro de los planes de ellas, otro factor es el apoyo familiar que influye mucho en el estado emocional del ser humano, y la mayoría menciona que es una etapa normal en la vida de toda mujer.

**Gráfica No 11**



**Fuente: cuadro No 11**

### Cuadro No 12.

**Pregunta:** ¿Ha tenido problemas para conciliar el sueño?

¿Problema para conciliar el sueño?	Frecuencia	Porcentaje
SI	29	52.7%
NO	26	47.3%
Total	55	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a embarazadas primigestas.

#### **Análisis:**

En este cuadro se describe cuantas embarazadas primigestas han tenido problemas para conciliar el sueño durante el embarazo de las cuales 29 mencionaron que si han presentado dificultad para conciliar el sueño que corresponde al 52.7% y 26 encuestadas respondieron que no presenta problemas para dormir que representa el 47.3% de las 55 encuestadas en las diferentes unidades de salud en estudio.

#### **Interpretación:**

Se puede demostrar con los resultados que un número alto de embarazadas presentan trastornos del sueño, que es otro síntoma que se encontró dentro de los criterios para realizar diagnóstico de depresión pero este junto con otros síntomas acompañantes, ya que por sí solo no se puede decir que la persona está deprimida, por el contrario el 47.3% de las encuestadas reflejaron que no tienen problemas para dormir, pero no se descarta que no puedan presentar otros síntomas de depresión diferente.

Gráfica No 12



Fuente: cuadro No 12

Cuadro No 13.

**Pregunta:** ¿Últimamente ha perdido interés en las cosas que solían darle satisfacción?

¿Pérdida de interés por las cosas que le dan satisfacción?	Frecuencia	Porcentaje
SI	24	43.6%
NO	31	56.4%
Total	55	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a embarazadas primigestas.

**Análisis:**

En el presente cuadro podemos identificar que la mayor parte de embarazadas primigestas no han perdido el interés por las cosas que solían darle satisfacción de las

55 embarazadas encuestadas 31 mencionaron que no que corresponde al 56.4% y solo 24 de ellas respondieron si, que corresponde a el 43.6% respectivamente.

**Interpretación:**

Se puede apreciar en el gráfico anterior que las embarazadas encuestadas la mayoría respondió que no ha perdido el interés por las cosas que solía hacer, en comparación con las que respondieron que si, de esta manera se evaluó la actitud de la embarazada como la reducción de las actividades o la pérdida de realizarlas, que está dentro de los criterios para decir que presenta síntomas de depresión.

**Gráfica No 13**



**Fuente: cuadro No 13**

#### **Cuadro No 14.**

**Pregunta:** ¿Se ha aislado de los demás o ha tenido intención de hacerlo?

¿Se ha aislado de los demás?	Frecuencia	Porcentaje
SI	12	21.8%
NO	43	78.2%
Total	55	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a embarazadas primigestas.

#### **Análisis:**

En el cuadro No 14 se demuestra que de las 55 embarazadas encuestadas 43 respondieron que no se han aislado de las personas por su embarazo, que representa el 78.2% y solo 12 de las entrevistadas respondieron que si se han aislado de los demás que corresponde a un 21.8% respectivamente.

#### **Interpretación:**

En el grafico anterior las embarazadas primigestas encuestadas respondieron la Mayoría que no se aíslan de los demás, pero hubo un grupo que respondieron que si, ya que con esta pregunta se esta evaluando otro factor como es el aislamiento social y la actitud de la persona con los demás, que es otro síntoma que presenta la depresión.

**Gráfica No 14**



Fuente: cuadro No 14

**Cuadro No 15.**

**Pregunta:** ¿Tiene dificultad para la toma de decisiones?

¿Tiene dificultad para la toma de decisiones?	Frecuencia	Porcentaje
SI	21	38.2%
NO	34	61.8%
Total	55	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a embarazadas primigestas.

**Análisis:**

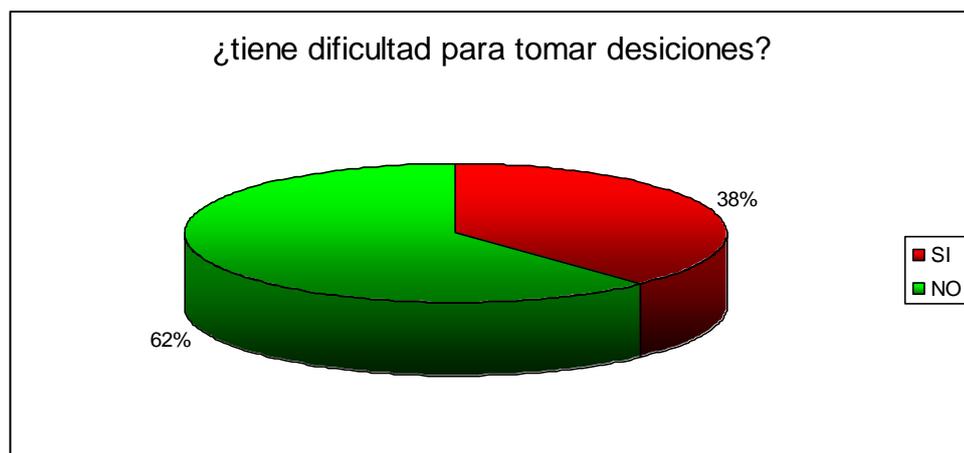
En el cuadro No 15 ayuda a identificar cuantas de las embarazadas primigestas tienen dificultad para tomar decisiones de las cuales la mayoría menciono que no que representa a 34 encuestadas que corresponde al 61.8%, pero hubieron 21

embarazadas que respondieron que si tienen dificultad para la toma de desiciones que corresponde al 38.2% del total respectivamente.

**Interpretación:**

Como se puede ver en el gráfico anterior se refleja que un alto número de mujeres embarazadas no presentan ninguna dificultad para la toma de desiciones que evalúa también la pérdida de interés por parte de las personas, sin embargo el 38.2% sí menciona que ha presentado dificultad para la toma de desiciones durante su embarazo lo que quiere decir que si ha presentado síntomas de depresión pero hay que quedar claro que pueden presentarse otros síntomas a diferencia de este.

**Gráfica No 15**



**Fuente: cuadro No 15**

### Cuadro No 16

**Pregunta:** ¿Ha pensado alguna vez en hacerse daño?

¿Ha pensado en hacerse daño?	Frecuencia	Porcentaje
SI	5	9.9%
NO	50	90.9%
Total	55	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a embarazadas primigestas.

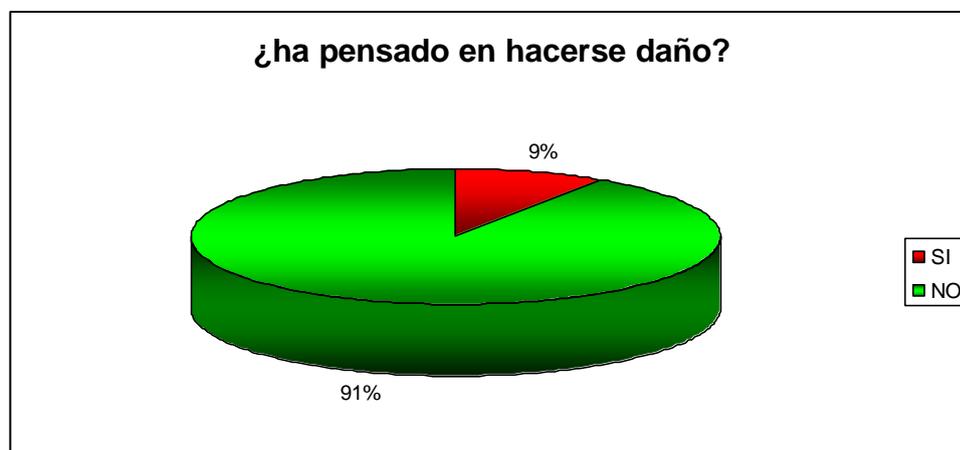
#### **Análisis:**

En el siguiente cuadro se da la respuesta a la interrogante si las embarazadas primigestas alguna vez han pensado en hacerse daño, donde de las 55 encuestadas 50 de ellas respondieron que no lo que corresponde al 90.9% y solo 5 embarazadas respondieron que si han pensado en hacerse daño durante el embarazo que representa el 9.1% de las encuestadas que corresponden al 100%.

#### **Interpretación:**

En la grafica n° 16 se demuestra que el 91% de las embarazadas primigestas no han pensado en hacerse daño ella o al niño/a, en cambio solo el 9% en algún momento de su embarazo si pensó en hacerse daño, lo que se puede determinar que si hubo presencia de síntomas de depresión en estas personas donde lo que se estaba evaluando era el estado de animo de la paciente, como el hacerse daño, por otro lado la mayoría mencionó que no, pero no hay que olvidar que estas pueden presentar otros síntomas.

**Gráfica No 16**



**Fuente: cuadro No 16**

**Cuadro No 17**

**Pregunta:** ¿Ha pensado alguna vez en abortar el niño?

¿Ha pensado en abortar?	Frecuencia	Porcentaje
SI	5	9.1%
NO	50	90.9%
Total	55	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a embarazadas primigestas.

**Análisis:**

Al preguntarles a las embarazadas si alguna vez pensó en abortar de las 55 entrevistadas solo 5 respondieron que si correspondiendo al 9.1%, en cambio la mayoría ó sea 50 embarazadas respondió que no, nunca habían pensado en abortar al momento de entrevistarlas del 100% que representan.

**Interpretación:**

Con una diferencia elevada la mayoría de mujeres embarazadas primigestas refirieron nunca haber pensado en abortar en un 90.9%, pero si se encontró un grupo que al comienzo del embarazo, sí lo pensó en muchas ocasiones en abortar, entonces con este aspecto se evaluó si esta persona presentaba intentos suicidas que es otro criterio para decir que si presenta signos y síntomas de depresión.

**Grafica No 17**



**Fuente: cuadro No 17**

### Cuadro No 18

**Pregunta:** ¿Deseaba estar embarazada?

¿Deseaba estar embarazada?	Frecuencia	Porcentaje
SI	37	67.3%
NO	18	32.7%
Total	55	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a embarazadas primigestas.

#### **Análisis:**

En el cuadro número 18 se responde la interrogante si de las 55 embarazadas todas deseaban estar embarazadas de las cuales solo 37 respondieron que SI, que representa el 67.3% y solo 18 embarazadas respondieron: No deseaban el embarazo por que no lo había planeado, que corresponde al 32.7% respectivamente.

#### **Interpretación:**

No es muy relevante el número de embarazadas que respondió que no deseaba el embarazo que fue de un 32.7%, y esto se debe al apoyo que estas personas tienen de la familia, el grado de conocimiento que se les inculcó, la educación, así como lo económico, que son factores influyentes en que una persona sufra de depresión.

