

**UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERU
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TITULO:

**“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN COMO FACTORES
EMOCIONALES ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS
GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL
DE LORETO, DE ENERO DEL 2007 A DICIEMBRE DEL
2008”.**

AUTORA:

Bach. Obst. ROCIO DEL PILAR SANGAMA MENDOZA

ASESOR:

Sic. OTTO PEREA TORRES

**TESIS PRESENTADA PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE OBSTETRIZ**

IQUITOS - PERU

2010

10.1.1.1

10.1.1.2

10.1.1.3

10.1.1.4

10.1.1.5

10.1.1.6

10.1.1.7

10.1.1.8

10.1.1.9

**“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN COMO FACTORES
EMOCIONALES ASOCIADOS A LA HIPEREMESIS
GRAVÍDICA EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL
DE LORETO, DE ENERO DEL 2007 A DICIEMBRE DEL
2008”.**

10.1.1.10

10.1.1.11

10.1.1.12

10.1.1.13

10.1.1.14

10.1.1.15

DEDICATORIA

A DIOS

Mi roca, mi fortaleza y sostén.

A MIS PADRES

Por sus amor incondicional, dedicación, sacrificio.

A ANGIE Y JACK, PATTY Y PEPE

Mis hermanitas y cuñados.... por sus consejos y amor.

A MARCELO, PATRICK Y FERNANDA

Mis sobrinitos...mis bebitos, que me llenan de ilusión, amor y me dan fuerzas para no caer en el camino.

A FELIPE

Por su amor, su apoyo, porque me llena de alegría y porque sé que podré contar con él en todo momento.....porque completa mi vida.

A MIS COMPAÑEROS DE TRABAJO

Sra. Maura Delgado, Sra. Azyadeth Rueckner, Sr. Eliecer Sibina, Sr. Luis Vásquez, Sr. Octavio Chung, Sr. Felipe Nuñez, por sus consejos, amor y acogida... por ser mi segunda familia.

AGRADECIMIENTO

A Dios, que me permitió lograr mis metas, porque estuvo conmigo en los momentos más difíciles de mi vida, porque me sostiene y protege.

A mis padres, por sus oraciones, porque siempre estuvieron a mi lado, porque me enseñaron muchas cosas buenas, por haberme enseñado a luchar y ser fuerte.

Gracias por ser buenas personas, me siento orgullosa de ser sus hija.....gracias papito y mamita!!!!

A los Profesionales que me dieron la oportunidad de trabajar en la Facultad de Odontología-UNAP, lo que me permitió realizar la carrera profesional: Dr. Jorge Sibina Sibina, Blga. Teresa Mori del Águila, CD. Luis Aguilar Tavares, CD. Úrsula Rodríguez Sanjurjo.

¡Muchas Gracias!

A mi Alma Mater, por haberme brindado la oportunidad de superarme y demostrarme que los retos se hicieron para vencerlos.

Gracias "UCP"

Universidad Científica del Perú

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a las *11:30*... horas del día *08*..., del mes de *Marzo* del año *2010*, se reunió el Jurado Examinador, que firma al final del presente documento, para evaluar la sustentación de :

Srta. : **ROCIO DEL PILAR SANGAMA MENDOZA**

En la modalidad de: **SUSTENTACION DE TESIS**

Después de las deliberaciones correspondientes, se procedió a evaluar:

Indicador	Examinador 1	Examinador 2	Examinador 3	Promedio
A) Aplicación de la teoría a casos reales	3	3		6
B) Investigación Bibliográfica	3	3		6
C) Competencia expositiva (claridad conceptual, argumentación, coherencia)	3	3		6
D) Calidad de respuestas.	2	2		4
E) Uso de terminología especializada	3	3		6
Calificación Final				

Aprobado Por: *Mayoría*

Calificación Final (en letras): *Satisfactoria*

Leyenda:

Indicador	Descripción	Puntaje
A	Deficiente	1
B	Regular	2
C	Satisfactoria	3
D	Optima	4

Presidente: Psc. Herminia de los Ríos Sosa

Miembro: Obst. Natalik Espinoza Ramírez

Miembro: Méd. Javier Vásquez Vásquez

Imaginación para la innovación permanente

Av. Abelardo Quiñones Km. 2,5 San Juan Bautista, Iquitos Telf.:(065) 261088-261092

INDICE

1. INTRODUCCION	13
2. PLAN DE INVESTIGACION	14
Planteamiento del problema	14
2.1 Descripción del problema	14
2.2 Formulación del problema	16
• Problema General	16
• Problema Específico	16
3. OBJETIVOS	17
3.1 General	17
3.2 Específicos	17
4. JUSTIFICACION	18
5. MARCO TEORICO	19
Antecedentes	19
Bases teóricas	21
Hiperémesis Gravídica	21
Ansiedad	27
Depresión	37
Definición de términos básicos	46
6. HIPÓTESIS	48
7. VARIABLES	48
7.1 Variable dependiente	48
7.2 Variables independientes	48
Operacionalización de variables	49

8. ASPECTO METODOLÓGICO	51
8.1 Lugar de desarrollo de la investigación	51
8.2 Recursos utilizados	51
8.3 Tipo y nivel de la investigación	51
8.4 Diseño y esquema de la investigación	51
8.5 Población y muestra	52
8.6 Técnicas	53
8.7 Instrumentos y procedimientos de recolección de datos	53
8.8 Procesamiento de la información	55
9. ASPECTOS ÉTICOS	55
10. RESULTADOS	56
11. DISCUSIONES	85
12. CONCLUSIONES	88
13. RECOMENDACIONES	90
14. ASPECTO ADMINISTRATIVO	91
14.1 Cronograma de actividades	91
14.2 Presupuesto	92
15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
16. ANEXOS	

INDICE DE GRAFICOS Y TABLAS

GRAFICO N° 01	49
Población incluida en el estudio	
GRAFICO N° 02	50
Distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según si presentaron o no presentaron evaluación psicológica.	
GRAFICO N° 03	51
Distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según puntaje de ansiedad obtenido en la Escala Hospitalaria	
GRAFICO N° 04	52
Distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según puntaje de depresión obtenida en la Escala Hospitalaria.	
GRAFICO N° 05	53
Distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según grado de severidad.	
GRAFICO N° 06	54
Distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según si presentaron o no presentaron antecedentes de hiperémesis gravídica en gestaciones anteriores.	
GRAFICO N° 07	55
Distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según el número de gestaciones.	
GRAFICO N° 08	56
Distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según periodo intergenésico.	
GRAFICO N° 09	57
Distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según sexo del producto.	
GRAFICO N° 10	58
Distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según edad gestacional de inicio de síntomas.	

GRAFICO N° 11	59
Distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según sub grupo de edades.	
GRAFICO N° 12	60
Distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según grupo etario.	
GRAFICO N° 13	61
Distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según su estado civil.	
GRAFICO N° 14	62
Distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según su nivel socioeconómico.	
GRAFICO N° 15	63
Distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según su grado de instrucción.	
GRAFICO N° 16	64
Distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según su ocupación.	
TABLA N° 01	65
Relación entre la ansiedad con el grado de severidad de la hiperémesis gravídica	
TABLA N° 02	66
Relación entre la depresión con el grado de severidad de la hiperémesis gravídica	
TABLA N° 03	67
Relación entre la ansiedad y la depresión con el grado de severidad la hiperémesis gravídica	
TABLA N° 04	68
Relación entre la edad con la ansiedad	
TABLA N° 05	69
Relación entre la edad con la depresión	
TABLA N° 06	70
Relación entre el estado civil con la depresión	
TABLA N° 07	71
Relación entre el estado civil con la depresión	

TABLA N° 08	72
Relación entre la ocupación con la ansiedad	
TABLA N° 09	73
Relación entre la ocupación con la depresión	
TABLA N° 10	74
Relación entre el grado de instrucción con la ansiedad	
TABLA N° 11	75
Relación entre el grado de instrucción con la depresión	
TABLA N° 12	76
Relación entre el nivel socioeconómico con la ansiedad	
TABLA N° 13	77
Relación entre el nivel socioeconómico con la depresión	

RESUMEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Hiperémesis Gravídica es uno de los aspectos poco abordados en el campo de la Gineco Obstetricia y la Psicología Clínica a pesar que un 2% a 3% de gestantes sufren de dicho problema siendo causa de la hospitalización anual de más de 50 000 mujeres embarazadas en los Estados Unidos. En la etiología de esta enfermedad se incluyen: factores biológicos (hormonales, gastrointestinales, nutricionales), psicológicos (personalidad, angustia o ansiedad, mensajes inadecuados sobre el embarazo, depresión) y ambientales (conflictos familiares).

Se conoce muy poco de la hiperémesis gravídica en la región Loreto. Solo se ha encontrado una tesis en la cual se buscó los factores de riesgo asociados a la hiperémesis gravídica en el Hospital Regional de Loreto, donde se llegó a la conclusión de que la obesidad y problemas emocionales (de las cuales, la más importante es la ansiedad), son dos factores de riesgo asociados a la hiperémesis gravídica.

En el Hospital Regional de Loreto, la Hiperémesis Gravídica se le identifica únicamente como un problema médico, y por lo tanto, se considera que sólo tiene una incidencia negativa en el funcionamiento fisiológico del paciente, dejando pendiente su funcionamiento psicológico y /o social del ser humano.

JUSTIFICACIÓN

Las manifestaciones psicológicas son escasamente estudiadas y tratadas en la mayoría de las veces, siendo la ansiedad y depresión dos entidades psicológicas muy frecuentes en las gestantes, por lo cual creo pertinente prestar mayor énfasis en cuanto a estas dos patologías y establecer si la Ansiedad y Depresión constituyen factores emocionales asociados a la Hiperémesis Gravídica en las Gestantes del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008, para brindar un tratamiento adecuado y oportuno y a las pacientes y de esta manera prevenir futuras complicaciones, así como también nos servirá de base para realizar otros tipos de estudios.

OBJETIVOS

Establecer si la Ansiedad y la Depresión constituyen factores emocionales asociados a la Hiperémesis Gravídica en las Gestantes del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008.

METODOLOGÍA

El tipo y diseño de la investigación es el retrospectivo, bivariado, correlacional y transversal. La población de estudio estuvo constituida por todas las gestantes del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008, a las cuales se aplicaron criterios de inclusión y de exclusión. Además se elaboró una ficha y un test psicológico.

RESULTADOS

- Según el presente estudio de investigación, se encontró que el 42.6% (26) del total de gestantes presentaron ansiedad, a diferencia del 34.4% (21) del total de gestantes que no presentaron ansiedad.
- Con respecto a la depresión se encontró que el 24.5% (15) del total de gestantes lo presentaron, a diferencia del 39.4% (24) del total de gestantes que no presentaron depresión.
- La ansiedad esta presente con mayor frecuencia en la Hiperémesis gravídica en comparación con la depresión que se encontró en menor porcentaje.
- Se encontró que las gestantes con síntomas severos de hiperémesis gravídica y que tienen ansiedad representan el 24.5% (15) del total de las gestantes, a diferencia del 4.9 % (3) del total de las gestantes con síntomas severos de hiperémesis gravídica y que no tienen ansiedad.
- Las gestantes con síntomas severos de hiperémesis gravídica y que tiene depresión representan el 11.4% (7) del total de las gestantes, a diferencia del 3.3 % (2) del total de las gestantes con síntomas severos de hiperémesis gravídica y que no tienen depresión.

RECOMENDACIONES

- Al encontrar que existe relación entre la ansiedad, la depresión y el grado de severidad de hiperémesis gravídica, se recomienda al programa de Control Pre-Natal, preparar talleres con la finalidad de disminuir los niveles de ansiedad y depresión.
- Se encontró que la ansiedad y depresión son dos cuadros existentes en nuestro medio que afectan a las gestantes conllevándoles a la Hiperémesis Gravídica, se recomienda hacer campañas a través de los medios de comunicación enseñándoles a reconocer los síntomas y orientarlas a realizar actividades que pueden disminuir los niveles de ansiedad y depresión.

ABSTRACT

PROBLEM

Hyperemesis gravidarum is one of the issues usually dealt with in the field of Obstetrics and Gynecology Clinical Psychology despite a 2% to 3% of pregnant women suffer from this problem being the cause of the hospitalization rate more than 50 000 pregnant women in the United States. The etiology of this disease include biological factors (hormonal, gastrointestinal, nutritional), psychological (personality, distress or anxiety, inappropriate messages about pregnancy, depression) and environmental (family conflicts). Little is known about hyperemesis gravidarum in the Loreto region. Just found one thesis which looked for risk factors associated with hyperemesis gravidarum in the Loreto Regional Hospital, it concludes that obesity and emotional problems (of which the most important is anxiety) are two risk factors associated with hyperemesis gravidarum. In the Hospital Regional de Loreto, hyperemesis gravidarum is identified only as a medical problem, and therefore, it is considered that only has a negative impact on the patient's physiological functioning, leaving pending psychological functioning and/or social development impact.

JUSTIFICATION

Psychological manifestations are poorly studied and treated in most of the time, in spite of anxiety and depression are two common psychological entities in pregnant women, so I give more emphasis on these two diseases and whether the Anxiety and Depression emotional factors are associated with hyperemesis gravidarum in pregnant women in Loreto Regional Hospital from January 2007 to December 2008, to provide adequate and timely treatment to patient and thus prevent further complications, as well as we will use this information for future studies.

OBJECTIVES

Establish whether the anxiety and depression are emotional factors associated with hyperemesis gravidarum in pregnant women in Loreto Regional Hospital from January 2007 to December 2008.

METHODOLOGY

The type and design of the research is retrospective, bivariate, correlational and cross transversal. The study population consisted of all pregnant women attended in the Hospital Regional Loreto from January 2007 to December 2008, which were applied the inclusion and exclusion criteria. In addition, a standardized form and a psychological test were elaborated.

RESULTS

- The study found that 42.6% (26) of all pregnant women had anxiety, as opposed to 34.4% (21) who had not.
- In the concern of depression was found that it was presented in the 24.5% (15) of all pregnant women, as opposed to 39.4% (24) who had no depression.
- Anxiety is present more frequently in the hyperemesis gravidarum compared with depression.
- It was found that pregnant women with severe symptoms of hyperemesis gravidarum with anxiety account for 24.5% (15) of all pregnant women, a difference of 4.9% (3) of all pregnant women with severe symptoms of hyperemesis gravidarum and have no anxiety.
- Pregnant women with hyperemesis gravidarum severe symptoms associated with depression has been accounted for 11.4% (7) of all pregnant women, a difference of 3.3% (2) of all pregnant women with severe symptoms of hyperemesis gravidarum with not have depression.

RECOMMENDATIONS

- Finding a relation between anxiety, depression and the degree of severity of hyperemesis gravidarum, it is recommended that the control program Pre-Natal makes workshops with the aim of reducing levels of anxiety and depression.
- It was found that anxiety and depression are two important factors that exist in our environment which affect pregnant women leading to hyperemesis gravidarum, for that reason is recommended make campaigns through the communications media teaching how to recognize those symptoms and elaborate activities which may decrease the levels of anxiety and depression.

1. INTRODUCCION

Cada vez más, son mejor admitidos los efectos que la ansiedad y la depresión tienen sobre la salud física y el bienestar emocional de las personas. Esta realidad puede ser apreciada con mayor connotación en los casos de pacientes que adolecen alguna enfermedad médica y que constantemente requieren frecuentar un centro de salud.

Durante mi permanencia como interna de obstetricia en el Hospital Regional de Loreto se observaron incidencias en la prevalencia de hiperémesis gravídica, de esta manera nace mi curiosidad por establecer, en que medida, factores psicológicos como la Ansiedad y la Depresión, influyen durante el proceso o evolución de una enfermedad.

El presente estudio para optar el título de Obstetrix; es Retrospectivo Bivariado. Fue realizado en el Hospital Regional de Loreto con la finalidad de establecer si la Ansiedad y Depresión constituyen factores emocionales asociados a la Hiperémesis Gravídica en las Gestantes del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008.