Por otro lado las mujeres que respondieron que si deseaban estar embarazadas es mayor de un 67.3%, debido al apoyo de su familias, o se encuentra emocionalmente más estable, también otro punto importante de resaltar es la edad de estas personas, ya que entre más jóvenes hay más riesgo de presentar signos y síntomas de depresión.

**Grafico N° 18**



Fuente: cuadro No 18

**Cuadro No 19.**

**Pregunta:** ¿Se siente apoyada por la familia?

¿Se siente apoyada por la familia?	Frecuencia	Porcentaje
SI	47	85.5%
NO	8	14.5%
Total	55	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a embarazadas primigestas.

**Análisis:**

Se hizo la interrogante a las encuestadas, sobre si se sienten apoyadas por sus familiares, de las cuales 47 de las 55 embarazadas respondieron que SI que

representa el 85.5% y solo un numero menor contestaron que NO se sienten apoyadas por su familias que corresponde al 14.5%.

### **Interpretación:**

En el siguiente gráfico se puede observar que solo un pequeño porcentaje de embarazadas encuestadas no tienen el apoyo de su familia 14.5%, que es un factor psicosocial que se está evaluando en ellas, que influye en el desarrollo de signos y síntomas de depresión, porque es muy importante que estas personas estén casadas o no, tiene sus padres o es muy joven.

Por el contrario la mayoría de embarazadas si están apoyadas por su familia y pareja en un 85.5%. A pesar del apoyo de su familia no está excenta de presentar signos y síntomas de depresión ya que hay otros factores que pueden influir en su estado de ánimo.

**Gráfica N° 19**



**Fuente: cuadro No 19**

### Cuadro No 20.

**Pregunta:** ¿Se siente inferior que los demás?

¿Se siente inferior que los demás?	Frecuencia	Porcentaje
SI	4	7.3%
NO	51	92.7%
Total	55	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a embarazadas primigestas.

#### **Análisis:**

Se les preguntó a las embarazadas primigestas si se sienten inferior que los demás, donde de las 55 entrevistadas 51 afirmaron que No se sienten inferiores que los demás, correspondiendo al 92.7%,y solo 4 respondieron que SI se sienten inferiores que responde al 7.3%.

#### **Interpretación:**

La evaluación de que las embarazadas primigestas se sienten inferiores a los demás se demuestra que solo una pequeña cantidad de ellas presentan este problema, en un 7.3% debido a que ellas presentan vergüenza con sus padres, no tienen el apoyo de su familia, o se imaginan que la gente la critica, por ese motivo es que en muchas ocasiones la embarazada no asiste a sus controles prenatales por el que dirá la gente.

Siendo éste un criterio en el cual se evalúa el estado de ánimo de la embarazada para decir si presenta signos y síntomas de depresión. Por el contrario un número bastante alto menciona que no se siente inferior que los demás en un 92.7%.

**Gráfico N° 20**



Fuente: cuadro No 20

**Cuadro N° 21**

**Pregunta:** ¿siente que el corazón le late más rápido de lo normal?

¿El corazón le late más rápido?	Frecuencia	Porcentaje
SI	28	51
NO	27	49
Total	55	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a embarazadas primigestas.

### **Análisis:**

En este cuadro se da respuesta a la interrogante si sienten que el corazón les late más rápido de lo normal donde 28 de las 55 embarazadas primigestas respondieron que si que representa el 51% y solamente 27 respondieron que no sienten que el corazón les late más rápido que representa el 49% restante.

### **Interpretación:**

Como se puede observar no hay mucha diferencia entre las embarazadas primigestas que han sentido un cambio en la frecuencia cardiaca ya que el 51% dijo que si y el 49% que no, que es otro factor que se evalúa en toda paciente con signos y síntomas de depresión valorando el estado de ánimo, pero también estos cambios se pueden observar por los cambios fisiológicos que presenta durante el embarazo.

**Gráfico N° 21**



**Fuente: cuadro No 21**

### Cuadro N° 22

**Pregunta:** ¿ha sido molestada por pensamientos o imágenes desagradables que se le ocurren repetidamente relacionadas con la salud de su hijo?

¿Ha sido molestada por pensamientos desagradables?	Frecuencia	Porcentaje
SI	27	49
NO	28	51
Total	55	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a embarazadas primigestas.

#### **Análisis:**

El cuadro N° 22 ayuda a determinar la respuesta que las embarazadas dieron a la pregunta si han sido molestadas por pensamientos desagradables, donde de las 55 embarazadas primigestas 27 mencionaron que sí, que representa el 49% y solamente 28 mencionaron que no, que corresponde al 51 % restante.

#### **Interpretación:**

En la población de embarazadas primigestas según el gráfico anterior se demuestra que 49% de ellas si han sido molestadas con pensamientos desagradables relacionados con la salud de su hijo/a y solamente el 51% respondió que no y este es otro parámetro para evaluar la presencia de signos y síntomas de depresión ya que éste determina el estado de pensamiento y concentración de ellas y esto puede deberse a que hay otros factores que contribuyen a esto como la edad , educación , y la estabilidad familiar.

**Gráfico N° 22**



Fuente: cuadro No 22

**Cuadro N° 23**

**Pregunta:** ¿ha tenido imágenes de muertos u otros eventos horribles?

¿Ha tenido imágenes de muertos?	Frecuencia	Porcentaje
SI	26	47
NO	29	53
Total	55	100%

Fuente: Cedula de entrevista dirigida a embarazadas primigestas.

**Análisis:**

Al preguntarles a las embarazadas si en algún momento ha tenido imágenes de muertos u otros eventos horribles de las 55 encuestadas 26 respondieron afirmativamente que corresponde al 47% y solamente 29 respondió que no representando el 53% restante de las embarazadas encuestadas.

**Interpretación:**

El gráfico anterior demuestra que hay una pequeña diferencia entre las embarazadas que han tenido imágenes de muertos en un 47% y las que no en un 53% pudiendo demostrar que si es posible que se presenten cambios en el estado de ánimo, ya que este es otro parámetro para evaluar el estado de pensamiento y concentración en una persona que presente signos y síntomas de depresión, presentando estas ideas de cambio del pensamiento que se manifiestan con la presencia de pesadillas y pérdida del sueño.

**Gráfico N° 23**



**Fuente: cuadro No 23**

### Cuadro No 24

**Pregunta:** ¿Se ha examinado el cuerpo para ver si hay señales de alguna enfermedad?

¿Se ha examinado?	Frecuencia	Porcentaje
SI	16	29%
NO	39	71%
TOTAL	55	100%

Fuente: cedula de entrevista.

#### **Análisis:**

El 29% de las embarazadas encuestadas respondió que se había examinado su cuerpo en alguna ocasión buscando señales de alguna enfermedad, mientras que el 71% respondió que no lo había hecho en ninguna ocasión.

#### **Interpretación:**

Del total de las embarazadas primigestas solamente una pequeña parte respondió afirmativamente haberse examinado como preocupación al padecimiento de alguna enfermedad durante su gestación, signo que es característico de los trastornos de ansiedad que se manifiesta como preocupación persistente mientras que la mayor parte de las embarazadas negaron haberse examinado su cuerpo en busca de alguna señal de enfermedad.

**Gráfico No 24**



Fuente: cuadro No 24

**Cuadro No 25**

**Pregunta:** ¿Ha sentido temor por algo durante el embarazo?

¿Ha sentido temor durante el embarazo?	Frecuencia	Porcentaje
SI	27	49%
NO	28	51%
TOTAL	55	100%

Fuente: cedula de entrevista.

**Análisis:**

En el cuadro se puede observar que el 49% de la población encuestada respondió que si ha presentado temor por algo durante su embarazo, mientras que el 51% manifestó que no ha presentado ningún temor durante esta etapa.

**Interpretación:**

De las embarazadas primigestas encuestadas 27 respondieron que durante su embarazo han sentido temor por algo, lo cual coincide con la literatura en la que se menciona que las embarazadas primigestas manifiestan algún temor ante esta nueva etapa debido a la serie de cambios que se presentan, mientras que 28 embarazadas respondieron no haber presentado temor alguno a pesar de ser su primer embarazo.

**Gráfico No 25**



Fuente: cuadro No 25

### Cuadro No 26

**Pregunta:** ¿Se enoja con mucha facilidad?

¿Se enoja con facilidad?	Frecuencia	Porcentaje
SI	32	58%
NO	23	42%
TOTAL	55	100%

Fuente: cedula de entrevista.

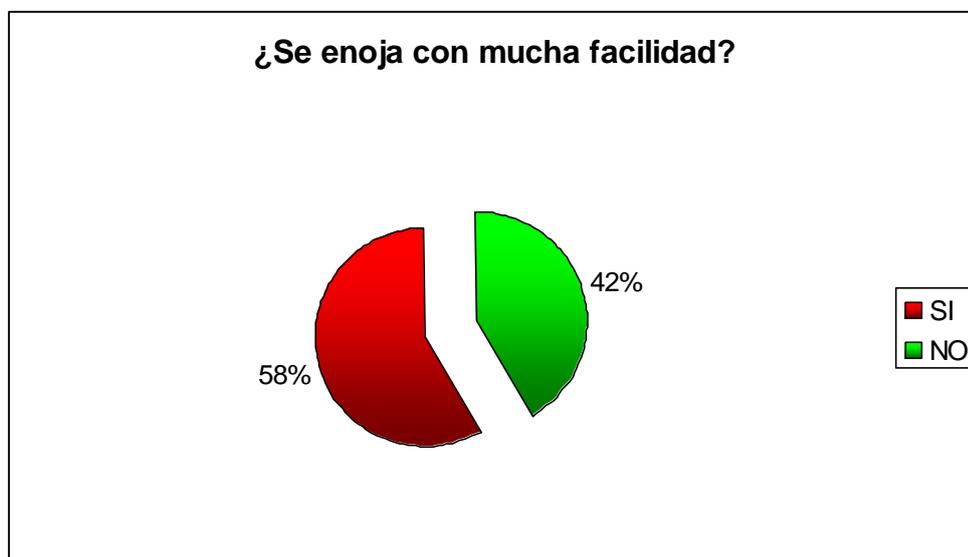
#### **Análisis:**

La mayor parte de las embarazadas manifestaron enojarse con facilidad, representando el 58%, en tanto que el 42% restante manifestaron que no se enojan con facilidad durante su embarazo.

#### **Interpretación:**

De las embarazadas encuestadas, 32 dijeron enojarse con facilidad, signo de ansiedad que refleja algún grado de irritabilidad, además de cierto grado de estrés en las que la mayoría de estas embarazadas se ven sometidas durante esta etapa, mientras que las 23 restantes negaron este padecimiento, lo cual refleja que una minoría de esta población no presenta irritabilidad.