En el presente estudio no se realizó muestreo, se trabajó con toda la población de gestantes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto, la cual constó de 81 gestantes, de las cuáles 61 gestantes se incluyeron en el estudio por cumplir con los criterios de inclusión y exclusión. El estudio se realizó en 4 meses. La recolección de datos se realizó en dos partes: la primera que estuvo dirigida a recoger los datos epidemiológicos y sociales, ambos mediante una ficha de recolección de datos y la segunda dirigida a la recolección de los datos psicológicos como son la ansiedad y la depresión, estas dos variables fueron recogidas utilizando la versión en castellano de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) de Zigmond y Snaith. Esta escala está compuesta de 14 ítems, 7 de los cuales miden la ansiedad y los 7 restantes la depresión.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Descripción del Problema

Durante el embarazo las mujeres evidencian múltiples cambios no sólo a nivel físico sino también a nivel emocional, cambios que pueden generar una serie de complicaciones que ponen en riesgo la salud tanto de la madre como la del feto¹. Es común que las complicaciones obstétricas en la gestante sean abordadas y atendidas de manera rigurosa, sin embargo encontramos que las manifestaciones psicológicas son escasamente tratadas en la mayoría de las veces, siendo la ansiedad y depresión dos entidades emocionales muy frecuentes en las gestantes.² Es así, que las situaciones ansiosas y los signos de la depresión afectan a la gestante al iniciar el periodo del embarazo. Cada etapa, cada mes, cada trimestre, está impregnado de una dosis de ansiedad y depresión, que empieza a incrementarse con la llegada del niño. Existen algunos factores predisponentes para la depresión en el embarazo como son la presencia de problemas propios de la convivencia, el embarazo no deseado, antecedentes personales o familiares de depresión, drogodependencia (particularmente alcoholismo), mala situación socioeconómica y el grado de sujeción al hogar, es así que la depresión establecida en las primeras semanas de gestación puede desencadenar síntomas severos de hiperémesis gravídica en gestante que la padecen³

Además, es conveniente conocer las características epidemiológicas y clínicas de las pacientes en estudio para poder conocer los posibles factores que predisponen a la ansiedad y depresión en las gestantes loretanas, para poder de esta manera incidir de forma correcta posibles campañas de prevención de estas patologías y de esta manera disminuir la presentación de la hiperémesis gravídica y de otras patologías relacionadas a la ansiedad y depresión.

La Hiperémesis Gravídica es uno de los aspectos poco abordados en el campo de la Gineco Obstetricia y la Psicología Clínica a pesar que un 2% a 3% de gestantes sufren de dicho problema siendo causa de la hospitalización anual de más de 50 000 mujeres embarazadas en los Estados Unidos. En la etiología de esta enfermedad se incluyen: factores biológicos (hormonales,

gastrointestinales, nutricionales), psicológicos (personalidad, angustia o ansiedad, mensajes inadecuados sobre el embarazo, depresión) y ambientales (conflictos familiares).⁴

La incidencia de la hiperémesis gravídica en Perú es aún desconocida, sin embargo, se han realizado estudios en la cual se pudo estimar la prevalencia en el país. En general se informa de 0.2 a 3 por mil embarazos. Se estima una prevalencia de 0.3% para el Hospital San Bartolomé, 0.7% para el Hospital Cayetano Heredia⁵ y 0.5 % para el Hospital Regional de Loreto.⁶

Se conoce muy poco de la hiperémesis gravídica en la región Loreto. Solo se ha encontrado una tesis en la cual se buscó los factores de riesgo asociados a la hiperémesis gravídica en el Hospital Regional de Loreto, donde se llegó a la conclusión de que la obesidad y problemas emocionales (de las cuales, la más importante es la ansiedad), son dos factores de riesgo asociados a la hiperémesis gravídica.⁷

En el Hospital Regional de Loreto, la Hiperémesis Gravídica se le identifica únicamente como un problema médico, y por lo tanto, se considera que sólo tiene una incidencia negativa en el funcionamiento fisiológico del paciente, dejando pendiente su funcionamiento psicológico y /o social del ser humano.

Por lo expuesto, creo que es pertinente realizar este estudio, con el fin de establecer si existe una relación entre factores emocionales (ansiedad y depresión) y la Hiperémesis Gravídica en las gestantes del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008.

2.2 Formulación del problema

Problema General:

¿La ansiedad y la depresión constituyen factores emocionales asociados a la Hiperémesis Gravídica en gestantes del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008?

Problemas Específicos:

¿Cuál es el nivel de ansiedad que tienen las pacientes con hiperémesis gravídica?

¿Cuál es el nivel de depresión que tienen las pacientes con hiperémesis gravídica?

¿Cuál es la relación entre los factores psicológicos: ansiedad y depresión con la hiperémesis gravídica?

3. OBJETIVOS

3.1 General:

- Establecer si la Ansiedad y la Depresión constituyen factores emocionales asociados a la Hiperémesis Grávidica en las Gestantes del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008.

3.2 Específicos:

- Identificar y describir el nivel de ansiedad de las gestantes con Hiperémesis Grávidica
- Identificar y describir el nivel de depresión de las gestantes con Hiperémesis Grávidica
- Establecer la relación entre los factores psicológicos, ansiedad y depresión, con la Hiperémesis Grávidica.

4. JUSTIFICACION

Es común que las complicaciones obstétricas en las gestantes sean abordadas y atendidas de manera rigurosa, sin embargo, observamos que las manifestaciones psicológicas son escasamente estudiadas y tratadas en la mayoría de las veces, siendo la ansiedad y depresión dos entidades psicológicas muy frecuentes en las gestantes⁵, por lo cual creo pertinente prestar mayor énfasis en cuanto a estas dos patologías.

Si bien la incidencia de hiperémesis gravídica es baja, los síntomas resultan ser muy molestos para la gestante pudiendo llegar a complicarse y producir hospitalizaciones y reingresos constantes sino se trata adecuadamente.

En esto se basa la importancia de este trabajo, establecer si la Ansiedad y Depresión constituyen factores emocionales asociados a la Hiperémesis Gravídica en las Gestantes del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008, para brindar un tratamiento adecuado y oportuno y a las pacientes y de esta manera prevenir futuras complicaciones, así como también nos servirá de base para realizar otros tipos de estudios.

Este estudio nos permitirá un mayor conocimiento sobre el comportamiento de estas patologías en nuestro medio, para realizar un mejor abordaje sistemático y multidisciplinario; así como también nos servirá de base para realizar futuras investigaciones similares o de mayor complejidad.

5. MARCO TEORICO

5.1 ANTECEDENTES

Weigel MM. Los Angeles, 1993. Realizó un estudio prospectivo de Cohorte en 825 mujeres, titulado "Asociación entre los factores demográficos, la historia reproductiva, y el consumo de alcohol y tabaco con las nauseas y vómitos de la gestación". El instrumento que utilizó fue la entrevista personal con la gestante, no utilizó ninguna escala. Encontrándose que la raza blanca, ocupación profesional o de oficina, consumo de alcohol y edad mayor de 35 años con historia de infertilidad están asociados levemente a la aparición de nauseas y vómitos en el primer trimestre de la gestación. La profesión ama de casa estuvo relacionado fuertemente a esta patología.⁸

Mazzotta P. Et al, Canadá, 2000. Realizó un estudio descriptivo en 3201 mujeres titulado "Morbilidad psicosocial y la severidad de las nauseas y vómitos durante la gestación". El instrumento que utilizó fueron 2 cuestionarios los cuales no presentaron validación. Para categorizar la severidad de las nauseas y vómitos tuvo en cuenta la frecuencia diaria de estas, siendo de la siguiente manera: Leve de 1 a 2 veces al día; Moderado de 3 a 4 veces por día; y Severo > 5 veces al día. Este estudio demostró que las nauseas y vómitos severos están asociadas a los antecedentes personales de depresión, consideración de terminación de la gestación y la percepción de parte de la madre de posible daño al bebe debido a problemas con su pareja. Es de importancia mencionar que la mayoría de gestantes con síntomas leves presentaban morbilidad psicosocial.⁹

Villanueva Flores, Perú, 2002. Realizó un estudio descriptivo que llevo como título "Características de la personalidad y algunos factores socioculturales y obstétricos en gestantes con diagnostico y sin diagnostico hiperémesis gravídica". El instrumento que utilizó fue una ficha, la cual fue validada por un sicólogo de la Universidad César Vallejo de Perú. Este autor concluyó que existen diferencias significativas en la personalidad y algunos factores socioculturales y obstétricos entre las gestantes con diagnóstico y sin diagnóstico de hiperemesis gravídica. En los factores socioculturales no encontró diferencias significativas en ninguno de los intervalos de edad ni en el estado civil, sin embargo encontró diferencias muy significativas en el grado de instrucción superior completa. En los factores obstétricos el autor encontró diferencias

significativas en la planificación del embarazo, en el sexo del producto y en la paridad: diferencias muy significativas para el 1º hijo y diferencias muy significativas en el 2º hijo. Asimismo, no encontró diferencias significativas en los antecedentes familiares de hiperémesis gravídica.¹⁰

Chou, F. et al, Texas, 2003. Realizó un estudio prospectivo titulado “Factores psicológicos relacionados con las náuseas y vómitos en la gestación”, con el objetivo de demostrar la relación entre las náuseas y vómitos con variables psicosociales. El instrumento que utilizó fue la entrevista personal con la gestante con dos fichas, no utilizó ningún tipo de escala. De un total 113 gestantes, el 26.5% informaron no presentar náuseas y vómitos, 38.1% presentó síntomas ocasionalmente y el 35.5% presentó náuseas y vómitos frecuentemente. La depresión mostró una correlación más fuerte con las náuseas y vómitos de la gestación. También se informó que el abandono o falta de apoyo familiar está fuertemente relacionado a la presentación de las náuseas y vómitos de la gestación.¹¹

García Díaz, Perú, 2003. Realizó una tesis retrospectiva, transversal y descriptiva “Ansiedad y Depresión como factores psicológicos asociados en la Hiperémesis Gravídica”. El instrumento que utilizó fue la “Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg”. El objetivo de dicha tesis fue establecer si la ansiedad y la depresión constituyen factores psicológicos asociados en la Hiperémesis Gravídica. Donde se encontró diferencias altamente significativas entre las gestantes con Hiperémesis Gravídica y las gestantes sin Hiperémesis Gravídica en la escala de ansiedad, lo que denota que esta característica constituye un factor psicológico asociado para mencionada enfermedad; también se encontró diferencias altamente significativas entre las gestantes con Hiperémesis Gravídica y las gestantes sin Hiperémesis Gravídica en la escala de depresión, lo que denota que esta característica constituye un factor psicológico asociado para mencionada enfermedad. En cuanto a las características sociales el estado civil y la planificación del embarazo se halló diferencias altamente significativas en los valores promedio de los casos y los controles, lo cual nos indica que la inestabilidad de pareja y el embarazo inesperado son características de alto riesgo para padecer de Hiperémesis Gravídica.¹²

Swallow BL. Et al, USA-Nebraska, 2004. Realizó un estudio prospectivo titulado “Aspectos psicosociales del embarazo y su relación con náuseas y vómitos”, desarrollado en 273 mujeres. El instrumento que utilizó fue la entrevista personal con la gestante, no utilizó escala. Encontrándose que el 50.5% de las gestantes investigadas mostraron problemas psiquiátricos potenciales. La severidad de las náuseas y vómitos de la gestación estaban asociados a trastornos sociales, ansiedad/insomnio, y depresión severa. Estos autores llegaron a la conclusión de que las náuseas y los vómitos están relacionados a problemas psiquiátricos, pero no pudo demostrar causalidad.¹³

Vásquez R.F. Iquitos.Perú.2009. Realizó un estudio epidemiológico, retrospectivo, descriptivo y transversal, titulado “Factores psicosociales asociados a la hiperémesis gravídica en gestantes hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital Regional de Loreto de enero 2006 a diciembre 2008”.El instrumento que utilizó fue la “Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) de Zigmond y Snaith”. Encontrándose que las gestantes que rechazan su embarazo, que no planificaron, gestantes con una relación inestable, ya sean por problemas de relación familiar o problemas económicos, presentan ansiedad y depresión lo que conlleva a síntomas más severos de hiperémesis gravídica¹⁴.

5.2 BASES TEORICAS

Hiperémesis Gravídica

1. Concepto

Se define como los episodios de émesis (acción de vomitar) no controlados, asociados a deshidratación y pérdida de peso del 5%. Se han descrito que a mediados del siglo XX aproximadamente el 10% de las embarazadas morían por esta causa, además se considera que es la causa más común de hospitalización en el primer trimestre.

2. Epidemiología

Las náuseas matutinas y los vómitos normales afectan hasta a 70-80% de las embarazadas.

Generalmente se presentan entre la 6ª y 7ª semanas y tienden a ser más frecuentes entre la 8ª y la 12ª, pero alrededor de la vigésima semana desaparecen.

Salas (2000), en un estudio realizado en el hospital Cayetano Heredia de la ciudad de Lima-Perú, con el objetivo de conocer la frecuencia, diagnóstico y tratamiento de la hiperémesis gravídica, encontró una frecuencia de de 0,7 por ciento en el período de estudio. La mitad de las pacientes (52,4 por ciento) fue nulípara, 13,5 por ciento refirió haber presentado hiperémesis en gestaciones anteriores, la gestación no fue deseada en 19 por ciento, requirió ser reingresada 12,7 por ciento. En 59,5 por ciento correspondió a hiperémesis gravídica leve y 40,5 por ciento a hiperémesis gravídica con trastornos metabólicos.¹⁵

La mortalidad de la hiperémesis gravídica es muy baja pero sin embargo es importante mencionarlo, Pacheco (1999) encontró en el país (Perú) una mortalidad de 1% por causa obstétrica en el hospital Edgardo Rebagliati.¹⁶

3. Etiología

Se desconoce con exactitud el origen de la hiperémesis gravídica, y aunque se han propuesto varias teorías, la causa de este cuadro clínico sigue siendo oscura, si bien la experiencia indica que son varios factores los que desencadenan los vómitos.

- a) **Hormonal:** Las vellosidades coriónicas que ingresan a la sangre materna son inocuas, pero cuando una cantidad excesiva de sus productos entra a la circulación materna se producen citotóxicas, dando como resultados lesiones en órganos blancos maternos que llevan a la hiperémesis y que las náuseas se deben por la supresión de la secreción ovárica durante el embarazo.¹⁷

La existencia de una sustancia proteica placentaria específica que ingresa a la circulación materna causando náusea y vómitos, se ha implicado a la HCG porque llega a niveles altos en el momento en que las náuseas y vómitos son notables.¹⁸

- b) **Psicológica:** Actualmente se considera que los vómitos del embarazo son una manifestación de neurosis, de algún modo relacionado con histeria y fácilmente pausibles de tratamiento por sugestión. Desde entonces, las actitudes hacia el papel de factores psicológicos en los vómitos del embarazo han variado desde el punto de extremo de que son un rechazo simbólico del feto, mientras que las náuseas y vómitos leves se consideran fisiológicos. Se cree que la hiperémesis es de origen parcial o totalmente psicossomático.¹⁹

Maldonado M. México. 1999. Psiquiatra en niños, plantea que es importante considerar que la salud mental durante el embarazo, está influida por diversos factores. Hay problemas inherentes, como el que sea un embarazo no planeado o no deseado, un embarazo en la adolescencia, se puede presentar miedo a cuidar al bebé y un enfrentamiento de los requisitos del embarazo. Por otra parte se pueden presentar problemas interpersonales, como un precario cuidado prenatal, violencia doméstica, abuso, falta de redes de apoyo, etc. También la salud mental durante el embarazo se puede ver influida por trastornos mentales, como duelos no resueltos, trastornos del ánimo, trastornos ansiosos, trastornos de alimentación, trastornos de la personalidad o psicosis. Junto con lo anterior, también se deben considerar las complicaciones durante el embarazo, las actitudes frente al embarazo, el estrés prenatal y el uso de sustancias.²⁰

Bustos Maria. Argentina. 2005. Psicóloga. Plantea que a la hora de comprender los problemas que se suscitan durante el proceso gestacional, es muy importante considerar los factores psicosociales, que corresponden a las dimensiones de la interacción directa de la mujer con su micro- ambiente, tales como la existencia de eventos vitales, el grado de sufrimiento emocional que éstos generan, los recursos personales y el apoyo que brinda su red social. La autora plantea que se han propuesto modelos integradores biosociales, que plantean que existen ciertas condiciones individuales, sociales y culturales que son el contexto donde se asentarían los factores de riesgo para el estado del recién nacido y que estarían altamente relacionadas entre sí.²¹

Gaviria Silvia. Colombia. 2006. Psiquiatra. Plantea que la mayoría de los trastornos mentales y del neuro desarrollo no se deben únicamente a una causa lineal; son el resultado de la interacción de factores de riesgo genético y ambiente. El estrés materno puede provenir de factores psicosociales, complicaciones obstétricas, enfermedades psiquiátricas o respuestas emocionales al embarazo. Estas variables producen respuestas emocionales y fisiológicas en la madre, que repercuten en el bienestar fetal. Las respuestas emocionales y fisiológicas de la madre a los estresores se traducen en cambios fisiológicos y metabólicos (hipoxia, aumento de las concentraciones de cortisol, desnutrición, sustancias tóxicas, etc.) que pueden afectar la unidad materno-fetal y, por supuesto, el ambiente uterino. El bebé intrauterino puede responder en forma adaptativa o desadaptativa. Esta cadena de situaciones generaría un círculo vicioso entre salud materna y salud fetal.²²

Alvarado. Chile. 1993. en una revisión de diferentes trabajos muestra que la incidencia de depresión durante el embarazo fluctúa entre 4% y 16% y la presencia de síntomas depresivos va entre 30% y 38%. Las diferencias en los resultados se deben a la heterogeneidad en el uso de instrumentos y criterios diagnósticos. En Chile, se han reportado prevalencias entre el 7.8% y el 30.2%. Esta gran variación también depende de la metodología diagnóstica usada.²³

En otro trabajo realizado por **Alvarado (1996)**, con una cohorte de 125 gestantes, provenientes de zonas urbanas y rurales, a las cuales les practicaron una entrevista clínica realizada por un médico psiquiatra, encontraron una prevalencia de 29.0% de cuadros depresivos. Al estudiar qué variables se encontraban asociadas, descubrieron que las más relevantes eran las de tipo psicosocial: Actitud negativa hacia su embarazo, Relación de pareja insatisfactoria, Antecedente personal de depresión, Actitud negativa de la pareja hacia el embarazo, No planificación de su embarazo.²⁴

- c) **Motilidad gástrica:** Durante el embarazo disminuye la motilidad muscular del estómago, lo que puede producir vómitos.

- d) **Déficit de vitaminas:** La falta de vitamina B puede producir vómitos.

- e) *Helicobacter pylori*: Se ha buscado la relación con el *Helicobacter pylori* (HP). En 10 estudios se encontró una significativa asociación entre el HP y la hiperémesis gravídica, pero en general los trabajos son muy heterogéneos entre ellos y con muchas limitaciones por lo que no hay evidencia en la confirmación de esa hipótesis.²⁵

4. Presentación Clínica

La gestante vomita varias veces al día o tiene náuseas constantes, puede pedir una cita urgente con el profesional de salud correspondiente o acudir a una sala de urgencias. Debe evaluarse si hay deshidratación u otras complicaciones. Hay que descartar la posibilidad de que haya otras enfermedades como, pielonefritis o mola hidatidiforme. Debe evaluarse el funcionamiento tiroideo y eliminar la posibilidad de tirotoxicosis. Puede ser tan grave el cuadro que requiera ingreso al hospital. Debe prevenirse que haya desbalance electrolítico (cetonuria) y baja de peso de más de 5%, debida a pérdida de líquidos.²⁶ En resumen se puede agrupar los síntomas de la siguiente manera:

- ❖ Pérdida de peso < 5% del peso inicial del embarazo
- ❖ Cualquier grado de deshidratación
- ❖ Desequilibrio electrolítico
- ❖ Cetonuria
- ❖ Su inicio entre la cuarta y la octava semana.

5. Diagnóstico de la Hiperémesis Gravídica

Aunque el diagnóstico de la hiperémesis gravídica, es clínico, se debe tener en cuenta que inicialmente es de exclusión; que tiene su inicio en las primeras semanas de embarazo por eso todo episodio de vomito prolongado o de inicio después del primer trimestre se debe estudiar sus causas. Además porque el síndrome es causado por la compleja interacción de factores genéticos y del medio ambiente, que operan durante la organogénesis.

6. Diagnóstico diferencial de la Hiperémesis Gravídica

- ✓ *Condición gastrointestinal:* Gastroparesia, gastroenteritis, acalasia, enfermedades de la vía biliar, hepatitis, obstrucción intestinal, úlcera péptica, pancreatitis, apendicitis aguda.
- ✓ *Condición genitourinaria:* Pielonefritis, uremia, torsión ovárica, cálculos renales.
- ✓ *Condición metabólica:* Cetoacidosis diabética, porfiria, enfermedad de Addison, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo.
- ✓ *Enfermedades neurológicas:* Pseudotumor cerebri, lesiones vestibulares, migraña, tumores del sistema nervioso central.
- ✓ *Condiciones del embarazo:* falla hepática aguda del embarazo, pre eclampsia.
- ✓ *Otras condiciones:* intolerancia o toxicidad a medicamentos, condiciones psicológicas.

7. Complicaciones maternas de la Hiperémesis Gravídica

- ❖ *Metabólicas y nutricionales:* deficiencia del 50% del requerimiento nutricional, déficit de vitamina B12 (cobalamina) y B6 (piridoxina), conducen anemias y neuropatías periférica, otras deficiencias de tiamina, riboflavina y vitamina A.
- ❖ *Encefalopatía de Wernicke:* causado por deficiencia de tiamina, precipitada por la ingesta de carbohidratos o infusiones de dextrosa, se manifiesta en la séptima semana de gestación, la presentación clínica está dada por la triada: confusión, alteraciones oculares y ataxia. El diagnóstico se da con la resonancia magnética, donde se evidencian lesiones simétricas en el acueducto y el cuarto ventrículo.
- ❖ *Beriberi:* se presenta por deficiencia de tiamina, causa lesiones neurológicas y puede haber compromiso cardíaco.
- ❖ *Hiponatremia:* (sodio sérico menor de 120 mmol/L) puede generar síntomas leves como: anorexia, cefalea, náuseas, vómito y letargia. Severa: cambios de comportamiento, calambres y debilidad muscular, confusión, ataxia, hiporreflexia y convulsiones. En casos severos por reposición de sodio de manera rápida puede complicarse con cuadro como mielinolisis pontica que corresponde a cuadraparesia espástica y parálisis pseudobulbar.
- ❖ *Trastornos psicológicos:* se ha observado que las gestantes que vienen padeciendo de hiperémesis gravídica, el 50% tienden a padecer trastornos psiquiátricos desde la ansiedad, pasando por trastornos somáticos, hasta la depresión mayor.

- ❖ *Mecánicas*: Se ha descrito que por los episodios prolongados de vómitos predisponen a trauma esofágico (síndrome de Mallory Weiss), neumotórax a tensión, desprendimiento de retina y avulsión esplénica.

8. Complicaciones Fetales por la Hiperémesis Gravídica

Estudios observacionales mostraban la relación que existía entre la hiperémesis gravídica, el peso al nacer de los recién nacidos y la prematuridad. Estudios de cohorte retrospectivos mostraron que mujeres con hiperémesis y pérdida de peso de mayor a 7 Kg tenían más probabilidad de tener recién nacidos de bajo peso al nacer o con APGAR menor a 7 a los 5 minutos en embarazos de 37 semanas; los mismos estudios mostraron una tasa de parto pretérmino tres veces mayor en mujeres con hiperémesis gravídica, con pérdida de peso. Se puede concluir que había variables de confusión que pudieron afectar los resultados, y que tenían que ver más con la pobre ganancia de peso materno que con la hiperémesis gravídica; no se encontró diferencia en la mortalidad perinatal. Otros autores comparten la teoría de que la hiperémesis gravídica podría tener un factor protector contra mortalidad y malformaciones como labio leporino y paladar hendido. ^(Op. Cit. 18)

Ansiedad

1. Concepto

Malestar psicofísico caracterizado, el término ansiedad, proviene del latín "anxietas", congoja o aflicción. Consiste en un estado de sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico.

Angustias, así como "angor", "angina", provienen de una misma raíz griega o latina, y significan constricción, sofocación, estrechez u opresión, y se refieren indudablemente a la sensación de opresión precordial y epigástrica con desasosiego que la caracteriza. La angustia

es una manifestación emocional caracterizada por un temor a lo desconocido o a lo amenazante. Este temor se contrapone al miedo, que es un temor a algo concreto y definido (objeto o situación). Según su origen, la angustia puede presentarse de diferentes maneras. Existe una angustia que puede ser considerada normal, pues aparece frente a diversos estímulos estresantes, que implican una amenaza real e imponen un desafío. Si, por el contrario, la valoración de una amenaza es errónea o distorsionada o el estímulo es imaginario, se genera una angustia que tiende a persistir, transformándose en anormal o patológica. Es decir que, la angustia normal se basa en preocupaciones presentes o del futuro inmediato y desaparece al resolver los problemas la angustia patológica, antes llamada neurótica, es de medida y persistente, planeando un futuro incierto o amenazante y va restringiendo la autonomía y desarrollo personal de quien la sufre.

La ansiedad es una emoción normal que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno. Habría que diferenciar entre miedo (el sujeto conoce el objeto externo y delimitado que le amenaza y se prepara para responder) y ansiedad (el sujeto desconoce el objeto, siendo la amenaza interna y existiendo una dificultad en la elaboración de la respuesta). La ansiedad es anormal cuando es desproporcionada y demasiado prolongada para el estímulo desencadenante.²⁷

2. Etiología

Existen distintos cuadros clínicos en los que la ansiedad es el síntoma fundamental. Entre ellos estaría el trastorno por crisis de angustia, en el que la ansiedad se presenta de forma episódica como palpitaciones, sensación de ahogo, inestabilidad, temblores o miedo a morir; el trastorno de ansiedad generalizada, existiendo un estado permanente de angustia; el trastorno fóbico, con miedos específicos o inespecíficos; el trastorno obsesivo-compulsivo, con ideas "intrusitas" y desagradables que pueden acompañarse de actos rituales que disminuyen la angustia de la obsesión.

2.1 La ansiedad es la activación del sistema nervioso, por C.O Spielberger, afirma que consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las

estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, los síntomas en estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirán en síntomas psicológicos de ansiedad.

2.2 Teoría Psicodinámica. Según Sigmund Freud, la angustia es más un proceso biológico (fisiológico) insatisfecho respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual (libido) para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del súper yo y de los instintos prohibidos (ello) donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad.

2.3 Teoría Conductista. Por Karen Horney. El conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutro, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno.

2.4 Teoría Cognitivista. Por Mischell, W. Considera la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud

física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad

3. Sintomatología

Entre algunos aspectos están sus síntomas más generales:

- Incertidumbre.
- Nerviosismo.
- Preocupación,
- Temor.

Acompañados de alteraciones conductuales y fisiológicas como lo son:

- Temblores.
- Palpitaciones.
- Náuseas.

Dichos síntomas producen una sensación sumamente incómoda para la persona que los padezca además sólo uno o en los peores casos, todos en conjunto pueden llegar a alterar la salud de la persona.

4. *Clasificación de los tipos de trastornos de ansiedad*

Según la Psicóloga Karen Horney, la ansiedad se clasifica en :

A) TRASTORNO DE PÁNICO

Entre un ataque y otro existe pavor y ansiedad de que van a regresar. El tratar de escapar a estas sensaciones de pánico puede ser agotador.

Quienes padecen de trastornos de pánico experimentan sensaciones de terror que les llegan repentina y repetidamente sin previo aviso, no pueden anticipar cuando les va a ocurrir un ataque y muchas personas pueden manifestar ansiedad intensa entre cada uno al preocuparse

de cuando y donde les llegará el siguiente. Entre tanto, existe una continua preocupación de que en cualquier momento se va a presentar otro ataque.

Cuando llega un ataque de pánico, lo más probable es que la persona sufra palpitaciones y se sienta sudoroso, débil o mareado. Puede sentir cosquilleo en las manos o sentir las entumecidas y posiblemente se sienta sofocado o con escalofríos. Puede experimentar dolor en el pecho o sensaciones de ahogo, de irrealidad o tener miedo de que suceda una calamidad o de perder el control. La persona puede, en realidad, creer que está sufriendo un ataque al corazón o de apoplejía, que está perdiendo la razón o que está al borde de la muerte. Los ataques pueden ocurrir a cualquier hora aún durante la noche al estar dormido, aunque no esté soñando. Mientras casi todos los ataques duran aproximadamente dos minutos, en ocasiones pueden durar hasta 10 minutos. En casos raros pueden durar una hora o más.

Puede presentarse a cualquier edad, en los niños o en los ancianos, pero casi siempre comienza en los adultos jóvenes. No todos los que sufren ataques de pánico terminan teniendo trastornos de pánico. El trastorno de pánico frecuentemente va acompañado de otros problemas tales como depresión o alcoholismo y puede engendrar fobias, relacionadas con lugares o situaciones donde los ataques de pánico han ocurrido. Por ejemplo, si la persona experimenta un ataque de pánico mientras usa un elevador, es posible que llegue a sentir miedo de subir a los elevadores y posiblemente empiece a evitar usarlos.

Las vidas de algunas personas han llegado a hacerse muy restringidas porque evitan actividades diarias normales como ir al mercado, manejar un vehículo o en algunos casos hasta salir de su casa. O bien, pueden llegar a confrontar una situación que les causa miedo siempre y cuando vayan acompañadas de su cónyuge o de otra persona que les merezca confianza. Básicamente, evitan cualquier situación que temen pueda hacerlas sentirse indefensas si ocurre un ataque de pánico. Cuando, como resultado de este mal, las vidas de las personas llegan a ser tan restringidas como sucede en casi una tercera parte de las personas que padecen de trastornos de pánico, se le llama agorafobia. La tendencia hacia trastornos de pánico y agorafobia tiende a ser hereditario. Sin embargo un tratamiento

oportuno al trastorno de pánico puede frecuentemente detener el progreso hacia la agorafobia.

B) FOBIAS

Las fobias suceden en distintas formas. Una fobia específica significa miedo a algún objeto o situación determinada. Una fobia social es el miedo a colocarse en una situación sumamente vergonzosa en un medio social. Por último, la agorafobia, que frecuentemente acompaña al trastorno de pánico es el miedo que siente la persona de encontrarse en cualquier situación que pueda provocar un ataque de pánico o de la cual le sea difícil escapar si éste llegara a ocurrir.

Fobias específicas

Muchas personas experimentan fobias específicas, miedos intensos e irracionales a ciertas cosas o situaciones; algunos de los más comunes son: perros, espacios cerrados, alturas, escaleras eléctricas, túneles, manejar en carreteras, agua, volar y heridas que produzcan sangre. Las fobias no son únicamente miedo extremo, son miedo irracional. Usted puede esquiar en las montañas más altas con toda facilidad pero siente pánico de subir al 10° piso de un edificio de oficinas. Los adultos con fobias comprenden que sus miedos son irracionales pero frecuentemente enfrentarse a los objetos o a las situaciones que las ocasionan o siquiera pensar en enfrentarlos, ocasiona un ataque de pánico o ansiedad severa.

Las fobias específicas atacan a más de una de cada diez personas. Nadie sabe exactamente qué las ocasiona aunque parece que son hereditarias y que son más comunes en las mujeres. Generalmente las fobias aparecen primero en la adolescencia o en la edad adulta. Comienzan repentinamente y tienden a ser más persistentes que las que se inician en la niñez; de las fobias de los adultos únicamente más o menos el 20 por ciento desaparecen solas. Cuando los niños tienen fobias específicas, por ejemplo, miedo a los animales, esos miedos por lo general desaparecen con el tiempo aunque pueden extenderse a la edad adulta. Nadie sabe por qué persisten en algunas personas y desaparecen en otras.

Las personas con fobias no sienten la necesidad de recibir tratamiento, si les es fácil evitar lo que les causa miedo. Sin embargo, en ocasiones tendrán que tomar decisiones importantes en su carrera o en lo personal para evitar una situación que les produzca fobia.

Cuando las fobias interfieren con la vida de una persona, el tratamiento puede servir de ayuda. Un tratamiento efectivo generalmente involucra cierto tipo de terapia de conocimiento cognoscitivo llamada insensibilización o terapia de exposición, en la cual los pacientes se exponen gradualmente a lo que los asusta hasta que el miedo comienza a desaparecer.