**Gráfico No 26**



Fuente: cuadro No 26

**Cuadro No 27**

**Pregunta:** ¿Ha tenido pesadillas durante su embarazo?

¿Ha tenido pesadillas durante su embarazo?	Frecuencia	Porcentaje
SI	22	40%
NO	33	60%
TOTAL	55	100%

Fuente: cedula de entrevista.

**Análisis:**

El 40% de las embarazadas primigestas encuestadas respondió que en algún momento de su embarazo ha tenido pesadillas, mientras que el restante 60% negó haber tenido pesadillas.

**Interpretación:**

De la población encuestada, solamente 22 afirmaron haber tenido pesadillas durante su gestación, lo cual es el resultado de los temores que han manifestado tener en algún momento de su embarazo, con este parámetro se evalúa el estado de concentración de la embarazada para decir si tiene signos y síntomas de depresión, mientras que 33 de ellas negaron haber tenido pesadillas en esta etapa.

**Gráfico No 27**



**Fuente: cuadro No 27**

### Cuadro No 28

**Pregunta:** ¿Tiene problemas que siente que no puede resolver?

¿Tiene problemas que siente que no puede resolver?	Frecuencia	Porcentaje
SI	13	24%
NO	42	76%
TOTAL	55	100%

Fuente: cedula de entrevista.

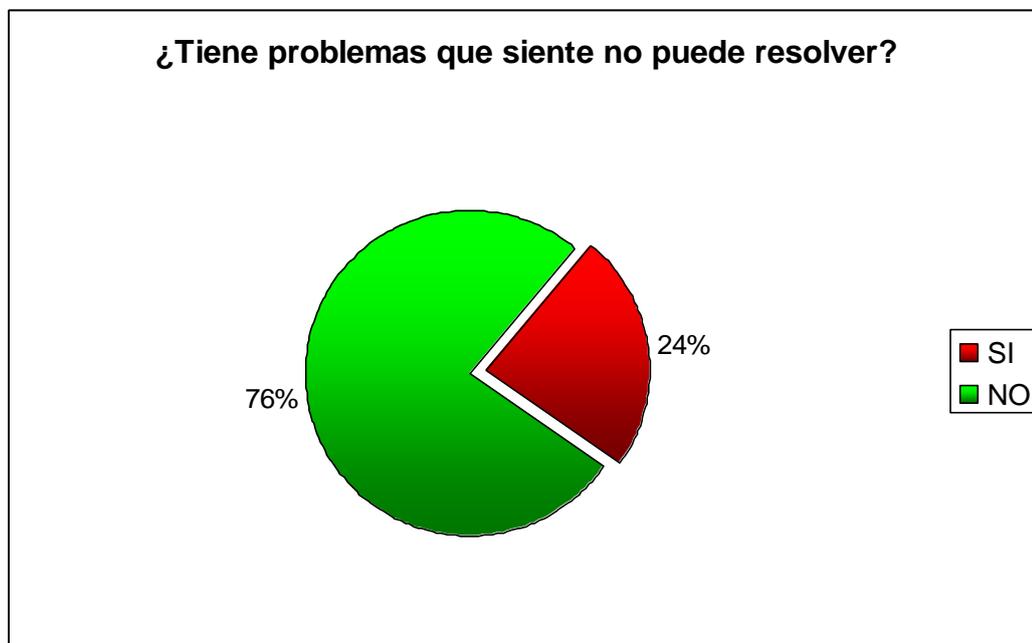
#### **Análisis:**

El 24% de la población encuestada respondió que si tiene algún tipo de problema el cual sienta que no pueda resolver. En tanto que el 76% manifestó no tener problemas de esta índole.

#### **Interpretación:**

Una pequeña parte de las embarazadas primigestas representando 13 de ellas manifestó tener algún problema que sienten que no pueden resolver, los cuales son causantes del grado de estrés e irritabilidad que presentan algunas de las embarazadas encuestadas, en tanto que 42 de ellas respondieron que no tienen problemas que no puedan solucionar, lo cual indica que estos problemas no son los causantes de desencadenar alguna preocupación en la población en estudio.

**Gráfico No 28**



**Fuente: cuadro No 28**

**Cuadro No 29**

**Pregunta:** ¿Siente que va a suceder algo terrible?

¿Siente que va a suceder algo terrible?	Frecuencia	Porcentaje
SI	8	15%
NO	47	85%
TOTAL	55	100%

Fuente: cedula de entrevista.

**Análisis:**

El 15% de las embarazadas primigestas respondió afirmativamente, sienten que algo terrible va a suceder, en tanto que el 85% restante manifestó no tener dicho presentimiento.

**Interpretación:**

Del total de la población investigada solamente 8 manifestaron tener la sensación de que algo terrible va a suceder, lo cual coincide con las que manifestaron afirmativamente a la pregunta si habían sentido algún temor durante su embarazo, el cual es otro parámetro para evaluar el estado de concentración y decir si presenta signos y síntoma de ansiedad, mientras que las 47 restantes negaron tener dicha sensación.

**Gráfico No 29**



**Fuente: cuadro No 29**

### Cuadro No 30

**Pregunta:** ¿Se siente satisfecha por su embarazo?

¿Se siente satisfecha por su embarazo?	Frecuencia	Porcentaje
SI	49	89%
NO	6	11%
TOTAL	55	100%

Fuente: cedula de entrevista.

#### **Análisis:**

El 89% de las personas encuestadas respondieron que se encuentran satisfechas con su gestación mientras que solamente el 11% respondió no sentirse satisfecha durante esta etapa.

#### **Interpretación:**

La gran mayoría de embarazadas primigestas representando 49 de ellas manifestaron sentirse satisfechas con su gestación, a pesar de que algunas de ellas no habían planeado su embarazo o se encontraban solteras, lo cual refleja que se han adaptado adecuadamente a esta etapa, en tanto que solamente 6 de ellas manifestaron alguna inconformidad debido a factores económicos y familiares que de alguna forma afectan el estado emocional de la embarazada.

**Gráfico No 30**



Fuente: cuadro No 30

**Cuadro No 31**

**Pregunta:** ¿Ha tenido tensión muscular o contracturas a causa de estrés?

¿Ha tenido tensión muscular o contracturas a causa de estrés?	Frecuencia	Porcentaje
SI	30	54%
NO	25	46%
TOTAL	55	100%

Fuente: cedula de entrevista.

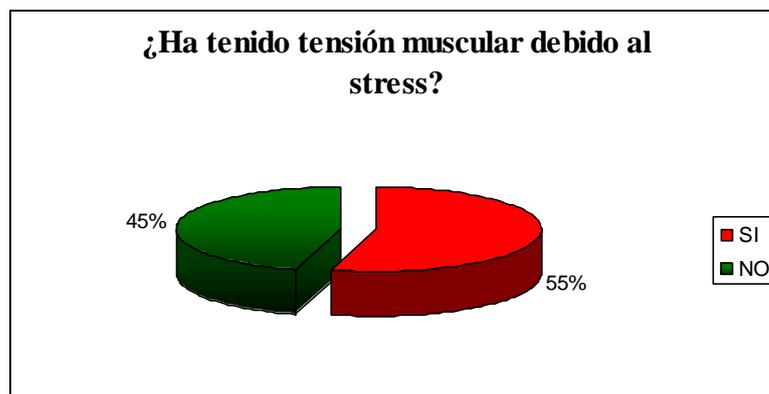
**Análisis:**

El 54% de las embarazadas encuestadas afirmaron haber tenido tensión muscular o contracturas causadas por estrés, mientras que el 46% negaron haber padecido algún tipo de contractura ocasionada por el estrés.

### **Interpretación:**

De las embarazadas encuestadas 30 afirmaron haber padecido de tensión o contractura a causa del estrés, lo cual es el resultado de los problemas y temores que algunas de ellas manifestaron durante su embarazo, mientras que las 25 restantes negaron haber tenido dichas contracturas lo cual refleja que algunas de ellas presentan bajo o ningún grado de estrés.

**Gráfico No 31**



**Fuente: cuadro No 31**

### Cuadro No 32

**Pregunta:** ¿Ha tenido dificultad en permanecer quieta debido a las preocupaciones?

¿Ha tenido dificultad en permanecer quieta debido a las preocupaciones?	Frecuencia	Porcentaje
SI	19	35%
NO	36	65%
TOTAL	55	100%

Fuente: cedula de entrevista.

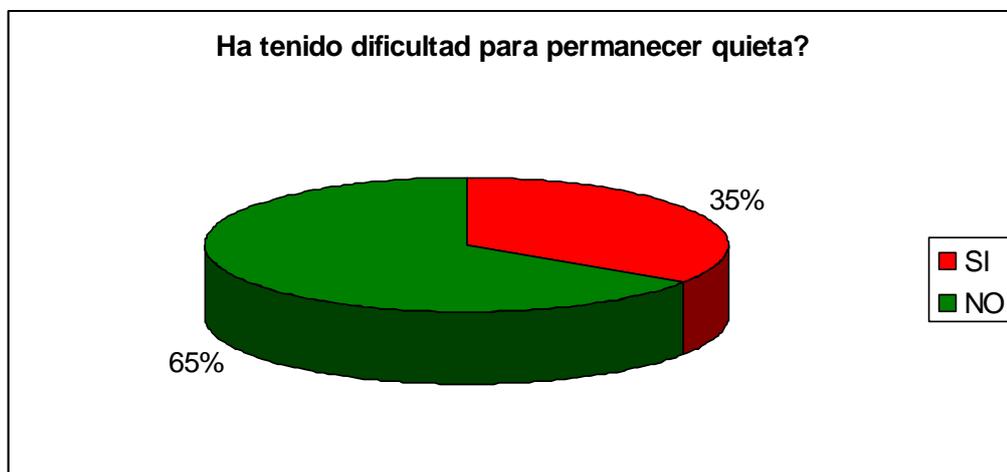
#### **Análisis:**

35% de la población encuestada respondió que sí tiene dificultades para permanecer quieta debido a las preocupaciones, en tanto que 65% restante manifestó no tener dificultades para mantenerse quieta.

#### **Interpretación:**

De las embarazadas primigestas encuestadas 19 afirmaron tener dificultades para mantenerse quieta a causa de las preocupaciones, coincidiendo con el número de embarazadas que mostraron algún signo y síntoma de ansiedad, mientras que las 36 restantes manifestaron no tener dificultad para mantenerse quieta, aunque no se descarta que estas embarazadas puedan presentar otros signos y síntomas de ansiedad diferentes a éste.

**Gráfico No 32**



Fuente: cuadro No 32

**Cuadro No 33**

**Pregunta:** ¿Ha tomado algún antidepresivo o sedante antes o durante su embarazo?

¿Ha tomado algún antidepresivo o sedante antes o durante su embarazo?	Frecuencia	Porcentaje
SI	0	0%
NO	55	100%
TOTAL	55	100%

Fuente: cedula de entrevista.

**Análisis:**

El 100% de las embarazadas primigestas encuestadas respondieron no haber tomado algún sedante o antidepresivo antes o durante su embarazo.

**Interpretación:**

De las embarazadas primigestas todas respondieron no haber tomado algún sedante o antidepresivo antes o durante su gestación, con lo cual se cumple con el criterio de inclusión de tomar en cuenta en el estudio solo embarazadas primigestas que no tuvieran antecedentes de episodios de ansiedad o depresión previos (trastornos del sueño o de la concentración), mientras que ninguna manifestó haberlos tomado.

**Gráfico No 33**



**Fuente: cuadro No 33**

## 5.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS.

A continuación se da a conocer el resultado al comprobar la hipótesis general y específicas a través de tablas y gráficas teniendo de esta manera que las hipótesis de trabajo se aceptan.

Hi: El primer embarazo es un factor desencadenante de ansiedad y depresión en la vida de la mujer.

CUADRO No 1. SIGNOS Y SINTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESION.

Signos y Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Signos y síntomas de depresión	11	20%
Signos y síntomas de ansiedad	7	13%
Ambos síntomas	30	54%
Ningún síntoma	7	13%
Total	55	100%

Para la validación de la hipótesis principal se utilizo formula de "T" Student que se presenta a continuación:

$$T_c = \frac{\bar{x} - \mu_0}{\delta / \sqrt{n}} \quad T_a = n-1 gl$$

Donde:

Tc = "T" calculado.

$\bar{x}$  = Media aritmética.

$\mu_0$  = Parámetro supuesto ( $H_0$ )

$\delta$  = Desviación estándar.

N = Numero de individuos.

T $\alpha$  = T tabla.

gl = Grados de libertad.

$\delta/\sqrt{n}$  = Error estándar.

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{n}$$

Donde:

$\sum x$  = sumatoria total de individuos con síntomas y signos de depresión y ansiedad.

$$\delta = \frac{\sqrt{\sum (x_i - \bar{x})^2}}{n - 1}$$

Entonces:

Media aritmética =  $48/55 = 0.87$

Desviación estándar =  $\sqrt{\sum (1 - 0.87)^2 + \dots + (0 - 0.87)^2 + \dots / 55 - 1}$

Desviación estándar =  $\sqrt{0.013 \times 48 + 0.753 + 7/54}$

Desviación estándar =  $\sqrt{0.624 + 5.30/54}$

Desviación estándar = 0.33

Tc =  $0.87 - 0/0.33/\sqrt{55}$

Tc =  $0.87/0.33/7.42$

Tc =  $0.87/0.04$

$$T_c = 21.75$$

$$T_\alpha = 55 - 1$$

$T_\alpha = 54$  gl con el 0.05% de probabilidad estadística en la tabla de valores estadísticos arroja el siguiente valor: 2.004

Regla de decisión:

$$T_c > T_\alpha \text{ rechazo } H_0$$

$$T_c < T_\alpha \text{ rechaza } H_i$$

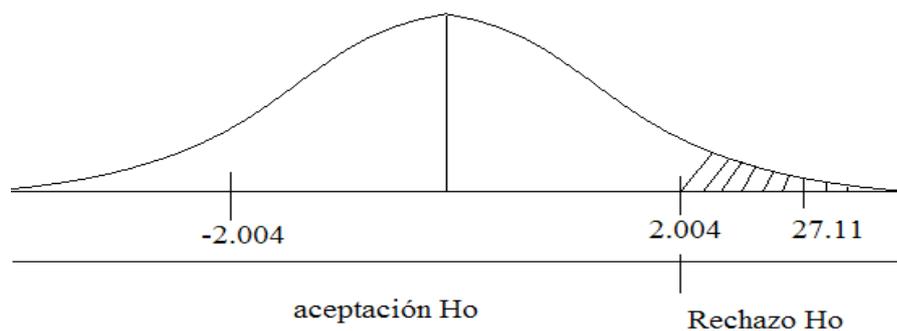
Entonces:

$$T_c > T_\alpha = 21.75 > 2.004$$

ANALISIS.

Para determinar la aceptación o rechazo de la hipótesis de trabajo se realizó una prueba de "t" Student, el cual compara las medias de los grupos de condición, en este caso. Detección de signos y síntomas de ansiedad y depresión en embarazadas primigestas en las unidades de salud en estudio, en el cual los resultados se pueden observar que al comparar  $t_c$  (21.75), es mayor que  $t_\alpha$  (2.004) en el rango de 0.05% de probabilidad estadística.

Gráfica N° 1



## INTERPRETACION.

La presente grafica representa los resultados obtenidos de la prueba de "t" Student, indicando y comprobando que al ser t calculado (21.75) mayor que t tabla (2.004) al 0.05% de probabilidad estadística, el t calculado se encuentra en la zona de rechazo de la  $H_0$ , por lo tanto aceptamos la hipótesis de trabajo, la cual enuncia "El primer embarazo es un factor desencadenante de signos y síntomas de ansiedad y depresión en la vida de la mujer".

CUADRO No 2. TRIMESTRE DE EMBARAZO

Trimestre	Frecuencia	Porcentaje
1° trimestre	7	15%
2° trimestre	18	38%
3o trimestre	23	47%
Total	48	100%

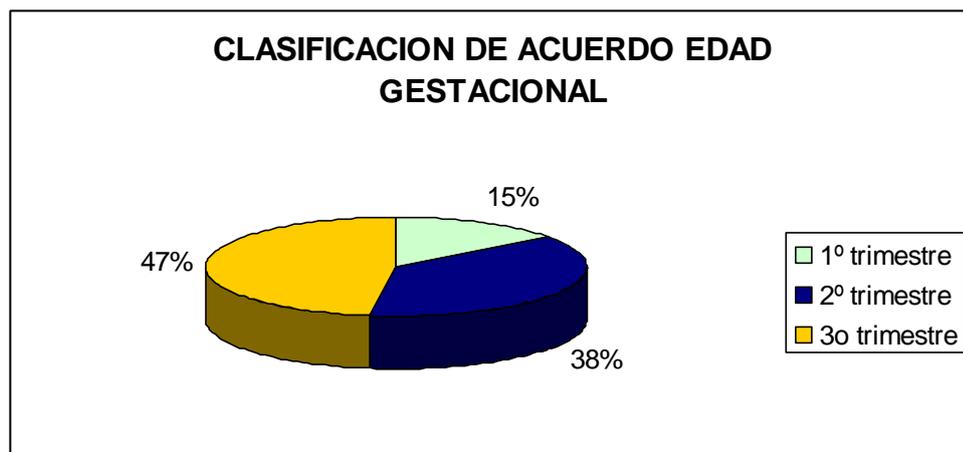
## ANALISIS

En el presente cuadro se observa que de las 48 embarazadas primigestas que presentan signos y síntomas de ansiedad y depresión, 23 de ellas se encuentran en su tercer trimestre de embarazo que representa el 47%, 18 se encuentran en su 2° trimestre de embarazo que corresponde al 38% y solamente 7 están en el 1° trimestre correspondiendo al 15% restante.

## INTERPRETACION

En la presente grafica se determina que hay una prevalencia de signos y síntomas de ansiedad y depresión en mayor numero durante el tercer trimestre de embarazo, lo que coincide con las preocupaciones que presentan al termino del embarazo sobre un parto normal, el bienestar de su bebe y se observa una menor incidencia durante el 1° trimestre del embarazo donde la mujer experimenta cambios fisiológicos por primera vez.

Gráfico N° 2



Fuente: cuadro No 2

CUADRO No3. EDAD

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10-14 años	1	2%
15-19 años	30	62%
20-49 años	17	36%
Total	48	100%

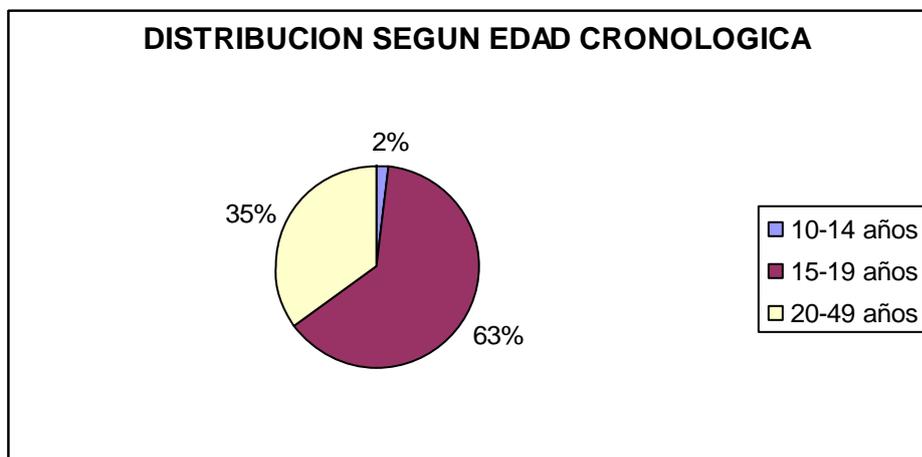
## ANALISIS.

De acuerdo con estos datos que se presentan en el cuadro No 3, se observa una mayor incidencia de signos y síntomas de ansiedad y depresión entre los 15 a 19 años que corresponde al 62% siguiéndole entre los 20 a 49 años que corresponde al 36% y en menor frecuencia entre los 10 a 14 años en un 2%.

## INTERPRETACION.

La mayoría de embarazadas primigestas encuestadas tienen tendencia a presentar signos y síntomas de ansiedad y depresión durante la adolescencia debido a que esta es una etapa en la que la mujer no está preparada psicológicamente a afrontar una situación como el embarazo, en cambio tiene un menor número de manifestaciones de signos y síntomas de ansiedad y depresión durante la etapa adulta debido a su madurez física y psicológica y está más preparada para afrontar el embarazo.

Grafico N° 3



Fuente: cuadro No 3

CUADRO No4. ESTADO FAMILIAR

Estado familiar	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	5	10%
Casada	8	17%
Unión libre	35	73%
Total	48	100%

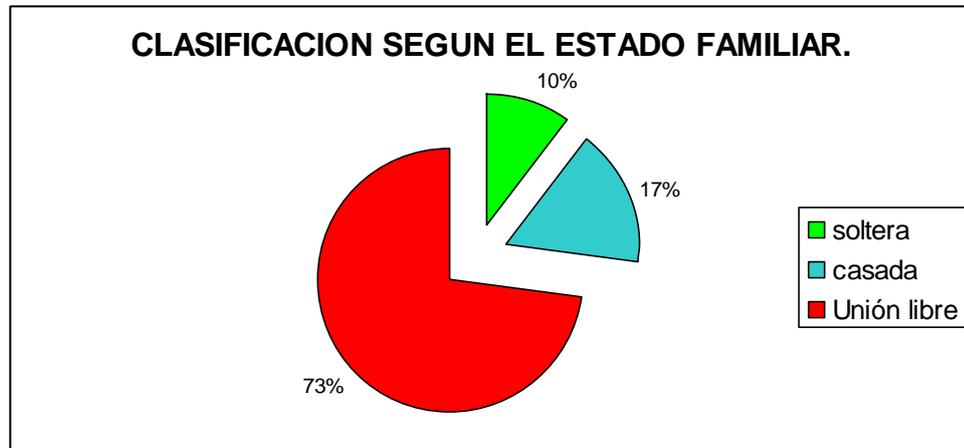
#### ANALISIS.