Fobia Social

La fobia social es un miedo intenso de llegar a sentirse humillado en situaciones sociales, especialmente de actuar de tal modo que se coloque uno en una situación vergonzosa frente a las demás personas. Frecuentemente es hereditaria y puede estar acompañada de depresión o de alcoholismo. La fobia social frecuentemente comienza alrededor del principio de la adolescencia o aún antes.

Si una persona sufre de fobia social tiene la idea de que las otras personas son muy competentes en público y que él no lo es. Pequeños errores que comete pueden parecerle mucho más exagerados de lo que en realidad son. Puede parecerle muy vergonzoso ruborizarse y el paciente siente que todas las personas lo están mirando. Puede tener miedo de estar con personas que no sean las más allegadas al paciente. O su miedo puede ser más específico, como el sentir ansiedad si tiene que dar un discurso, hablar con un jefe o alguna otra persona con autoridad, o bien aceptar una invitación. La fobia social más común es el miedo de hablar en público. En ocasiones, la fobia social involucra un miedo general a situaciones sociales tales como fiestas. Menos frecuente es el miedo de usar un baño público, comer fuera de casa, hablar por teléfono o escribir en presencia de otras personas, como por ejemplo, escribir un cheque.

Las personas con fobia social no necesariamente son tímidas. Pueden sentirse totalmente cómodas con otras personas la mayor parte del tiempo, pero en situaciones especiales pueden sentir intensa ansiedad.

Las personas con fobia social comprenden que sus sensaciones son irracionales. Sin embargo, experimentan una gran aprensión antes de enfrentarse a la situación que temen y harán todo lo posible para evitarla. Aún cuando puedan enfrentarse a lo que temen, generalmente sienten gran ansiedad desde antes y están muy incómodas todo el tiempo. Posteriormente, las sensaciones desagradables pueden continuar con la preocupación de haber sido juzgados o con lo que los demás hayan pensado u observado respecto a ellos.

C) TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno caracterizado por presentar pensamientos o rituales de ansiedad que siente que no puede controlar.

Una persona puede estar obsesionada con los gérmenes o la mugre y en ese caso se lava las manos una y otra vez. Puede estar lleno de dudas y sentir la necesidad de reconfirmar las cosas repetidamente. Puede estar preocupado por pensamientos de violencia y teme hacer daño a las personas que estén cerca. Puede pasar largos períodos de tiempo tocando las cosas o contando; puede estar preocupado por el orden y la simetría; puede tener pensamientos persistentes de llevar a cabo actos sexuales que le son repugnantes; o puede afligirle tener pensamientos que van contra su religión.

Los pensamientos o las imágenes preocupantes se llaman obsesiones y los rituales que se celebran para tratar de prevenirlas o disiparlas se llaman impulsos. No es placentero celebrar estos ritos que se siente obligado a hacer; únicamente siente descanso temporal de la incomodidad causada por la obsesión.

Muchas personas saludables pueden aceptar tener algunos de estos síntomas de TOC, tales como revisar la estufa varias veces antes de salir de la casa. Pero se diagnostica el trastorno

únicamente cuando dichas actividades consumen cuando menos una hora al día, son muy angustiosas o interfieren con la vida diaria.

Muchos adultos con este problema de salud reconocen que lo que están haciendo no tiene sentido pero no pueden evitarlo. Sin embargo, muchas personas, especialmente niños con TOC, pueden no comprender que su comportamiento está fuera de lo normal.

La depresión u otros trastornos de ansiedad pueden acompañar al TOC. Además, algunas personas con TOC sufren de trastornos alimenticios. También pueden evitar las situaciones en las cuales tengan que enfrentarse a sus obsesiones. O pueden tratar, sin éxito, de usar alcohol o drogas para calmarse. Si el TOC se agrava seriamente puede interponerse entre una persona y su empleo o evitar que esa persona asuma responsabilidades normales en su casa, pero por lo general no llega a esos extremos.

D) TRASTORNO POSTRAUMÁTICO POR TENSIÓN

El trastorno postraumático por tensión (TPT) es una condición debilitante que sigue a un evento de terror. Frecuentemente, las personas que sufren de TPT tienen persistentemente memorias y pensamientos espantosos de su experiencia y se sienten emocionalmente paralizadas, especialmente hacia personas que antes estuvieron cerca de ella. El TPT, conocido antes como sobresalto por proyectil o fatiga de batalla, fue traído a la atención pública por los veteranos de guerra pero puede ser el resultado de varios otros incidentes traumáticos. Incluyen raptos, graves accidentes como choques de automóviles o de trenes, desastres naturales como inundaciones o temblores, ataques violentos tales como asaltos, violaciones o tortura, o ser plagiado. El evento que desata este trastorno puede ser algo que amenace la vida de esa persona o la vida de alguien cercano a ella. O bien, puede ser algo que vio, como por ejemplo la destrucción en masa después de la caída de un aeroplano.

Cualquiera que sea la razón del problema, algunas personas con TPT repetidamente vuelve a vivir el trauma en forma de pesadillas y recuerdos inquietantes durante el día. Pueden también experimentar problemas de sueño, depresión, sensación de indiferencia o de entumecimiento o se sobresaltan fácilmente. Pueden perder el interés en cosas que antes les causaban alegría y les cuesta trabajo sentir afecto. Es posible que se sientan irritables, más

agresivas que antes o hasta violentas. El ver cosas que les recuerdan el incidente puede ser molesto, lo que podría hacerles evitar ciertos lugares o situaciones que les traigan a la mente esas memorias. Los aniversarios de lo que sucedió frecuentemente son muy difíciles.

Sucesos ordinarios pueden servir de recordatorios del trauma y ocasionar recuerdos inquietantes o imágenes intrusas. Los aniversarios de lo que sucedió frecuentemente son muy difíciles.

El TPT puede presentarse en cualquier edad, incluyendo la niñez. El trastorno puede venir acompañado de depresión, de abuso de sustancias químicas o de ansiedad. Los síntomas pueden ser ligeros o graves; las personas pueden irritarse fácilmente o tener violentos arranques de cólera o de mal humor. En casos severos, los afectados pueden tener dificultad para trabajar o para socializar. En general, los síntomas pueden ser peores si el evento que los ocasiona fue obra de una persona, como en el caso de violación, a comparación de uno natural como es una inundación.

Los eventos ordinarios pueden traer el trauma a la mente e iniciar recuerdos retrospectivos o imágenes intrusas. Un recuerdo retrospectivo puede hacer que la persona pierda contacto con la realidad y vuelva a vivir el evento durante un período de unos segundos o por horas o, muy raramente, por días. Una persona que tiene recuerdos retrospectivos que pueden presentarse en forma de imágenes, sonidos, olores o sensaciones, generalmente cree que el evento traumático está volviendo a repetirse.

No todas las personas traumatizadas sufren un verdadero caso de TLT o experimentan TLT en lo absoluto. Se diagnostica TLT únicamente si los síntomas duran más de un mes. En aquellas personas que tienen TLT, los síntomas generalmente comienzan tres meses después del trauma y el curso de la enfermedad varía. Hay quienes se recuperan dentro de los siguientes 6 meses; a otros, los síntomas les duran mucho más tiempo. En algunos casos, la condición puede ser crónica. Ocasionalmente, la enfermedad no se detecta sino hasta varios años después del evento traumático.^(Op. Cit. 28)

Depresión

1) Concepto

Estado de ánimo triste, deprimido, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión. Es una manifestación normal cuando hay causas exteriores que la apliquen. Sin una base suficiente y en grado intenso, se presenta en diversas enfermedades mentales, especialmente en la psicosis maniaco depresivo (periodo depresivo).

2) Tipos de depresión

Ostow Mortimer, siquiatra, clasifica a la depresión como:

A) Depresión agitada: Síndrome de conducta normal, se caracteriza por hiperactividad, inquietud y tensión, de tal modo que el paciente solo puede permanecer calmado durante breves intervalos de tiempo. El paciente deprimido y agitado es extremadamente ansioso y aprensivo, y siempre espera un siniestro o calamidad inminente. Tiende hablar de sus temores y desesperación y a menudo expresa odio a sí mismo. Muestra su depresión y sufrimiento cuando camina de un lado a otro, estrujándose las manos, quejándose y llorando. Se inclina a manifestarse de manera hostil hacia los demás y en contra de sí mismo.

B) Depresión cíclica: Sinónimo de maniaco depresivo tipo deprimido. Trastorno recurrente del estado de ánimo que se caracteriza por un estado de depresión severa y por retraso mental y motor. También puede presentarse inquietud, aprensión, perplejidad y agitación.

C) Depresión indiferente: Situación en la que el individuo responde frente a las ideas depresivas con resignación y apatía.

D) Depresión involutiva: Sinónimo de melancolía involutiva; trastornos del estado de ánimo que ocurre en la edad avanzada y que se caracteriza por preocupación, ansiedad agitación, insomnio y a menudo sentimientos de culpa.

E) **Depresión letárgica:** Depresión severa en la cual se omiten o suprimen las actividades normales.

F) **Depresión reactiva:** Depresión transitoria atribuida a alguna experiencia; generalmente la persona carece de un historial de depresiones repetidas.

G) **Depresión retardada:** Depresión en que las actividades normales se interrumpen o se trastornan.

H) **Depresión del adolescente:** Depresión leve acompañada a menudo de hipocondría y ansiedad, la cual se observa comúnmente en hombres y mujeres jóvenes.²⁸

3) Sintomatología

Si bien es verdad que hay diferentes tipos de depresiones según el criterio de clasificación, la sintomatología del episodio depresivo es básicamente la misma. Según el nivel de gravedad de la depresión la intensidad de cada uno de estos síntomas varía.

Las manifestaciones emocionales son aquellos cambios en los sentimientos del paciente o en la conducta.

El abatimiento del humor, los sentimientos negativos así mismo, la disminución de la gratificación, pérdida de las ataduras emocionales, aumento de ganas de llorar, pérdida de respuesta de alegría.

Las manifestaciones cognitivas distinguen 3 síntomas principalmente. El primero esta compuesto por las actitudes distorsionadas del sujeto respecto de si mismo, de su experiencia y de su futuro. El segundo síntoma lo constituye la tendencia a auto culparse. El tercero se relaciona con el área de la toma de dediciones, en el sentido de que el paciente tiende a ser indeciso.

comúnmente que mucha gente se enfoca a estos problemas sin darse cuenta que están sufriendo depresión.

Pero es probable que sean los sentimientos de:

- desesperanza
- desamparo
- culpa
- ansiedad
- tristeza

Todo lo que se realiza habitualmente significa un esfuerzo y se realiza lentamente. La tarea más pequeña es un peso para estas personas.

Todo lo anterior se podría resumir en los siguientes, síntomas que acompañan a la depresión.

- trastornos del sueño
- astenia y fatiga o pérdida de energía
- anorexia
- alteraciones en la esfera sexual, hipersexualidad
- indecisión
- ideas o conductas obsesivas
- conducta negativa o claramente antisocial
- agresividad
- los mismos síntomas que en la edad prepuberal

- hurtos
- consumo de alcohol y/o drogas
- deseos de marchar de casa
- sentimiento de no ser comprendido
- malhumor e irritabilidad
- desgane para cooperar en actividades familiares
- tendencia a recluirse en la propia habitación
- desinterés por el aseo personal
- dificultades escolares
- retraimiento social con, especial respuesta al rechazo en relaciones amorosas, trastorno de estado de ánimo, desmoralización y falta de alegría.

4) Causas

Si consideramos al ser humano como una unidad bio-sicosocial, en la etiología de la depresión también debemos tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla; el predominio de alguna de ellos estará en función del diagnóstico que, de acuerdo con el criterio sustentado se divide en tres cuadros depresivos; sicóticos, neuróticos y simples. La etiología de la depresión es multifactorial.

Aun cuando no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión, con fines didácticos dividiremos las causas de la depresión en genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales.

Causas Genéticas

Las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, varios autores han presentado pruebas a favor de la teoría de que algunas personas son portadoras de alguna vulnerabilidad específica a la psicosis maniaco depresiva.

La posibilidad de que un pariente de un enfermo deprimido padezca también depresión psicótica, hay de un 10 a un 15% de posibilidades de que su hijo presente un cuadro semejante. Pero si los dos progenitores fueran deprimidos graves, sus hijos afrontarían un 50% de posibilidades de padecer el mismo síndrome. Con parientes más lejanos como tíos, abuelos y primos se ha observado que el riesgo desciende a un 3 o 4%.

Los estudios de Kallmann proporcionan datos que concuerdan con la teoría de una transmisión de la enfermedad por un gen dominante. Con base a su estudio de 461 personas en las que utilizó el método de parejas de gemelos, Kallmann reportó las siguientes tasas en relación con parientes consanguíneos en psicosis maniaco depresivas;

- 0.4% en población general
- 23.5% en padres
- 16.7% en medios hermanos
- 23.0% en hermanos
- 26.3% en gemelos dicigóticos
- 100.0% en gemelos monocigóticos

Es evidente que con frecuencia se presentan trastornos depresivos en varios miembros de la familia. Quizás no podríamos hablar de estos casos de una herencia directa de la depresión, si no simplemente la posibilidad de transmisión de un terreno más vulnerable al cuadro como puede suceder con otras enfermedades.

Hay datos que indican, al menos aparentemente, que no solo existe la posibilidad de heredar la depresión, si no también la forma de respuesta al tratamiento. Investigaciones

realizadas al respecto parecen demostrar que si un enfermo deprimido responde bien al tratamiento con triciclicos, con inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), o con otras drogas antidepressivas, sus parientes deprimidos también responderán favorablemente al tratamiento con el mismo tipo de medicamentos. Estos datos corresponden a observaciones preliminares, pero resultar muy interesantes en el futuro.

Causas Psicológicas

Las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión neurótica.

- Causas psicológicas de la depresión;

Determinantes;

- Mala integración de la personalidad en la etapa formativa.

Desencadenantes;

a) Pérdida de un ser querido

b) Pérdida de una situación económica

c) Pérdida de poder

d) Pérdida de la salud

- Enfermedades con peligro de muerte
- Enfermedades que originen incapacidad física
- Enfermedades que determinan alteraciones estéticas
- Enfermedades que afectan la autoestima (impotencia)

Las causas psicológicas de la depresión son diversas y afectan al ser humano en cualquier etapa de la vida. En el tratamiento de cuadros de este tipo la utilidad de los antidepressivos suele ser limitada, requiriéndose además un apoyo psicoterapéutico, que puede ser individual, familiar o de grupo, según sea el caso.

Causas Ecológicas

Desde siempre el hombre ha venido modificando su habitat, sometiendo gradualmente a la naturaleza en la búsqueda continua de sus satisfacciones.

Durante la última centuria la humanidad alcanzo un grado de desarrollo científico y tecnológico tal, que supero lo logrado en miles de años. Este desarrollo proporciono mayor bienestar al hombre, pero también tuvo otras consecuencias negativas, a saber; un aumento acelerado de la población mundial, la explotación inmoderada de los recursos naturales, la producción incontrolada de sustancias contaminantes y una cantidad exorbitante de desechos, generando con ellos una severa contaminación ambiental y el desequilibrio ecológico consiguiente. Es valido suponer que los aspectos psicológicos del hombre no pertenecen al margen de este torbellino, y que, por lo tanto, su salud mental también es afectada por el medio ambiente nocivo en que se desenvuelve.

Causas Sociales

Como lo demuestran los estudios etiológicos, los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie.

- Desintegración de la familia
- Disminución del apoyo espiritual de la iglesia
- Falta de vínculos con los vecinos
- Migraciones

Sabemos que los lazos familiares se han debilitado en los últimos tiempos; que muchas familias se reúnen solo en ocasiones especiales, como bodas, bautizos, o entierros; que el divorcio se incrementa día a día, y que es habitual que los jóvenes traten de independizarse tan luego como tienen los medios económicos que les permiten hacerlo. En algunos países europeos, sobre todo los nórdicos, los ancianos viven totalmente

solos; los vecinos que se dan cuenta de que han muerto hasta que perciben el mal olor de sus cuerpos en descomposición.