En el cuadro No 4 se hace referencia al estado familiar que tienen las 48 embarazadas que resultaron con presencia de signos y síntomas de ansiedad y depresión, de las cuales 35 están acompañadas (unión libre) representando el 73%, 8 se encuentran casadas correspondiendo al 17% y solamente 5 están solteras que representan el 10% restante.

#### INTERPRETACION.

Los datos que refleja esta grafica se tiene que hay una mayor incidencia de embarazadas primigestas que presentan signos y síntomas de ansiedad y depresión las cuales están acompañadas, en cambio, se tiene un menor numero de embarazadas encuestadas las cuales son solteras, con lo que se puede ver que el estado familiar influye en el estado psicológico de la embarazada ya que no cuenta con una estabilidad en su relación.

Gráfica N° 4



Fuente: cuadro No 4

CUADRO No 5. SABE LEER Y ESCRIBIR.

Sabe leer y escribir	Frecuencia	Porcentaje
Si	46	96%
No	2	4%
Total	48	100%

#### ANALISIS.

En el cuadro No 5 se observa que de las 48 embarazadas que resultaron con signos y síntomas de ansiedad y depresión, 46 de ellas saben leer y escribir que constituyen el 96% y solamente 2 no saben leer ni escribir, que representan el 4% restante.

## INTERPRETACION.

Se tiene que la mayoría de embarazadas primigestas encuestadas saben leer y escribir, el cual es un factor psicosocial importante en el desarrollo intelectual de la persona, en cambio, solo un menor número no goza de la capacidad de leer y escribir.

Gráfica N° 5



Fuente: cuadro No 5

## CUADRO No 6. ESCOLARIDAD

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
1°-3° grado	4	8%
4°-6° grado	10	21%
7°-9° grado	18	37%
Bachillerato	15	31%
Ninguna	1	3%
Total	48	100%

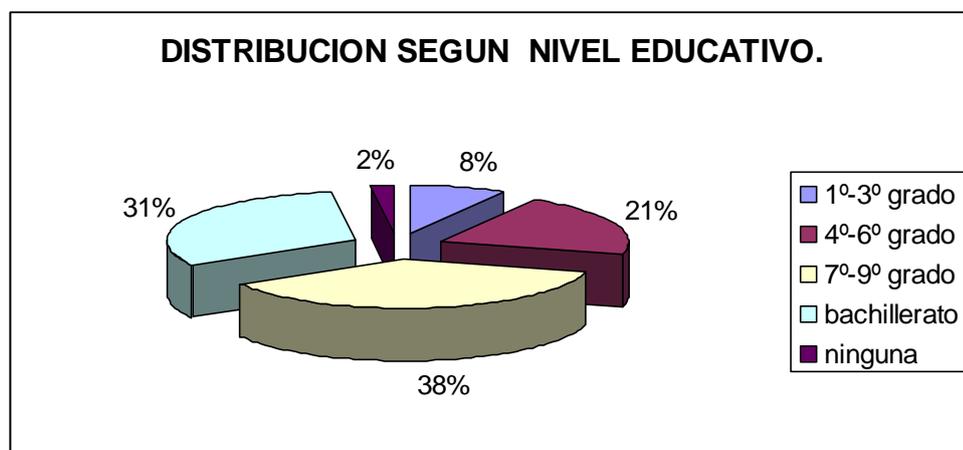
## ANALISIS.

De acuerdo a estos datos obtenidos se demuestra que el 37% de las embarazadas encuestadas tienen un nivel de escolaridad básico, en un 29% las que estudiaron solamente la primaria y un 31% terminaron el bachillerato y el 3% restante no realizó ningún estudio.

## INTERPRETACION.

De acuerdo con los datos que se obtuvieron se puede destacar que la mayor parte de las embarazadas encuestadas tienen un nivel de educación, probablemente se debe a que estas personas contaron con mayor accesibilidad a los servicios de educación así como su deseo de aprender, asimismo y a pesar de las facilidades que hoy en día se tiene para acceder a un centro escolar, solo una pequeña parte no cuenta con ningún estudio.

Grafica N° 6



Fuente: cuadro No 6

CUADRO No 7. INGRESO MENSUAL

Ingreso	Frecuencia	Porcentaje
≤ \$150	21	44%
> \$150	27	56%
Total	48	100%

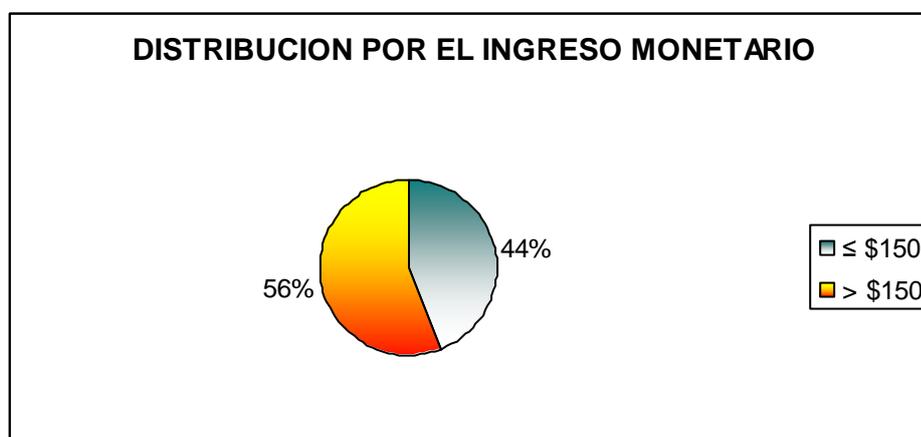
**ANALISIS.**

Se observa que de las 48 embarazadas primigestas el 56% tienen ingresos mensuales mayores a \$150 y solamente un 44% restante tiene ingreso mensual menor a \$150.

**INTERPRETACION.**

Con los datos anteriores relacionados con el ingreso mensual se observa que la mayoría de embarazadas tienen ingresos superiores a los \$150, esto se relaciona con que la mayoría no cuenta con trabajo remunerado sino que se sustenta de las remesas familiares.

Gráfica N° 7



Fuente: cuadro No 7

# **CAPITULO VI**

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

### 6.1 CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación, sobre la identificación de Signos y síntomas de ansiedad y depresión en la mujer embarazada primigesta en las unidades de salud de Nahuizalco Sonsonate, Guatajiagua Morazán e isla El Zacatillo La Unión en el periodo julio – agosto 2008. El grupo investigador llegó a las siguientes conclusiones.

- Se pudo comprobar que el primer embarazo en toda mujer adolescente y adulta es un factor desencadenante para el apareamiento de signos y síntomas de ansiedad y depresión, demostrando de esta manera que el 20% de las embarazadas presentan signos y síntomas de depresión y el 13% de ansiedad, pero un 54% de la población estudiada presentó tanto signos y síntomas de ansiedad como de depresión, esto se debe a que por ser una experiencia nueva en su vida muchas de ellas no están preparadas psicológicamente para este momento, tan importante de su vida, y se comprobó esto al comparar el  $t_c$  que es de (21.75) mayor que el  $t_\alpha$  (2.004) en un rango del 0.05% de probabilidad estadística.
- En cuanto a la relación por edades de apareamientos de signos y síntomas de ansiedad y depresión, se demostró que durante la adolescencia se presentan más estos hallazgos entre las edades de 15-19 años en un 62% debido a la poca experiencia y orientación que tienen acerca de cómo poder sobrellevar esta etapa importante de la vida en una mujer, ya que es un acontecimiento único

en ellas, y esto se debe a que en nuestro país no hay programas y personal capacitado para ofrecer ayuda y consejería a las madres adolescentes, en centros educativos y de salud, y en segundo lugar están aquellas jóvenes entre los 10-14 años en un 2% que es la etapa donde más riesgos pueden tener estas jóvenes por que aunque estén física y fisiológicamente aptas para quedar embarazadas, no han alcanzado una madurez emocional y en tercer lugar están entre las edades de 20-49 años en un 36% acá se determina una madurez física y emocional aunque siempre está el riesgo de presentar los signos y síntomas de ansiedad y depresión.

- Se tiene que el factor económico es determinante en el estilo de vida de las embarazadas primigestas ya que el 44% de éstas tiene un ingreso monetario mensual menor al salario mínimo esto debido a que la mayoría de ellas no desempeñan ningún trabajo remunerado sino que se dedican a los oficios domésticos, obteniendo el dinero de las remesas que les envían sus familiares del extranjero, otro factor que influye en el apareamiento de estos trastornos es el nivel de escolaridad que tienen estas embarazadas ya que solo una parte de ellas ha alcanzado la primaria en un 29%, la secundaria en un 37% y bachillerato en un 31% y ninguna ha podido realizar ningún estudio superior y esto es debido a que desde edades tempranas ya tienen obligaciones en el mantenimiento de la familia.
- En cuanto a la relación del apareamiento de signos y síntomas de ansiedad y depresión en las embarazadas primigestas durante el primer y tercer trimestre de embarazo se pudo comprobar que hay una mayor frecuencia durante el 3° trimestre en un 47% en comparación con el 1° trimestre en un 15% y esto se

debe a que la embarazada esta más preocupada sobre la salud de su bebé y como será el parto si es normal o por cesárea, donde más preguntas tiene sobre su embarazo, y en segundo lugar esta durante el 2º trimestre en un 38% en comparación al 3º trimestre.

## 6.2 RECOMENDACIONES.

- Al gobierno de El Salvador a través del ministerio de salud pública y asistencia social y sus unidades de salud en el primer nivel de atención. Dado que es un derecho constitucional el tener acceso a la salud gratuita para toda la población de este país, y una obligación del gobierno el hacer cumplir esto, y ya que el termino “salud” no abarca solamente la salud física sino también lo mental el grupo investigador insta a que amplíen los programas de salud mental y atención psicológica en las unidades de salud de todo el país, pues si bien este programa ya existe, solamente se encuentran funcionando en algunas unidades de salud del país en el área urbana y metropolitana específicamente y ya que la presente investigación demostró lo que ya varios estudios internacionales venían mencionando, la existencia de signos y síntomas de ansiedad y depresión en las embarazadas, especialmente en las primigestas, recomendamos la elaboración de estrategias de atención en salud psicológica que se enfoquen en este amplio grupo que si existe y que hasta ahora se esta ignorando.
- Al gobierno de El Salvador a través del ministerio de educación, dado que en las aulas de clase de todo el país es donde se encuentran la mayoría de nuestros adolescentes, el iniciar programas de conserjería sobre educación sexual y planificación familiar, esto mas allá del simple echo de ser un tema de clase, pues muchas dudas sobre las relaciones sexuales, planificación y embarazo no deseado no se ventilan adecuadamente en un salón de clase

producto de la presión de grupo la cual todas las adolescentes sufren. Recomendamos así también se abran las puertas para la capacitación técnica de todos y todas los jóvenes que aun no han terminado sus estudios y que seguramente no los terminaran; pues una herramienta laboral le permite a la mujer prepararse para la vida, le brinda ingresos económicos propios, todo esto le da independencia y un gran refuerzo a su autoestima, siendo esto muy importante para poder sobrellevar los cambios del embarazo.

- Al primer nivel de atención, facilitar material de apoyo y capacitación a los médicos y demás personal que presta servicios de salud para el tamizaje de signos y síntomas de ansiedad y depresión en las embarazadas primigestas con el fin de evitar que el factor emocional pase desapercibido como desencadenante de riesgo obstétrico.
- Al médico no psiquiatra, ser conciente de sus limitaciones profesionales al momento de encontrarse frente a pacientes con signos y síntomas de depresión y ansiedad a tomar una actitud responsable y referir a estos pacientes al siguiente nivel de atención.
- A la población en general, a mostrar apoyo y comprensión a este grupo de mujeres pues como se comprobó en este estudio, el sentimiento de abandono e incluso las ideas de suicidio, autoflagelación y aborto están presentes en algunas de ellas siendo esto un peligro para sus vidas, pues es una idea aceptada en todas las líneas de pensamiento psicológico y psiquiátrico que el deseo de autoflagelación y suicidio son síntomas de depresión severa y la depresión como tal es una enfermedad que debe atenderse, por tanto si una persona se suicida, no es su culpa, después de todo es una persona con una

enfermedad, es culpa de todos aquellos allegados suyos que lo dejaron solo, que permitieron que se suicidara.

- A la población femenina en edad fértil de nuestro país. El embarazo de una mujer es un evento único y especial en la vida siempre, pero tiene valor agregado cuando este se da por primera vez, por lo que es importante la preparación; Como el presente estudio demostró que la mayoría de primigestas pertenecen a un grupo étnico con bajo nivel educativo y dependencia económica sin independencia laboral, casi todas adolescentes e incluso algunos preadolescentes, por lo que como grupo investigador instamos a todas estas mujeres a tomar conciencia sobre la importancia de la preparación para la vida, de tomar las pocas herramientas que existen en el país para esto.

## **BIBLIOGRAFÍA**

## 7. BIBLIOGRAFIA

### LIBROS

BOWDEN, Charles y BURSTEIN, Alvin. Bases Psicosociales de la Atención Médica. Primera edición en español. D.F, México, Noriega Editores, 1990, 369 Págs.

CIE – 10, Trastornos mentales y del comportamiento. 2ª edición Meditor, Madrid, España, 1994

DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. 4ª edición. Barcelona.1997.

F. GARY Cunningham y otros. Williams Obstetricia, 21ª edición en español, Buenos Aires, Argentina, Editorial Medica Panamericana 2004, 1422 págs.

G. ELKIN, David. Psiquiatría Clínica, 1ª edición en español, México, D.F, Mc Graw Hill Interamericana Editores, 2000, 356 págs.

HERNANDEZ, Roberto; FERNANDEZ, Collado y BATISTA, Carlos. Metodología de la Investigación. 3ª edición. México D.F. Editorial McGraw Hill Interamericana 2003, 705 Págs.

JACOBSOM, James; JACOBSOM, Alan Secretos de la Psiquiatría. 2ª edición México D.F. Editorial McGraw Hill Interamericana, 1980, 612 Pág.

KENDALL, Philip y NORTON, Julian. Psicología Clínica. 1ª edición. D.F, México, Noriega Editores, 1988, 799 Págs.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Guías Clínicas de Atención de las Principales Morbilidades Obstetricias en el Tercer Nivel de Atención. San Salvador, El Salvador, C.A. 2003. 253 Págs.

PRITCHARD, Jack A; MACDONALD, Paul C; GANT, Norma. Williams Obstetricia. 3ª edición, Barcelona-Madrid, España, SALVAT Editores S.A, 1987, 900 págs.

ROJAS, Raúl. Guía para Realizar Investigaciones Sociales. 7ª edición. México D.F. Plaza y Valdés Editores. 1991. 286 Págs.

SAGARR, Jordi y otros. Diccionario de Medicina MOSBY. Edición 1995, Barcelona, España, 1437 Págs.

SCHARFETTER, Christian. Introducción a la Psicopatología General, 2ª edición, Madrid, España. Ediciones Morata, 1979, 408 págs.

SCHWARCZ, Ricardo Leopoldo y otros. Obstetricia. 4ª edición, Buenos Aires Argentina, Librería El Ateneo Editorial, 1987, 602 págs.

SOLOMON, Philip y PATCH, Vernon. Manual de Psiquiatría, 2ª edición. México, D.F. Editorial El Manual Moderno, S.A, 1976, 466 págs.

VALLEJO, Ruiloba. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría, 3ª edición. Barcelona, España. MASSON, S.A, 1991, 794 págs.

#### **TESIS**

DÍAZ, Antonieta; MEJIA, Rosa; TEVEZ, Sujey. **"Detección de trastornos ansiosos y trastornos depresivos en los municipios de Lolotique, Moncagua, Sociedad en el periodo Mayo- Julio 2002"**. Tesis, UES, San Salvador, El Salvador, C.A, enero 2003, 39 págs.

MOLINA, Hazel; REYES, Félix; VENTURA, Carlos. **"factores determinantes en la decisión de parto domiciliario u hospitalario en mujeres gestantes en las unidades de salud del triunfo departamento de Usulután, Sesorí y Tierra Blanca departamento de San Miguel en el periodo de agosto a septiembre 2005"**. Tesis, UES, San Miguel, El Salvador, C.A, enero del 2006, 184 Pág.

VELASQUEZ, Adriana. **"Ansiedad y depresión en primigestas adolescentes y añosas según la edad gestacional"**. Tesis, Caracas, Venezuela 2000, 90 págs.

## **REVISTAS**

LARA, María y otros. "Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México". Revista Salud Mental, vol 29, No 4, México D.F, Julio-Agosto 2006, 9 págs.

MARADIAGA, Marisol; BARAHONA, Oscar; GARCIA, Angel. "Depresión durante el embarazo en pacientes atendidos en la consulta externa del Instituto Hondureño de Seguro Social durante el periodo comprendido del 1 de agosto al 31 de agosto del 2003". Revista Médica de los Post Grado de Medicina UNAH, Honduras, Enero-Abril 2006, 8 págs.

PIMENTEL, Beatriz. "Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el Hospital Materno Infantil de la C.N.S La Paz, Bolivia". Revista Paceña de Medicina Familiar, La Paz, Bolivia, Octubre-Diciembre 2005, 5 págs.

ROSAS, Maribel y otros. "Niveles de ansiedad y factores asociados en gestantes adolescentes y adultos que acuden a hospitales del Ministerio de Salud de la ciudad del Cusco". Revista Médica de Perú, No 18 Marzo-Agosto 2001, 50 págs.

## **DIRECCIONES ELECTRONICAS.**

Sección de Estadística del MSPAS, Búsquedas interactivas. (Disponible en [www.mspas.com.sv](http://www.mspas.com.sv)) Consultada el 5-04-08

Teoría organísmica, búsquedas interactivas. (Disponible en <http://es.wikipedia.org/wiki/Teor organ%C3%ADsmica>)

Consultoría Internacional sobre Depresión para las Comunidades de Habla Hispana ( disponible en <http://www.depresion.psicomag.com/>)

## **ANEXOS**



**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESPECÍFICA A DESARROLLAR  
DURANTE LA EJECUCION.**

Estudiante: Jorge Luís Aragón Ruiz.

Mes	Julio				Agosto				Septiembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividades												
Ejecución de prueba piloto.												
Aplicación de cedula de investigación a mujeres primigestas.												
Tabulacion de datos.												
Análisis e interpretación de datos.												

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESPECÍFICA A DESARROLLAR  
DURANTE LA EJECUCION.**

Estudiante: Edwin Antonio Parada Guzmán.

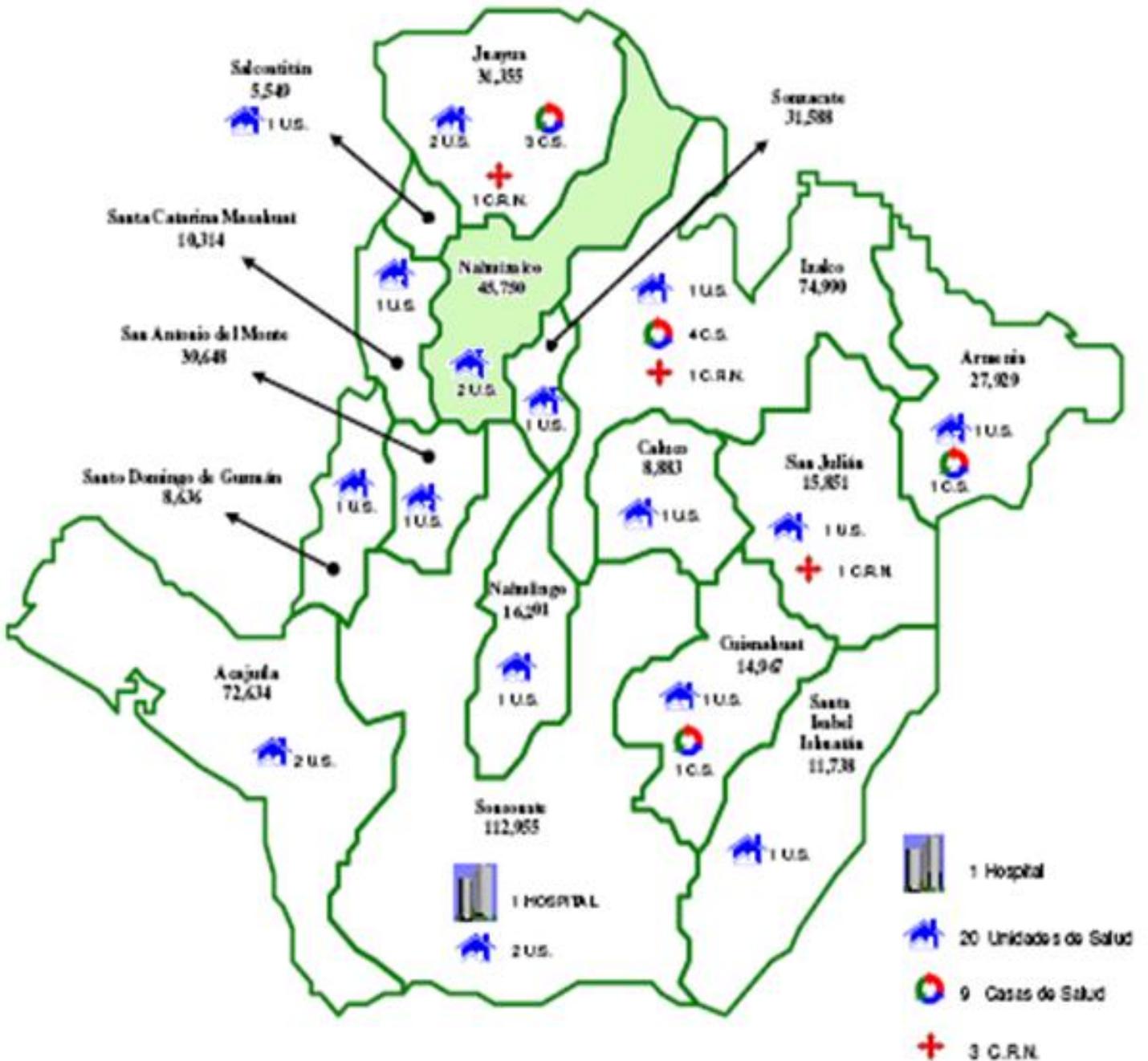
Mes	Julio				Agosto				Septiembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividades												
Ejecución de prueba piloto.												
Aplicación de cedula de investigación a mujeres primigestas.												
Tabulacion de datos.												
Análisis e interpretación de datos.												