Las relaciones de vecindad, afecto y apoyo emocional que existían hace unas décadas se han roto por completo.²⁹

CAMBIOS PSICOLOGICOS DURANTE LA GESTACION

a) Durante el primer trimestre

Ante la noticia, y dependiendo de la situación, se producen sentimientos de felicidad y alegría, junto con la ansiedad de adaptación a la nueva situación. En el primer tiempo, hay un estado de incredulidad que ayuda a asimilar gradualmente los cambios. Las gestantes viven un cambio en sus intereses, volcándose hacia "mi embarazo". Ellas inician una búsqueda de modelos que les permitan asumir mejor el rol de madre (habitualmente su propia madre, amigas u otras mujeres). Las ansiedades propias de este período tienen relación con la incertidumbre por la existencia de su embarazo y ante el peligro de perderlo (en las primigestas es frecuente ver que diversos síntomas se interpretan como signo de aborto).

b) Durante el segundo trimestre

Este período es coincidente con el inicio de los movimientos fetales. Lo central de esta etapa es la relación entre la madre y su hijo. Ella comienza a tener sensaciones que le permiten identificar a su hijo como un ser con vida propia. Durante el trimestre anterior esta relación era sólo en el plano imaginario.

Se produce la familiarización de la madre con el feto, surgiendo fantasías acerca del bebe. Los intereses de la madre se desplazan desde "mi embarazo" a "mi bebe". Los movimientos del feto son importantes porque dan seguridad y tranquilidad a la madre, al mismo tiempo que marcan su independencia de ella. Las ansiedades propias de este período se relacionan con la percepción de los movimientos (especialmente en las

primigestas), relativas al hijo (por malformaciones, por la responsabilidad asumida, etc.) y por potenciales daños personales.

c) **Durante el tercer trimestre**

En este período se experimenta una impaciencia por terminar el embarazo y tener su hijo. Esto prepara a la madre para la separación corporal que se producirá después del parto. Los cambios fisiológicos tales como el aumento de peso, las contracciones y los movimientos fetales, facilitan esta impaciencia. Todos estos cambios conllevan una normal intensificación de las ansiedades, cuyos contenidos más frecuentes tienen que ver con: sufrir un accidente, morir en el parto o la muerte del niño.³⁰

5.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Hiperémesis Grávida:** Consiste en la sensación constante de náusea y vómitos repetitivos, que son intensos y duran más allá del primer trimestre del embarazo. Los síntomas son persistentes y pueden durar toda la gestación. La hiperémesis grávida puede ocasionar complicaciones metabólicas graves para la mujer y consecuencias adversas para el feto, y hasta la muerte de ambos.
- **Ansiedad:** Es vivenciada como una emoción de tonalidad básicamente displacentera sin causa, y dirigida al porvenir. Se trata de un sentimiento de aprehensión y una expectativa permanente frente a la posibilidad de que ocurra algo grave: morir, volverse loco o realizar un acto incontrolable, se definirá como sigue: sintomatología ansiosa, sintomatología ansiosa dudosa y ausencia de sintomatología ansiosa.
- **Depresión:** Estado de ánimo dominado por la tristeza y el desgano. El individuo se siente desesperanzado, desanimado, apesadumbrado, incapaz de disfrutar de las cosas que le rodean, se definirá como sigue: sintomatología depresiva, sintomatología depresiva dudosa y ausencia de sintomatología depresiva.
- **Edad:** Tiempo que la gestante ha vivido, a contar desde que nace hasta el momento del estudio, se definirá como sigue: < de 18 años, de 18 a 34 años, y > de 35 años.

- **Estado civil:** Estado jurídico político (matrimonial) de la gestante al momento del estudio, se definirá como sigue: soltera, conviviente, casada, divorciada, viuda.
- **Nivel socioeconómico:** Orden, clase social, jerarquía o validez de la gestante al momento del estudio, será medida de acuerdo al ingreso económico mensual y se definirá como sigue: Baja < S/. 800; Media S/. 800 a 1800; Alta > S/. 1800.
- **Grado de instrucción:** Nivel educacional alcanzada por la gestante al momento del estudio, se definirá como sigue: analfabeta, primaria, secundaria, superior no universitario y superior universitario
- **Ocupación:** Empleo u oficio remunerado o no remunerado que ejerce la gestante al momento del estudio, se definirá como sigue: comerciante, profesional, estudiante, obrera y ama de casa.
- **Antecedentes de hiperémesis en gestaciones anteriores:** Historia de hiperémesis gravídica en gestaciones anteriores por parte de la gestante, se definirá por Historia Clínica.
- **Número de gestaciones:** Numero de embarazos que tiene la gestante al momento del estudio, se definirá como sigue: primigesta aquella que esta gestando por primera vez, segundigesta dos veces y tercigesta tres veces y multigesta de cuatro a más gestaciones.
- **Periodo intergenésico:** Tiempo transcurrido desde el término de la gestación anterior a la gestación actual, se definirá mediante la Historia Clínica.
- **Grado de severidad de la Hiperémesis Gravídica:** Categorización de la severidad clínica de cada patología, se definirá teniendo en cuenta el grado de intensidad y frecuencia de los vómitos, frecuencia de reingresos hospitalarios, escasa ganancia de peso gestacional y complicaciones maternas.
- **Sexo del producto:** Sexo del producto en la gestación actual, se definirá como sigue: masculino, femenino o indeterminado.
- **Edad gestacional de inicio de síntomas:** Tiempo transcurrido desde el momento de la fecundación hasta el momento del estudio, se definirá en semanas de gestación.
- **Antecedentes de embarazo gemelar:** Historia de embarazo gemelar en gestaciones anteriores por parte de la gestante, se definirá por Historia Clínica.

- **Evaluación psicológica:** Evaluación realizada por el psicólogo al momento que la gestante presentó el cuadro clínico, se definirá por interconsulta a aquella atención que realizan a la gestante con el departamento de psicología durante su estancia hospitalaria.

6. HIPOTESIS

H: La ansiedad y la depresión constituyen factores emocionales asociados en la Hiperémesis Gravídica en gestantes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008.

7. VARIABLES

7.1 Variable dependiente:

- Hiperémesis Gravídica

7.2 Variables independientes:

- Ansiedad
- Depresión

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES
<u>DEPENDIENTE</u> Hiperémesis Gravídica	Sensación constante de náusea y vómitos repetitivos, que son intensos y duran más allá del primer trimestre del embarazo. Los síntomas son persistentes y pueden durar toda la gestación	Se definirá teniendo en cuenta el grado de intensidad y frecuencia de los vómitos, reingreso hospitalario, escasa ganancia de peso gestacional y complicaciones maternas.	Ordinal	Leve o Moderado() Severo o grave ()
<u>INDEPENDIENTE</u> Ansiedad	Es vivenciada como una emoción de tonalidad básicamente displacentera sin causa, y dirigida al porvenir. Se trata de un sentimiento de aprehensión y una expectativa permanente frente a la posibilidad de que ocurra algo grave: morir, volverse loco o realizar un acto incontrolable.	Se definirá según la escala de ansiedad y depresión: Te sentías tensa o molesta durante la gestación. Tenías una gran sensación de miedo, como si algo horrible te fuera a suceder durante la gestación. Tenías sensación de miedo, como de aleteo en el estomago. Te sentías inquieta, como si estuviera continuamente en movimiento. Te asaltaban sentimientos repentinos de pánico	Ordinal	Sintomatología ansiosa (>11) Sintomatología ansiosa dudosa (8-10) Ausencia de sintomatología ansiosa (0-7)

Depresión	Estado de ánimo dominado por la tristeza y el desgano. El individuo se siente desesperanzado, desanimado, apesadumbrado, incapaz de disfrutar de las cosas que le rodean.	Se definirá según la escala de ansiedad y depresión: Podías disfrutar con lo que antes te gustaba antes del embarazo. Podías reírte y ver el lado divertido de las cosas. Tenías la cabeza llena de preocupaciones. Te sentías alegre. Podías estar sentada tranquilamente y sentirse relajada. Te sentías como si cada día estuviera más lento. Has perdido el interés por tu aspecto físico. Te sentías optimista respecto al futuro. Te divertías con un buen libro, la radio o un programa de televisión.	Ordinal	Sintomatología depresiva (>11) Sintomatología depresiva dudosa (8-10) Ausencia de sintomatología depresiva (0-7)
------------------	---	--	----------------	--

8. ASPECTO METODOLOGICO

8.1 LUGAR DE DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

El presente estudio se realizó en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, el cual se ubica en el distrito de Punchana, ciudad de Iquitos, departamento de Loreto, provincia de Maynas.

8.2 RECURSOS UTILIZADOS

Los recursos utilizados en el presente estudio fueron:

Humanos:

Asesor de proyecto de tesis, Asesor Estadístico, Investigadora.

Instalaciones:

Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto.

Servicio de Estadística del Hospital Regional de Loreto.

Domicilio de cada una de las pacientes que desearon participar del estudio.

Equipos:

Computador personal, impresora para computador personal, motocicleta.

Materiales:

Libros de registros de ingresos y egresos de las pacientes hospitalizadas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, fichas de recolección de datos basadas en la operacionalización de las variables (sesenta y uno), copias de la escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión de Zingmond y Snaith (ciento veintidós).

8.3. TIPO Y NIVEL DE DE INVESTIGACION

El presente estudio es de tipo Retrospectivo, Bivariado.

8.4 DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACION

El diseño del presente estudio es Correlacional, Transversal.

Correlacional: Estudian las relaciones entre variables dependientes e independientes, se estudia la correlación entre las dos variables.

Transversal: Según el periodo y secuencia de estudio. Este estudio es transversal por que incluye como sujetos a las personas que están en la población en un instante determinado, incluido a los que padecen la enfermedad, y evalúa las variables independientes simultáneamente, en un solo momento o haciendo un corte en el tiempo en que ocurre el estudio.

8.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Estuvo constituida por todas las gestantes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto, de Enero del 2007 a Diciembre del 2008.

Muestra: No se realizó muestreo por lo que se trabajó con toda la población. Esto debido a que los casos de Hiperémesis Gravídica se presentan solo de 40 a 50 pacientes por año en el Hospital Regional de Loreto. Por lo tanto se considerará necesario trabajar con toda la población para que el estudio tenga mayor validez y disminuya el sesgo.

Tamaño de muestra: La población estuvo representada por el todas las gestantes con registro en historia clínica de diagnóstico de Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto, de Enero del 2007 a Diciembre del 2008 y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión del presente trabajo.

Unidad de análisis: Fueron las Gestantes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008.

1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Gestantes con diagnóstico de Hiperémesis Gravídica que se atendieron en la institución.
- ❖ Pacientes que tengan registro de historia clínica
- ❖ Pacientes con 20 o menos semanas de gestación, por definición de hiperémesis gravídica (alrededor de las 20 semanas los síntomas desaparecen).
- ❖ Ausencia de otras patologías médicas específicas

2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ Pacientes hospitalizados por émesis de la gestación que no cumplen con el criterio de Hiperémesis Gravídica
- ❖ Pacientes con más de 20 semanas de gestación.
- ❖ Pacientes que no se encuentran en la ciudad.
- ❖ Pacientes que no son ubicables o fallecieron.
- ❖ Otras patologías obstétricas asociadas a émesis gestacional como: Mola Hidatiforme, Gestación Múltiple.

8.6 TÉCNICAS

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación fue la de fuente primaria a través de la aplicación de una ficha de encuesta y una escala pre elaborado: “La escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión de Zingmond y Snaith”

8.7 INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos para la recolección de datos fueron:

- Ficha de recolección de datos, la cual fue elaborada en base a la operacionalización de las variables.
- Para medir el grado de ansiedad y depresión se utilizó la escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión de Zingmond y Snaith (HAD). Esta es una escala auto aplicada dirigida a evaluar síntomas de ansiedad y depresión durante la pasada semana en pacientes con problemas médicos, no psiquiátricos, está compuesta de 14 items, 7 de los cuales miden la ansiedad y los 7 restantes la depresión, que evalúan la frecuencia del síntoma a través de una escala Likert de 4 puntos (valorables de 0 a 3), considerando una puntuación por encima de 11 puntos como indicativa de sintomatología ansiosa o depresiva, entre 8 y 10 sintomatología dudosa ansiosa o depresiva y entre 0 y 7 ausencia de sintomatología ansiosa o depresiva. Dado que este instrumento se diseñó específicamente para su uso con pacientes en hospitales con trastornos físicos, excluye la evaluación de síntomas somáticos que tienen una alta probabilidad de deberse a la enfermedad física existente.

Esta escala fue traducida y adaptada al castellano por Snaith en colaboración con Bulbena A. y Berrios G. y fue validada por el Psiquiatra Español Antonio Tejero y Cols (1986), utilizada en nuestra ciudad en un trabajo de investigación retrospectivo por el Bach. Med. Vásquez R. F (2009).

- **Fiabilidad.-** La consistencia de la escala en términos del índice de Cronbach en pacientes psiquiátricos es de 0,81 para la subescala de ansiedad y de 0,82 para la subescala de depresión. La ventaja de la HAD es que debido a su sencillez y facilidad de administración tiene utilidad como instrumento de cribado inicial en ambientes hospitalarios o para ofrecer una evaluación sencilla y general.

- Toda encuesta fue pre codificado. El tipo de preguntas fueron del tipo cerrado.

Para proceder a la recolección de datos se solicitó autorización a la dirección, al Jefe del Servicio de Ginecología, al departamento de investigación del Hospital Regional de Loreto y a la Unidad de Estadística del Hospital Regional de Loreto, donde se dio a conocer el propósito de la investigación y la responsable de la misma.

En primer lugar se procedió a revisar los registros de ingresos y egresos de las pacientes que estuvieron hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto, obteniéndose de esta manera los números de las historias clínicas de las gestantes con diagnóstico de Hiperémesis Gravídica en el periodo 2007-2008. Posteriormente se revisaron dichas historias, las cuales se encontraban en el departamento de estadística del Hospital Regional de Loreto, y la información obtenida fue registrada en las fichas de recolección de datos en las cuales se registraron todos los datos sociodemográficos y clínicos.

Una vez obtenidas las direcciones domiciliarias de las gestantes, por medio de las historias clínicas, se procedió a realizar la segunda parte del presente estudio la cual consistió en visitar a la gestante directamente en su domicilio para proceder al llenado de la escala de Ansiedad y Depresión de Zingmond y Snaith, las cuales fueron llenadas por la investigadora preguntando a la gestante “dos veces” la misma escala, para de esta manera poder conocer si la gestante tuvo o no Ansiedad y/o Depresión antes de presentar el cuadro de Hiperémesis Gravídica, de la siguiente manera:

Para proceder al “primer” llenado de la escala indique a la gestante que respondiera las preguntas del cuestionario de acuerdo a como se sentía “antes” de estar gestando y para el “segundo” llenado de la misma escala indique a la gestante que las respuestas se remitieran a como se sentía “al momento” de estar hospitalizada por presentando el cuadro de Hiperémesis Gravídica.

Los resultados de las fichas de recolección de datos sociodemográficos y clínicos, así como los resultados de las escalas de Ansiedad y Depresión de Zingmond y Snaith fueron revisados por el asesor. Los datos recolectados fueron clasificados y ordenados según las variables de estudio.

Los resultados finales de este estudio serán entregados al departamento de investigación del Hospital Regional de Loreto a fin de que esta oficina de a conocer los resultados de este estudio al Departamento de Gineco Obstetricia del nosocomio, con el fin de que la información se utilice para mejorar la eficiencia del servicio.

8.8 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El presente estudio fue procesado preparando una base de datos en Microsoft Exel 2007 y analizado mediante paquetes estadísticos por medio del programa SPSS 15.0 cuyos resultados se presentarán a través de tablas de frecuencias y gráficos, chi cuadrado y “p”. Se utilizará estadística descriptiva según los objetivos del estudio y se presentaran gráficas y tablas de frecuencia.