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESPECÍFICA A DESARROLLAR  
DURANTE LA EJECUCION.**

Estudiante: Oscar Rafael Mendoza Paz.

Mes	Julio				Agosto				Septiembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividades												
Ejecución de prueba piloto.												
Aplicación de cedula de investigación a mujeres primigestas.												
Tabulacion de datos.												
Análisis e interpretación de datos.												

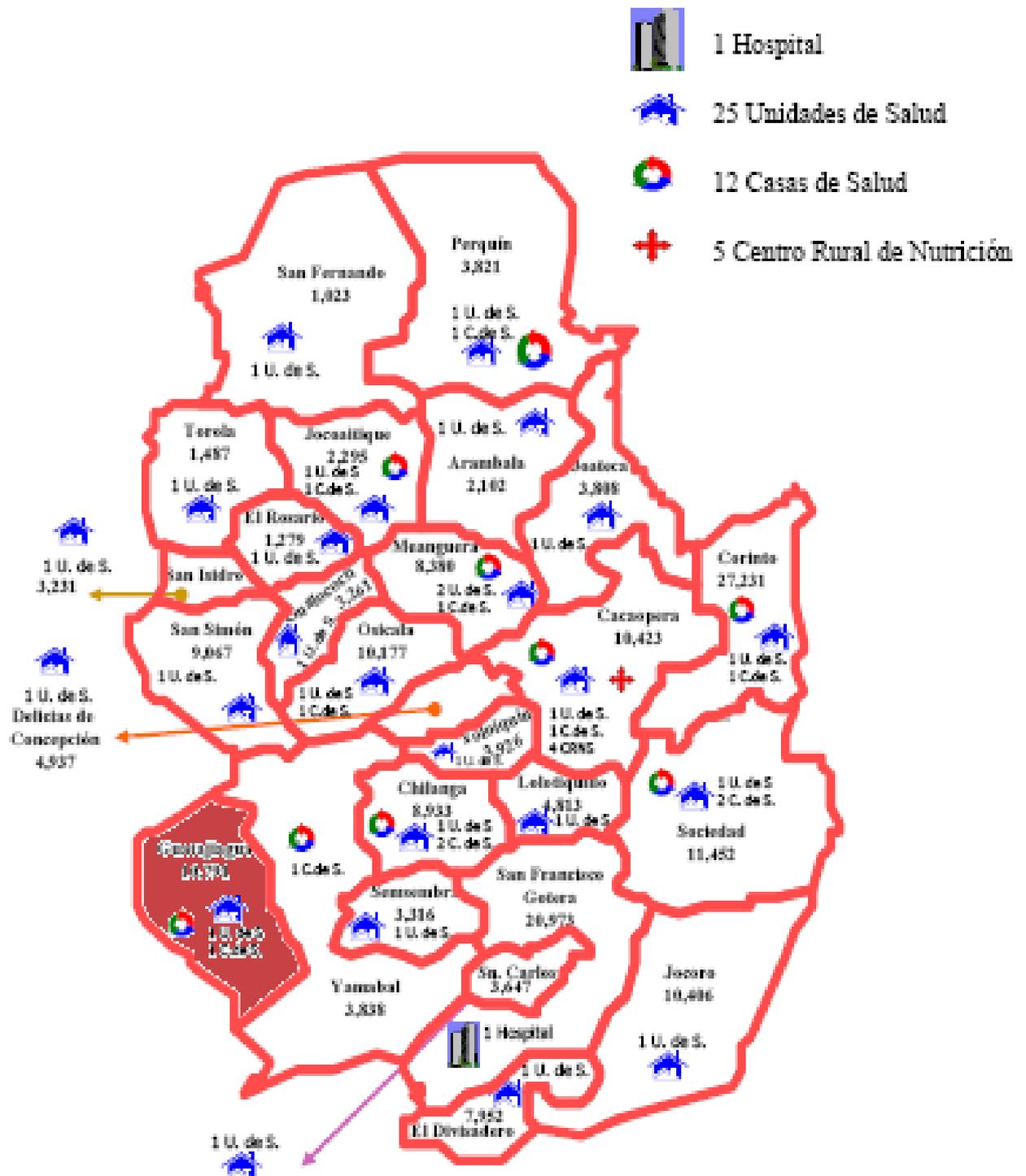
## Anexo 3 Mapa de SIBASI Sonsonate.



Fuente:  
Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI)

# Anexo 4

## Mapa de SIBASI Morazán.



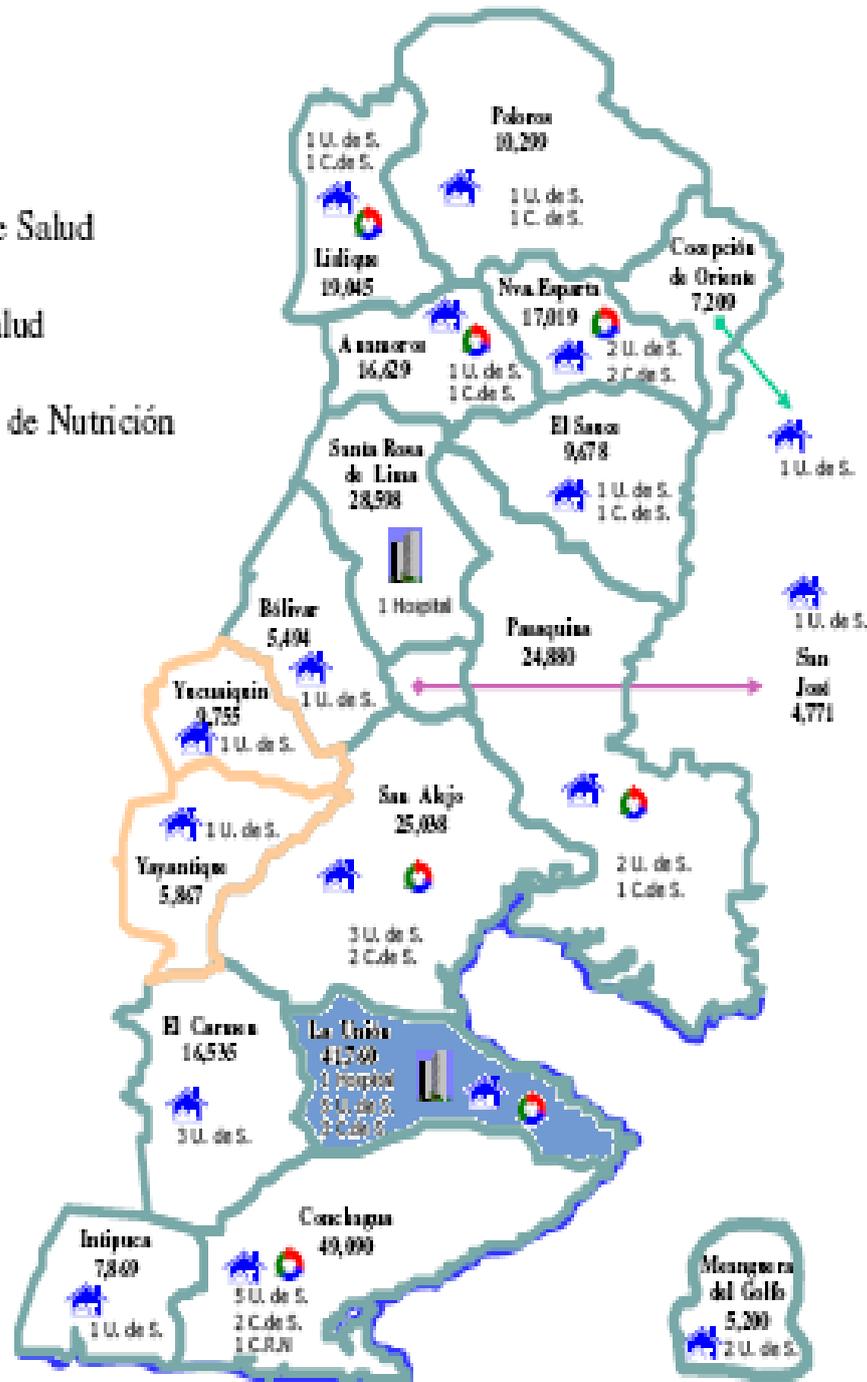
Fuente:  
Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI)

\*La población del Municipio de San Antonio del Norte es compartida con el SIBASI Morazán. +

# Anexo 5

## Mapa de SIBASI La Unión.

-  2 Hospitales
-  30 Unidades de Salud
-  15 Casas de Salud
-  1 Centro Rural de Nutrición



- Municipios de U. de S. El Tránsito, U. de S. San Jorge y U. de S. San Rafael de Oriente son atendidos por el SIBASI Uruatúa.
- El Municipio Yacuquirín y Yayantique pertenecen al Depto. de La Unión, es atendido por el SIBASI San Miguel.



Fuente:  
Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI)

ANEXO 6

GUIA DE ENCUESTA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Cedula de entrevista dirigida a las embarazadas primigestas en estudio.

Objetivo: recopilar información sobre la presencia de signos y síntomas de depresión y ansiedad en la población objeto de estudio.

Generalidades.