9. ASPECTOS ÉTICOS

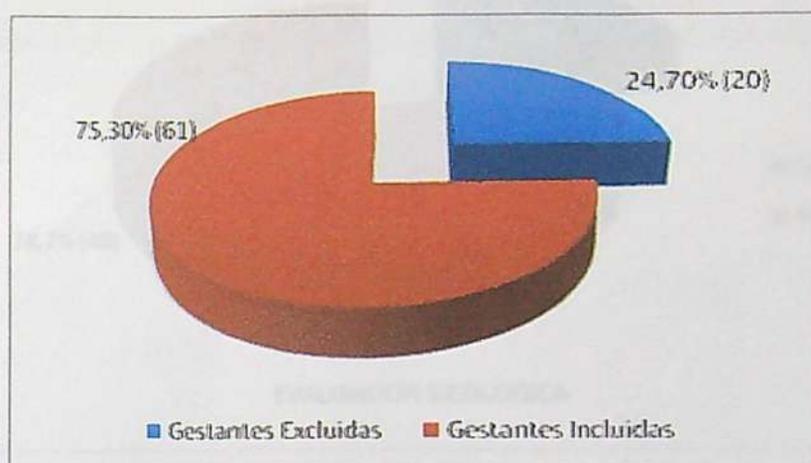
Por la naturaleza no experimental y característica solo investigativa del estudio, este no transgrede de ninguna manera los derechos humanos de los pacientes cuyas historias clínicas y encuestas serán revisadas e incluidas en el estudio, y cuya identificación permanecerá en absoluta reserva, protegiendo de este modo la integridad moral de la familia (Nuremberg 1947, Helsinnski I 1966, Helsinnski II 1975, Hawai 1983), así como del médico tratante.³¹

10. RESULTADOS

POBLACION EN ESTUDIO

Gráfica N° 01

Población incluida en el estudio de gestantes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008



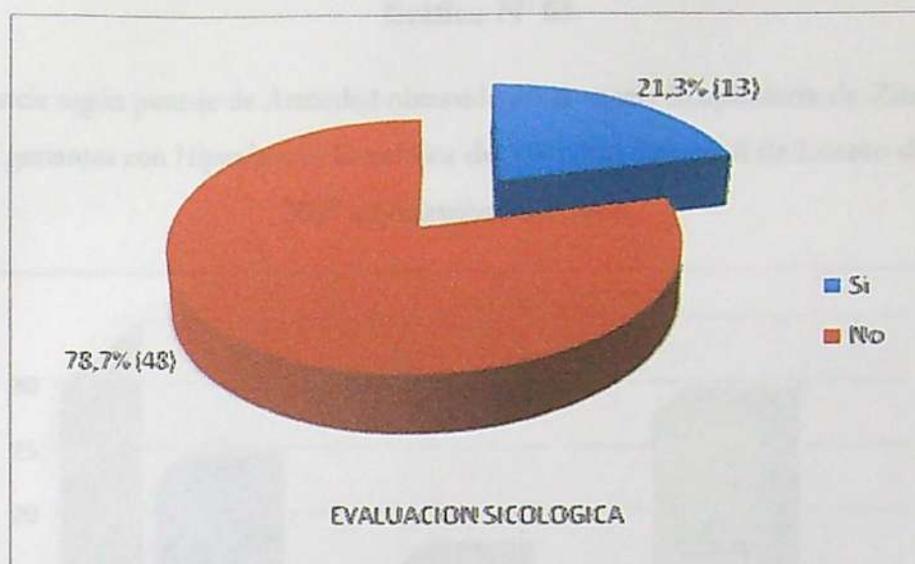
En la figura se muestra la cantidad de pacientes incluidas en el estudio, así como también la cantidad de pacientes excluidas del estudio. Se puede apreciar que de un total de 81 gestantes que estuvieron hospitalizadas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto en de Enero del 2007 a Diciembre del 2008 por presentar cuadro de Hiperémesis Gravídica, fueron incluidas 61 gestantes en el presente estudio y se excluyeron 20 gestantes por las siguientes causas:

14 (catorce): Gestantes fueron excluidas por presentas patologías asociadas al cuadro de Hiperémesis Gravídica, detallándose como sigue:

- 8(ocho) gestantes presentaron Infección del Tracto Urinario;
 - 2(dos) gestantes tuvieron gastritis cónica;
 - 2(dos) gestantes presentaron diagnóstico de Mola Hidatiforme;
 - 1(uno) gestante presentó Faringoamigdalitis Aguda.
 - 1(uno) gestante presento diagnóstico de Amenaza de Aborto.
- * 5 (cinco): Gestantes viajaron y/o no se pudieron ubicar en sus domicilios respectivos.
- * 1 (uno): Gestante se negó a participar del estudio. (**Gráfica 01**)

A. Distribución De Las Gestantes Con Hiperémesis Gravídica Según Si Presentaron O No Presentaron Evaluación Sicológica.

Gráfica N° 02



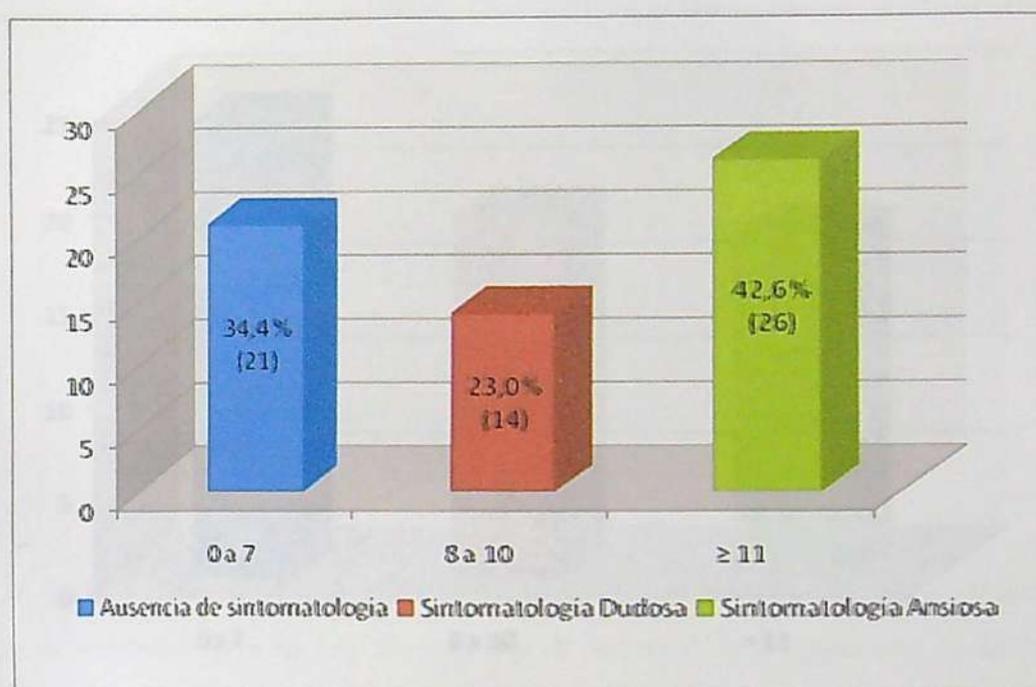
En la figura se muestra la distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según si presentaron o no evaluación psicológica, en la cual se observa que de un total de 61 pacientes incluidas en el estudio:

- 78.7% (48) del total de las gestantes no presentaron evaluación psicológica.
- 21.3% (13) del total de las gestantes si presentaron evaluación psicológica. (**Gráfica 02**)

B. Distribución De Las Gestantes Con Hiperémesis Gravídica Según Puntaje De Ansiedad Obtenido En La Escala Hospitalaria De Ansiedad Y Depresión De Zingmond Y Snaith.

Gráfica N° 03

Frecuencia según puntaje de Ansiedad obtenido en la escala hospitalaria de Zingmond y Snaith en gestantes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008



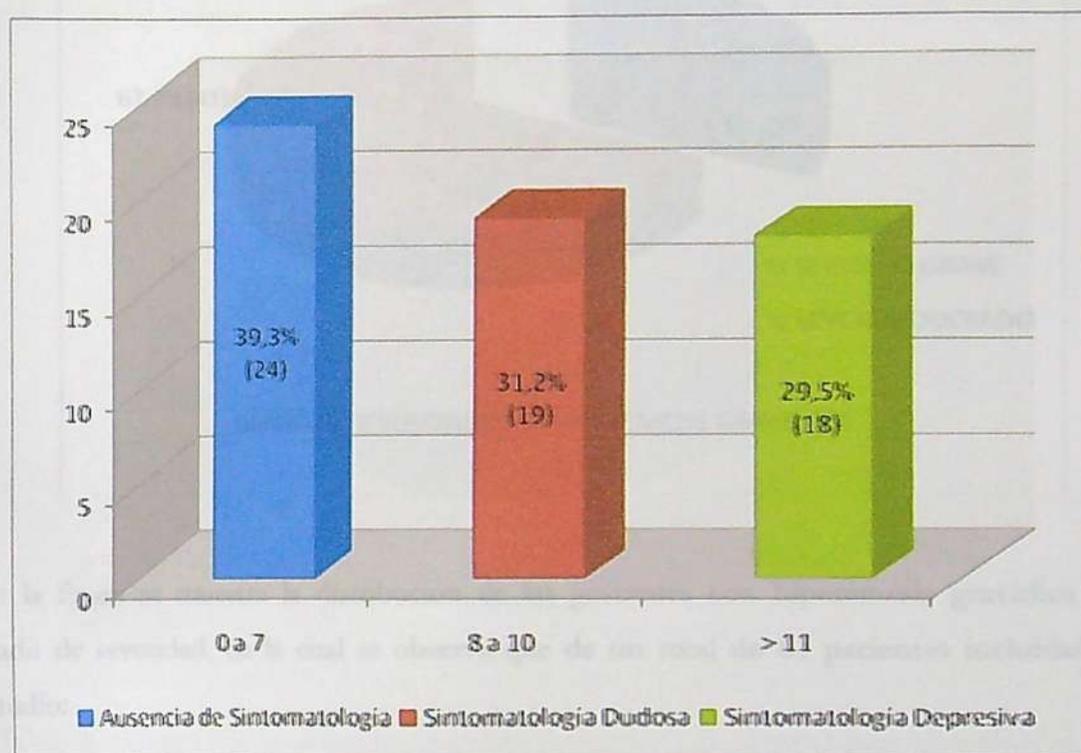
En la figura se muestra la distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según el puntaje de Ansiedad obtenido en la escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión de Zingmond y Snaith, en la cual se observa que de un total de 61 pacientes incluidas en el estudio:

- 42.6% (26) del total de las gestantes si presentaron sintomatología ansiosa.
 - 23.0% (14) del total de las gestantes presentaron sintomatología dudosa de ansiedad.
 - 34.4 % (21) del total de las gestantes no presentaron sintomatología ansiosa.
- (Gráfica 03)**

C. Distribución De Las Gestantes Con Hiperémesis Gravídica Según Puntaje De Depresión Obtenido En La Escala Hospitalaria De Ansiedad Y Depresión De Zingmond Y Snaith.

Gráfica N° 04

Frecuencia según puntaje de Depresión obtenido en la escala hospitalaria de Zingmond y Snaith en gestantes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008



En la figura se muestra la distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según el puntaje de Depresión obtenido en la escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión de Zingmond y Snaith, en la cual se observa que de un total de 61 pacientes incluidas en el estudio:

- 29.5% (18) del total de las gestantes si presentaron sintomatología depresiva.
 - 31.2% (19) del total de las gestantes presentaron sintomatología dudosa de depresión.
 - 39.3 % (24) del total de las gestantes no presentaron sintomatología depresiva.
- (Gráfica 04)

D. Distribución De Las Gestantes Con Hiperémesis Gravídica Según Grado De Severidad.

Gráfica N° 05

Frecuencia según grado de severidad en gestantes con hiperémesis gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008



En la figura se muestra la distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según grado de severidad, en la cual se observa que de un total de 61 pacientes incluidas en el estudio:

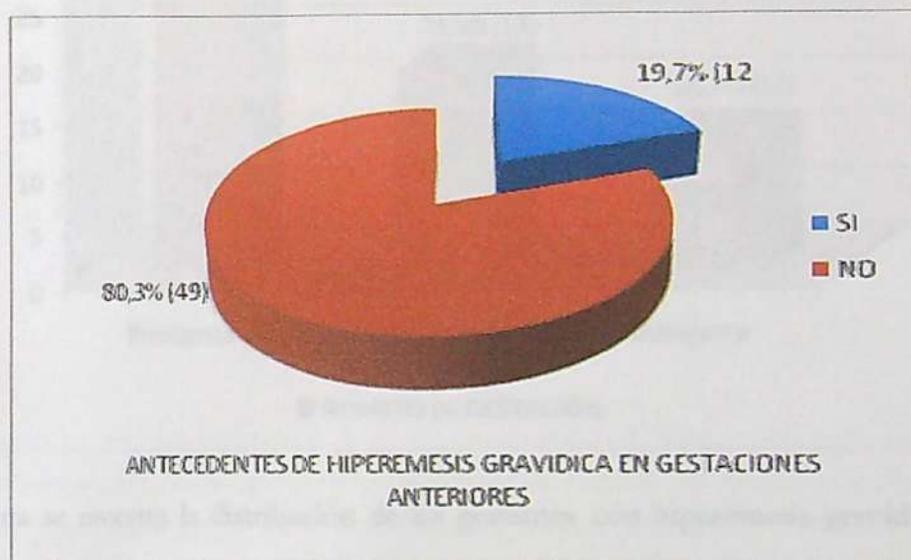
- 67.2% (41) del total de las gestantes presentaron sintomatología compatible con hiperémesis gravídica leve o moderada.
- 32.8% (20) del total de las gestantes presentaron sintomatología compatible con hiperémesis gravídica severa o grave. (**Gráfica 05**)

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS GESTANTES CON HIPERÉMESIS GRAVÍDICA:

A. Distribución De Las Gestantes Con Hiperémesis Gravídica Según Si Presentaron O No Presentaron Antecedentes De Hiperémesis Gravídica En Gestaciones Anteriores.

Gráfica N° 06

Frecuencia según presencia o ausencia de antecedentes de Hiperémesis Gravídica en gestaciones anteriores en gestantes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008



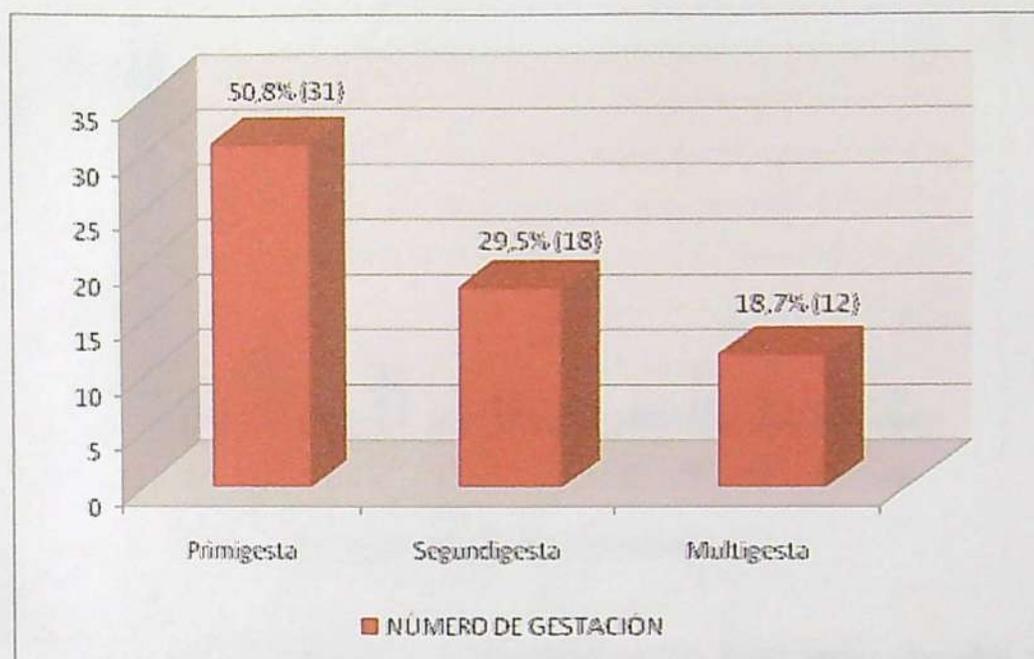
En la figura se muestra la distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según si tuvieron o no antecedentes de esta patología en gestaciones anteriores, en la cual se observa que de un total de 61 pacientes incluidas en el estudio:

- 80,3% (49) del total de las gestantes no presentaron antecedentes de hiperémesis gravídica en gestaciones anteriores.
- 19,7% (12) del total de las gestantes si presentaron antecedentes de hiperémesis gravídica en gestaciones anteriores. (*Gráfica 06*)

B. Distribución De Las Gestantes Con Hiperemesis Gravídica Según El Número De Gestaciones.

Gráfica N° 07

Frecuencia según el número de gestaciones en gestantes con Hiperemesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008



En la figura se muestra la distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según el número de gestaciones que presentaban al momento del estudio, en la cual se observa que de un total de 61 pacientes incluidas en el estudio:

- 50,8% (31) del total de las gestantes fueron primigestas.
- 29,5% (18) del total de las gestantes estaban en su segunda gestación.
- 19,7% (12) del total de las gestantes estaban en su tercera o mayor gestación, es decir que fueron Multigestas. (*Gráfica 07*)

C. Distribución De Las Gestantes Con Hiperemesis Grávidica Según Periodo Intergenésico.

Gráfica N° 08

Frecuencia según periodo intergenésico en gestantes con Hiperémesis Grávidica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008

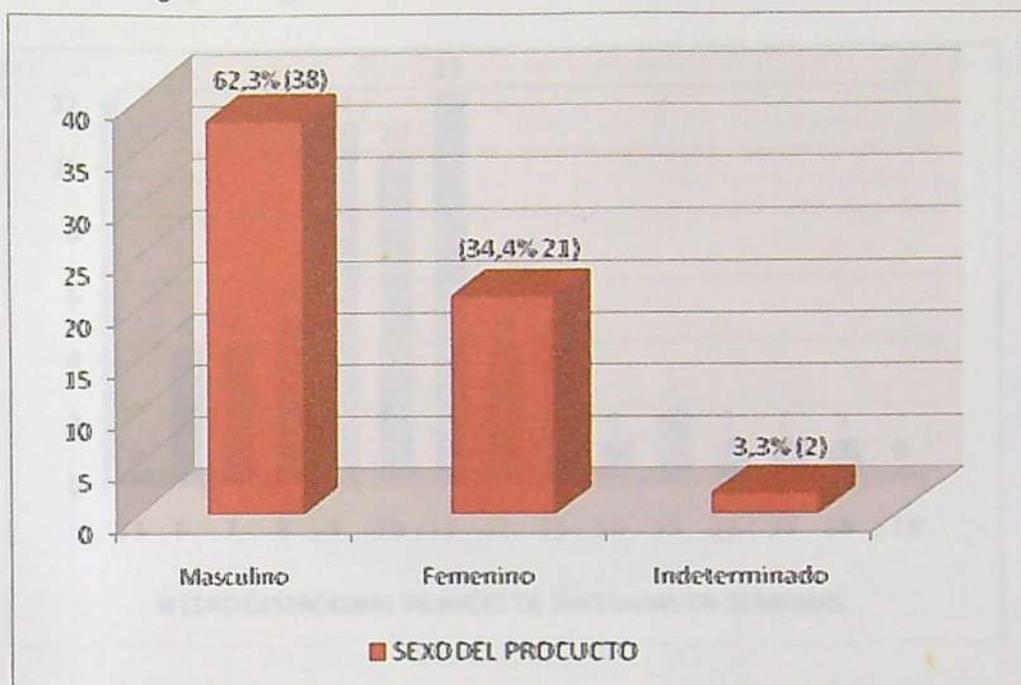


En la figura se muestra la frecuencia de las gestantes con hiperémesis grávidica según periodo intergenésico, en la cual se observa que de un total de 61 pacientes incluidas en el estudio, la hiperémesis grávidica se presentó con mayor frecuencia en gestantes que no presentaron periodo intergenésico (primigestas) o que tuvieron periodo intergenésico menor de 1 año, el cual representa el 57.4% (35) del total de la población; seguido de las gestantes que tuvieron un periodo intergenésico de 2 años, con un 11.5% (7) del total de la población; luego están las gestantes con un periodo intergenésico de 4 años, con un 8.2% (5) del total de la población; luego están las gestantes con un periodo intergenésico de 6 años con un 4.9% (3) del total de la población; luego están las gestantes con un periodo intergenésico de 1, 3, 7 y 9 años, todas con un 3.3% (2) del total de la población cada una; luego están las gestantes con un periodo intergenésico de 5, 8 y 11 años, todas con un 1.6% (1) del total de la población cada una; y por último se encuentran las gestantes que tuvieron un periodo intergenésico de 10 años, así como también las gestantes que tuvieron periodos intergenésicos mayores de 11 años que tuvieron 0.0% (0) del total de la población. (*Gráfica 08*)

D. Distribución De Las Gestantes Con Hiperemesis Gravídica Según Sexo del Producto.

Gráfica N° 09

Frecuencia según sexo del producto en gestantes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008



En la figura se muestra la frecuencia de las gestantes con hiperemesis gravídica según sexo del producto, en la cual se observa que de un total de 61 pacientes incluidas en el estudio:

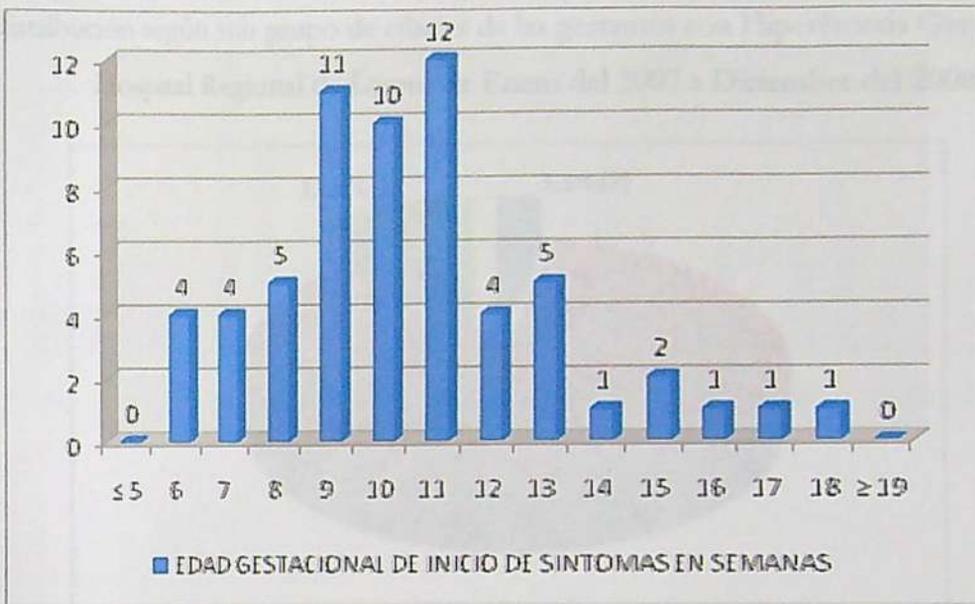
- 62,3% (38) del total de las gestantes presentaron sexo del producto masculino.
- 34,4% (21) del total de las gestantes presentaron sexo del producto femenino
- 3,3% (2) del total de las gestantes presentaron sexo del producto indeterminado.

(Gráfica 09)

E. Distribución De Las Gestantes Con Hiperémesis Gravídica Según Edad Gestacional De Inicio De Síntomas.

Gráfica N° 10

Frecuencia según edad gestacional de inicio de síntomas en gestantes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008



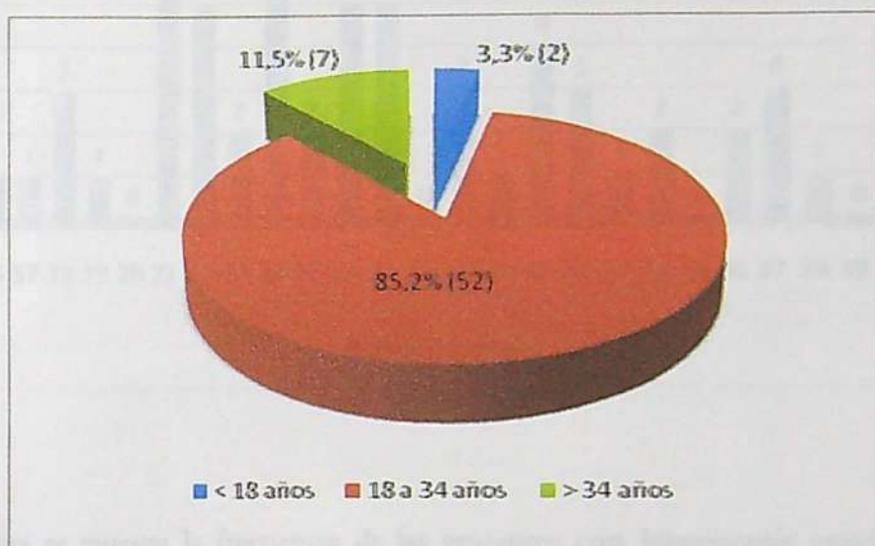
En la figura se muestra la frecuencia de las gestantes con hiperémesis gravídica según edad gestacional de inicio de síntomas, en la cual se observa que de un total de 61 pacientes incluidas en el estudio, la hiperémesis gravídica se presentó con mayor frecuencia en gestantes con 11 semanas de gestación, el cual representa el 19.7% (12) del total de la población; seguido de las gestantes con 9 semanas de gestación, el cual representa el 18.0% (11) del total de la población; luego están las gestantes con 10 semanas de gestación, el cual representa el 16.4% (10) del total de la población; luego están las gestantes con 8 y 13 semanas de gestación, ambas con un 8.2% (5) del total de la población cada una; luego están las gestantes con 6, 7 y 12 semanas de gestación, todas con un 6.6% (4) del total de la población cada una; luego están las gestantes con 15 semanas con un 3.3% (2) del total de la población; luego están las gestantes con 14, 16, 17 y 18 semanas de gestación, todas con un 1.6% (1) del total de la población cada una; y por último se encuentran las gestantes que tuvieron menos de 6 semanas de gestación, así como también las que tuvieron más de 18 semanas de gestación con un 0.0% (0) del total de la población. (**Gráfica 10**)

3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES CON HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

A. Distribución De Las Gestantes Con Hiperemesis Gravídica Según Sub Grupo De Edades.

Gráfica N° 11

Distribución según sub grupo de edades de las gestantes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008



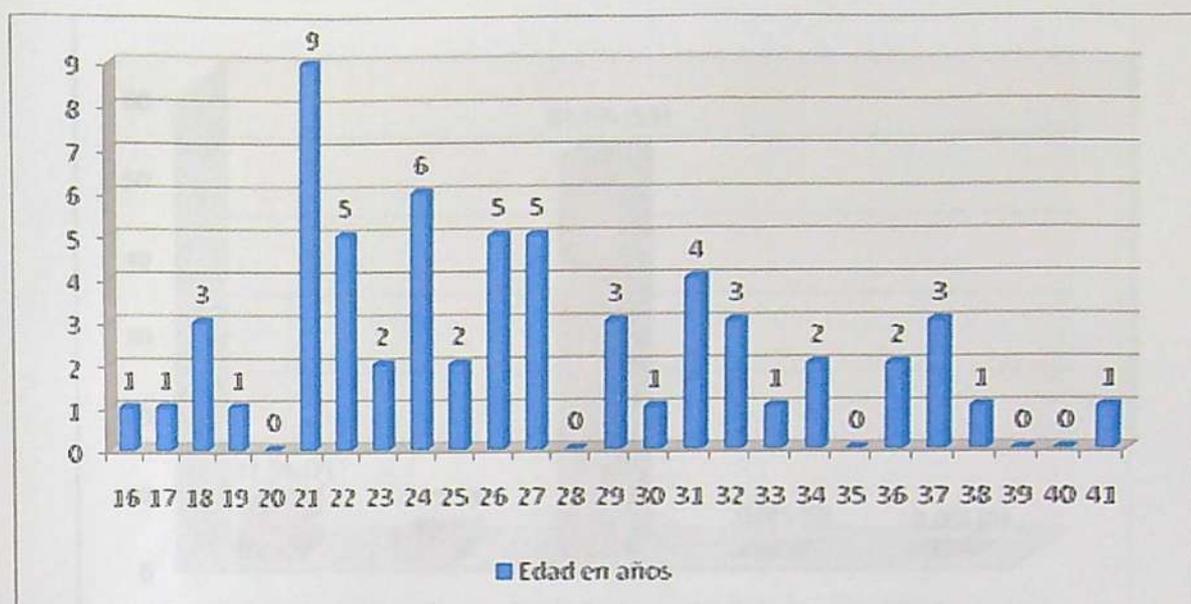
En la figura se muestra la distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según sub grupos de edades, en la cual se observa que de un total de 61 pacientes con hiperemesis gravídica incluidos en el estudio:

- 3,3% (2) del total de las gestantes eran menores de edad al momento de la hospitalización por síntomas de hiperémesis gravídica.
- 85,2 % (52) del total de las gestantes tenían edades de 18 a 34 años.
- 11,5% (7) del total de las gestantes tenían 35 a más años. En general se observó que esta patología se presenta en mayor porcentaje en edades intermedias y en menor porcentaje en edades extremas. (*Gráfica 11*)

B. Distribución De Las Gestantes Con Hiperemesis Grávidica Según Grupo Etario.

Gráfica N° 12

Frecuencia según grupo etario de las gestantes con Hiperémesis Grávidica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008

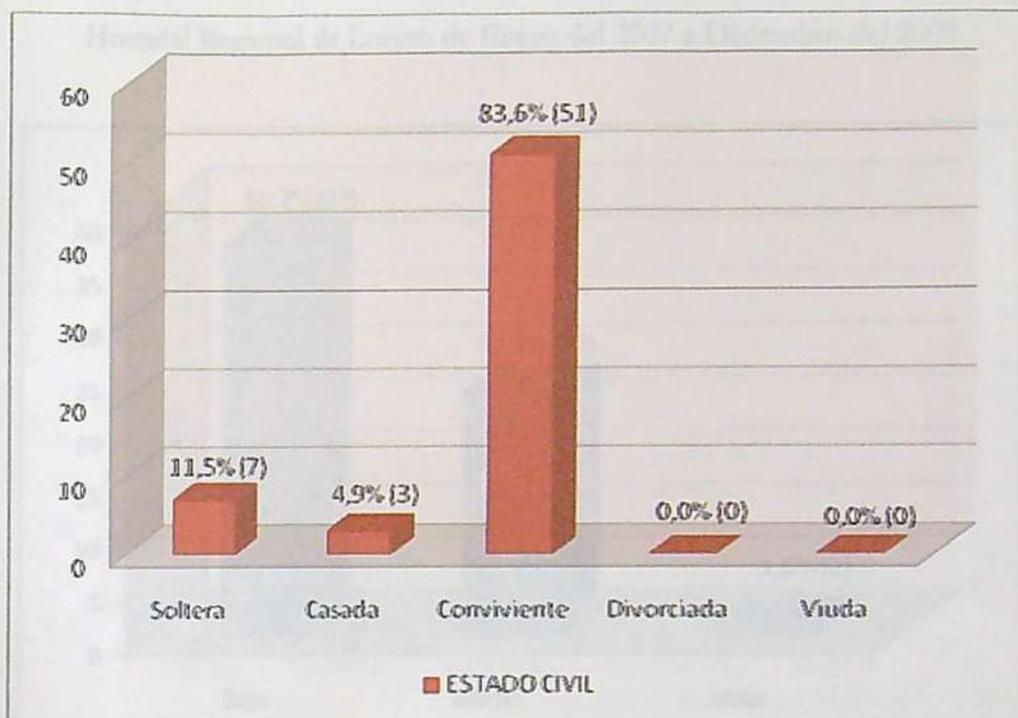


En la figura se muestra la frecuencia de las gestantes con hiperémesis grávidica según grupo etario, en la cual se observa que de los 61 pacientes incluidas en el estudio, la hiperémesis grávidica se presentó con mayor frecuencia en gestantes con 21 años, el cual representa el 14.9% (9) del total de la población; seguido de las gestantes con 24 años con un 9.9% (6) del total de la población; luego están las gestantes con 22, 26 y 27 años, todas con un 8.2% (5) del total de la población cada una; luego están las gestantes con 31 años con un 6.6% (4) del total de la población; luego están las gestantes con 18, 29, 32 y 37 años, todas con un 4.9% (3) del total de la población cada una; luego están las gestantes con 23, 25, 33 y 36 años, todas con un 3.3% (2) del total de la población cada una; luego están las gestantes con 16, 17, 19, 30, 33, 38 y 41 años, todas con un 1.6% (1) del total de la población cada una y por último se encuentran las gestantes que tuvieron 20, 28, 35, 39 y 40 años, así como también las gestantes que tuvieron menos de 16 años y las que tuvieron más de 41 años que tuvieron 0.0% (0) de la población por no presentar ninguna gestante incluida en el estudio dichas edades. (*Gráfica 12*)