1. Procedencia:

U

R

2. Edad \_\_\_\_\_ en años.

3. Estado familiar:

a. Soltera: \_\_\_\_\_

b. Casada: \_\_\_\_\_

c. Unión libre: \_\_\_\_\_

4. Sabe leer y escribir:

Si: \_\_\_\_\_

No: \_\_\_\_\_

5. Nivel de escolaridad:

1° - 3° \_\_\_\_\_

4° - 6° \_\_\_\_\_

7° - 9° \_\_\_\_\_

Bachillerato \_\_\_\_\_

6. ¿Trabaja?: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

7. Ocupación: \_\_\_\_\_.

8. Ingreso monetario mensual: \_\_\_\_\_.

9. Semanas de embarazo: \_\_\_\_\_.

Preguntas sobre depresión.

10. ¿Se ha sentido triste durante el embarazo?:

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

¿Porque? : \_\_\_\_\_

11. ¿Ha tenido problemas para conciliar el sueño?

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

12. ¿Últimamente ha perdido interés en las cosas que solían darle satisfacción?

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

13. ¿Se ha aislado de los demás o ha tenido intención de hacerlo?

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

14. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

15. ¿Ha pensado alguna vez en hacerse daño?

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

16. ¿Ha pensado alguna vez en abortar?

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

17. ¿Deseaba estar embarazada?

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

18. ¿Se siente apoyada por la familia?

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

19. ¿Se siente inferior que los demás?

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

20. ¿Siente que el corazón le late mas rápido de lo normal?

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

21. ¿Ha sido molestada por pensamientos o imágenes desagradables que se le ocurren repetidamente relacionados con la salud de su hijo?

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

22. ¿Ha tenido imágenes de muertos u otros eventos horribles?

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

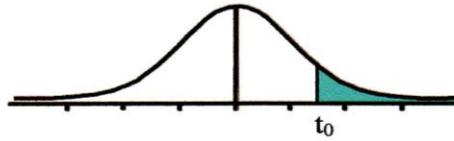
Preguntas relacionadas con la ansiedad:

23. ¿Se ha examinado el cuerpo para ver si hay señales de alguna enfermedad?  
Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_
24. ¿Ha sentido temor por algo durante el embarazo?  
Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_
25. ¿Se enoja con mucha facilidad?  
Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_
26. ¿Ha tenido pesadillas durante su embarazo?  
Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_
27. ¿Tiene problemas que sientes que no puede resolver?  
Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_
28. ¿Siente que va a suceder algo terrible?  
Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_
29. ¿Se siente satisfecha con su embarazo?  
Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_
30. ¿Ha sentido tensión muscular o contracturas a causas de estrés?  
Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_
31. ¿Ha tenido dificultad en permanecer quieto debido a las preocupaciones?  
Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_
32. ¿Ha consumido algún antidepresivo o sedante antes o durante su embarazo?  
Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

MUCHAS GRACIAS.

## ANEXO 7

Tabla t-Student



Grados de libertad	0.25	0.1	0.05	0.025	0.01	0.005
1	1.0000	3.0777	6.3137	12.7062	31.8210	63.6559
2	0.8165	1.8856	2.9200	4.3027	6.9645	9.9250
3	0.7649	1.6377	2.3534	3.1824	4.5407	5.8408
4	0.7407	1.5332	2.1318	2.7765	3.7469	4.6041
5	0.7267	1.4759	2.0150	2.5706	3.3649	4.0321
6	0.7176	1.4398	1.9432	2.4469	3.1427	3.7074
7	0.7111	1.4149	1.8946	2.3646	2.9979	3.4995
8	0.7064	1.3968	1.8595	2.3060	2.8965	3.3554
9	0.7027	1.3830	1.8331	2.2622	2.8214	3.2498
10	0.6998	1.3722	1.8125	2.2281	2.7638	3.1693
11	0.6974	1.3634	1.7959	2.2010	2.7181	3.1058
12	0.6955	1.3562	1.7823	2.1788	2.6810	3.0545
13	0.6938	1.3502	1.7709	2.1604	2.6503	3.0123
14	0.6924	1.3450	1.7613	2.1448	2.6245	2.9768
15	0.6912	1.3406	1.7531	2.1315	2.6025	2.9467
16	0.6901	1.3368	1.7459	2.1199	2.5835	2.9208
17	0.6892	1.3334	1.7396	2.1098	2.5669	2.8982
18	0.6884	1.3304	1.7341	2.1009	2.5524	2.8784
19	0.6876	1.3277	1.7291	2.0930	2.5395	2.8609
20	0.6870	1.3253	1.7247	2.0860	2.5280	2.8453
21	0.6864	1.3232	1.7207	2.0796	2.5176	2.8314
22	0.6858	1.3212	1.7171	2.0739	2.5083	2.8188
23	0.6853	1.3195	1.7139	2.0687	2.4999	2.8073
24	0.6848	1.3178	1.7109	2.0639	2.4922	2.7970
25	0.6844	1.3163	1.7081	2.0595	2.4851	2.7874
26	0.6840	1.3150	1.7056	2.0555	2.4786	2.7787
27	0.6837	1.3137	1.7033	2.0518	2.4727	2.7707
28	0.6834	1.3125	1.7011	2.0484	2.4671	2.7633
29	0.6830	1.3114	1.6991	2.0452	2.4620	2.7564
30	0.6828	1.3104	1.6973	2.0423	2.4573	2.7500
31	0.6825	1.3095	1.6955	2.0395	2.4528	2.7440
32	0.6822	1.3086	1.6939	2.0369	2.4487	2.7385
33	0.6820	1.3077	1.6924	2.0345	2.4448	2.7333
34	0.6818	1.3070	1.6909	2.0322	2.4411	2.7284
35	0.6816	1.3062	1.6896	2.0301	2.4377	2.7238
36	0.6814	1.3055	1.6883	2.0281	2.4345	2.7195
37	0.6812	1.3049	1.6871	2.0262	2.4314	2.7154
38	0.6810	1.3042	1.6860	2.0244	2.4286	2.7116
39	0.6808	1.3036	1.6849	2.0227	2.4258	2.7079
40	0.6807	1.3031	1.6839	2.0211	2.4233	2.7045
41	0.6805	1.3025	1.6829	2.0195	2.4208	2.7012
42	0.6804	1.3020	1.6820	2.0181	2.4185	2.6981
43	0.6802	1.3016	1.6811	2.0167	2.4163	2.6951
44	0.6801	1.3011	1.6802	2.0154	2.4141	2.6923
45	0.6800	1.3007	1.6794	2.0141	2.4121	2.6896
46	0.6799	1.3002	1.6787	2.0129	2.4102	2.6870
47	0.6797	1.2998	1.6779	2.0117	2.4083	2.6846
48	0.6796	1.2994	1.6772	2.0106	2.4066	2.6822
49	0.6795	1.2991	1.6766	2.0096	2.4049	2.6800

50	0.6794	1.2987	1.6759	2.0086	2.4033	2.6778
51	0.6793	1.2984	1.6753	2.0076	2.4017	2.6757
52	0.6792	1.2980	1.6747	2.0066	2.4002	2.6737
53	0.6791	1.2977	1.6741	2.0057	2.3988	2.6718
54	0.6791	1.2974	1.6736	2.0049	2.3974	2.6700
55	0.6790	1.2971	1.6730	2.0040	2.3961	2.6682
56	0.6789	1.2969	1.6725	2.0032	2.3948	2.6665
57	0.6788	1.2966	1.6720	2.0025	2.3936	2.6649
58	0.6787	1.2963	1.6716	2.0017	2.3924	2.6633
59	0.6787	1.2961	1.6711	2.0010	2.3912	2.6618
60	0.6786	1.2958	1.6706	2.0003	2.3901	2.6603
61	0.6785	1.2956	1.6702	1.9996	2.3890	2.6589
62	0.6785	1.2954	1.6698	1.9990	2.3880	2.6575
63	0.6784	1.2951	1.6694	1.9983	2.3870	2.6561
64	0.6783	1.2949	1.6690	1.9977	2.3860	2.6549
65	0.6783	1.2947	1.6686	1.9971	2.3851	2.6536
66	0.6782	1.2945	1.6683	1.9966	2.3842	2.6524
67	0.6782	1.2943	1.6679	1.9960	2.3833	2.6512
68	0.6781	1.2941	1.6676	1.9955	2.3824	2.6501
69	0.6781	1.2939	1.6672	1.9949	2.3816	2.6490
70	0.6780	1.2938	1.6669	1.9944	2.3808	2.6479
71	0.6780	1.2936	1.6666	1.9939	2.3800	2.6469
72	0.6779	1.2934	1.6663	1.9935	2.3793	2.6458
73	0.6779	1.2933	1.6660	1.9930	2.3785	2.6449
74	0.6778	1.2931	1.6657	1.9925	2.3778	2.6439
75	0.6778	1.2929	1.6654	1.9921	2.3771	2.6430
76	0.6777	1.2928	1.6652	1.9917	2.3764	2.6421
77	0.6777	1.2926	1.6649	1.9913	2.3758	2.6412
78	0.6776	1.2925	1.6646	1.9908	2.3751	2.6403
79	0.6776	1.2924	1.6644	1.9905	2.3745	2.6395
80	0.6776	1.2922	1.6641	1.9901	2.3739	2.6387
81	0.6775	1.2921	1.6639	1.9897	2.3733	2.6379
82	0.6775	1.2920	1.6636	1.9893	2.3727	2.6371
83	0.6775	1.2918	1.6634	1.9890	2.3721	2.6364
84	0.6774	1.2917	1.6632	1.9886	2.3716	2.6356
85	0.6774	1.2916	1.6630	1.9883	2.3710	2.6349
86	0.6774	1.2915	1.6628	1.9879	2.3705	2.6342
87	0.6773	1.2914	1.6626	1.9876	2.3700	2.6335
88	0.6773	1.2912	1.6624	1.9873	2.3695	2.6329
89	0.6773	1.2911	1.6622	1.9870	2.3690	2.6322
90	0.6772	1.2910	1.6620	1.9867	2.3685	2.6316
91	0.6772	1.2909	1.6618	1.9864	2.3680	2.6309
92	0.6772	1.2908	1.6616	1.9861	2.3676	2.6303
93	0.6771	1.2907	1.6614	1.9858	2.3671	2.6297
94	0.6771	1.2906	1.6612	1.9855	2.3667	2.6291
95	0.6771	1.2905	1.6611	1.9852	2.3662	2.6286
96	0.6771	1.2904	1.6609	1.9850	2.3658	2.6280
97	0.6770	1.2903	1.6607	1.9847	2.3654	2.6275
98	0.6770	1.2903	1.6606	1.9845	2.3650	2.6269
99	0.6770	1.2902	1.6604	1.9842	2.3646	2.6264
100	0.6770	1.2901	1.6602	1.9840	2.3642	2.6259
∞	0.6745	1.2816	1.6449	1.9600	2.3263	2.5758