C. Distribución De Las Gestantes Con Hiperémesis Gravídica Según Su Estado Civil.

Gráfica N° 13

Frecuencia según el estado civil de las gestantes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008



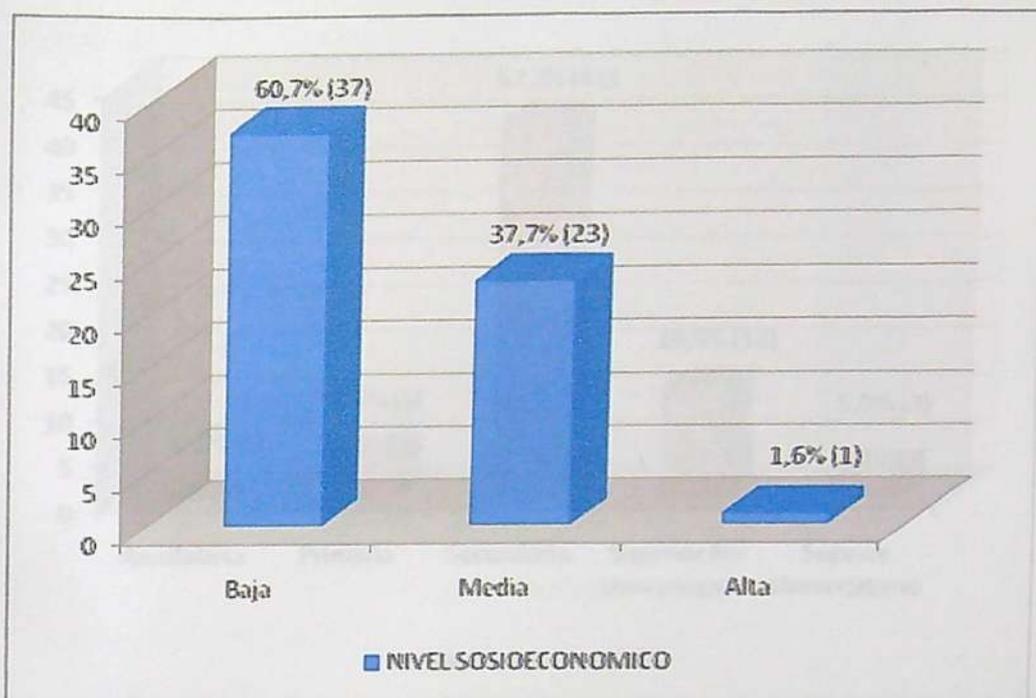
En la figura se muestra la distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según su estado civil, en la cual se observa que de un total de 61 pacientes incluidas en el estudio:

- 83,6% (51) del total de las gestantes presentaban un estado civil de convivencia.
- 11,5% (7) del total de las gestantes eran solteras.
- 4,9% (3) del total de las gestantes fueron casadas, no se encontraron pacientes con estado civil divorciadas ni viudas. (**Gráfica 13**)

D. Distribución De Las Gestantes Con Hiperémesis Gravídica Su Según Nivel Socioeconómico.

Gráfica N° 14

Frecuencia según el nivel socioeconómico de las gestantes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008



En la figura se muestra la distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según su nivel socioeconómico, en la cual se observa que de un total de 61 pacientes incluidas en el estudio:

- 60.7% (37) del total de las gestantes presentaron un nivel socioeconómico bajo.
- 37.7% (23) del total de las gestantes presentaron un nivel socioeconómico medio.
- 1.6% (1) del total de las gestantes tuvieron un nivel socioeconómico alto. (**Gráfica 14**)

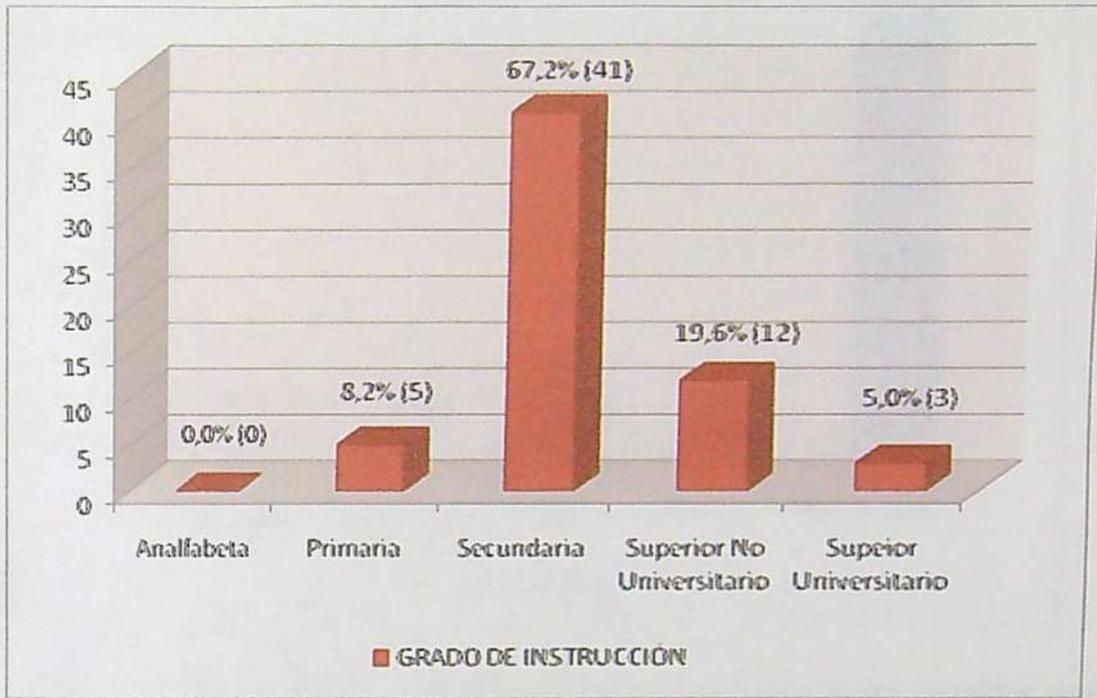
• 5,0% (3) del total de las gestantes presentaron consultas superiores a tres semanas.

• 0,0% (0) del total de las gestantes fueron analíticas. (**Gráfica 15**)

E. Distribución De Las Gestantes Con Hiperémesis Gravídica Según Su Grado De Instrucción.

Gráfica N° 15

Frecuencia según el grado de instrucción de las gestantes con Hiperemesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008



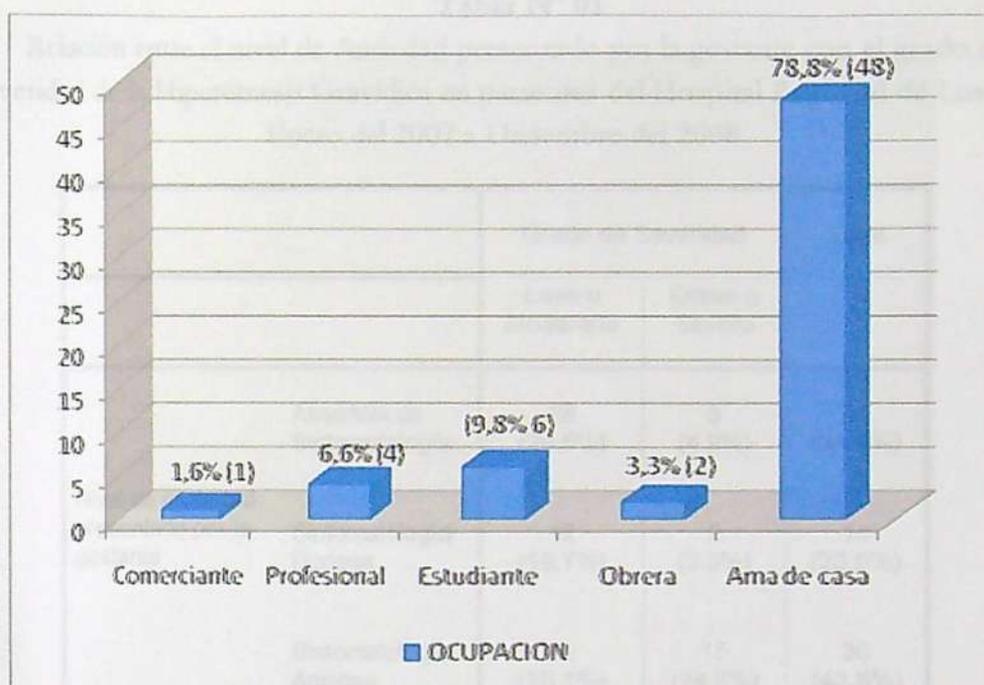
En la figura se muestra la distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según su grado de instrucción, en la cual se observa que de un total de 61 pacientes incluidas en el estudio:

- 67.2% (41) del total de las gestantes presentaron estudios secundarios.
- 19.6% (12) del total de las gestantes presentaron estudios superiores no universitarios.
- 8.2% (5) del total de las gestantes presentaron estudios primarios.
- 5.0% (3) del total de las gestantes presentaron estudios superiores universitarios.
- 0.0% (0) del total de las gestantes fueron analfabetas. (*Gráfica 15*)

F. Distribución De Las Gestantes Con Hiperémesis Gravídica Según Su Ocupación.

Gráfica N° 16

Frecuencia según la ocupación de las gestantes con Hiperemesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008



En la figura se muestra la distribución de las gestantes con hiperémesis gravídica según su ocupación, en la cual se observa que de un total de 61 pacientes incluidas en el estudio.

- 78,7% (48) del total de las gestantes fueron amas de casa.
- 9,8% (6) del total de las gestantes estaban realizando algún tipo de estudio al momento de la aparición de los síntomas de la hiperémesis gravídica.
- 6,6% (4) del total de las gestantes realizaban labores profesionales.
- 3,3% (2) del total de las gestantes eran obreras.
- 1,6% (1) del total de las gestantes fueron comerciantes. (*Gráfica 16*)

4. RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, CON EL GRADO DE SEVERIDAD DE LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA:

A. Relación Entre La Ansiedad Con El Grado De Severidad De La Hiperémesis Gravídica.

Tabla N° 01

Relación entre el nivel de Ansiedad presentado por la gestante con el grado de severidad de la Hiperémesis Gravídica en pacientes del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008

		Grado de Severidad		Total
		Leve o Moderado	Grave o Severo	
Nivel de ansiedad presentado por la gestante	Ausencia de Sintomatología	18 (29.5%)	3 (4.9%)	21 (34.4%)
	Sintomatología Dudosa	12 (19.7%)	2 (3.3%)	14 (23.0%)
	Sintomatología Ansiosa	11 (18.1%)	15 (24.5%)	26 (42.6%)
Total		41	20	61

Al relacionar el nivel de ansiedad presentado por la gestante con el grado de severidad de la hiperémesis gravídica, se encontró que:

- 42.6% (26) de las gestantes con hiperémesis gravídica sufren de cuadros ansiosos.
- 24.5% (15) de pacientes con ansiedad presentaron síntomas severos de hiperémesis gravídica.
- 18,1 % (11) de las pacientes con ansiedad presentaron síntomas leves de hiperémesis gravídica.

Obteniéndose un resultado para la $\chi^2 = 12.75$ y una $p = 0.002$.

Por lo tanto SI existe relación estadísticamente significativa entre ansiedad y el grado de severidad de la hiperémesis gravídica. (*Tabla 01*)

B. Relación Entre La Depresión Con El Grado De Severidad De La Hiperémesis Gravídica.

Tabla N° 02

Relación entre el nivel de Depresión presentado por la gestante con el grado de severidad de la Hiperémesis Gravídica en pacientes del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008

		Grado de Severidad		Total
		Leve o Moderado	Grave o severo	
Nivel de depresión presentado por la gestante	Ausencia de Sintomatología	22 (36.1%)	2 (3.3%)	24 (39.4%)
	Sintomatología Dudosa	11 (18.05%)	11 (18.05%)	22 (36.1%)
	Sintomatología Depresiva	8 (13.1%)	7 (11.4%)	15 (24.5%)
Total		41	20	61

Al relacionar el nivel de depresión presentado por la gestante con el grado de severidad de la hiperémesis gravídica, se encontró que:

24.5% (15) de las gestantes con hiperémesis gravídica sufren de cuadros depresivos.

11.4% (7) de pacientes con depresión presentaron síntomas severos de hiperémesis gravídica,

13.1% (8) de las pacientes con depresión presentaron síntomas leves de hiperémesis gravídica.

Obteniéndose un resultado para la $\chi^2 = 10.78$ y una $p = 0.005$.

Por lo tanto **SI** existe relación estadísticamente significativa entre depresión y el grado de severidad de la hiperémesis gravídica. (*Tabla 02*)

C. Relación Entre La Ansiedad y la Depresión Con El Grado De Severidad De La Hiperémesis Gravídica.

Tabla N° 03

		HIPERÉMESIS GRAVÍDICA		Total
		Leve o Moderado	Grave o Severo	
ANSIEDAD	Ausencia de Sintomatología	18 (29.5%)	3 (4.9%)	21 (34.4%)
	Sintomatología dudosa	12 (19.7%)	2 (3.3%)	14 (23.0%)
	Sintomatología ansiosa	11 (18.1%)	15 (24.5%)	26 (42.6%)
DEPRESION	Ausencia de Sintomatología	22 (36.1%)	2 (3.3%)	24 (39.4%)
	Sintomatología dudosa	11 (18.05%)	11 (18.05%)	22 (36.1)
	Sintomatología depresiva	8 (13.1%)	7 (11.4%)	15 (24.5%)

Al relacionar el nivel de ansiedad y nivel de depresión presentado por la gestante con el grado de severidad de la hiperémesis gravídica, se encontró que:

42.6% (26) de las gestantes con hiperémesis gravídica sufren de cuadros ansiosos.

24.5% (15) de las gestantes con hiperémesis gravídica sufren de cuadros depresivos.

24.5% (15) de pacientes con ansiedad presentaron síntomas severos de hiperémesis gravídica.

11.4% (7) de pacientes con depresión presentaron síntomas severos de hiperémesis gravídica.

18,1 % (11) de las pacientes con ansiedad presentaron síntomas leves de hiperémesis gravídica.

13.1% (8) de las pacientes con depresión presentaron síntomas leves de hiperémesis gravídica.

5. RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS CON LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN:

A. Relación Entre La Edad con la Ansiedad.

Tabla N° 04

Relación entre la edad presentado por la gestante con el nivel de ansiedad en pacientes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008

	Nivel de ansiedad presentado por la gestante			Total
	Normal	Dudoso	Ansiedad	
< de 18 años	2 (3.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (3.3%)
Edad 18 a 34 años	19 (31.1%)	14 (23.1%)	19 (31.1%)	52 (85.2%)
> de 34 años	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (11.5%)	7 (11.5%)
Total	21	14	26	61

Al relacionar la edad con el nivel de ansiedad presentado por la gestante con hiperémesis gravídica, se encontró que:

85.2% (52) de las gestantes tenían edades entre 18 a 34 años.

31.1% (19) de gestantes con ansiedad tenían edades entre 18 a 34 años.

11.5 % (7) de gestantes con ansiedad tenían edades > de 34 años.

Obteniéndose un resultado para la $\chi^2 = 14.10$ y una $p = 0.007$

Por lo tanto **SI** existe relación estadísticamente significativa entre la edad y el nivel de ansiedad. (Tabla 04)

B. Relación Entre La Edad con la Depresión.

Tabla N° 05

Relación entre la edad presentado por la gestante con el nivel de depresión en pacientes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008

	Nivel de depresión presentado por la gestante			Total
	Normal	Dudoso	Depresión	
< de 18 años	1 (1.6%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	2 (3.3%)
Edad 18 a 34 años	21 (34.4%)	16 (26.3%)	15 (24.6%)	52 (85.2%)
> de 34 años	2 (3.3%)	5 (8.2%)	0 (0.0%)	7 (11.5%)
Total	24	22	15	61

Al relacionar la edad con el nivel de depresión presentado por la gestante con hiperémesis gravídica, se encontró que:

85.2% (52) de las gestantes tenían edades entre 18 a 34 años.

24.6% (15) de gestantes con depresión tenían edades entre 18 a 34 años.

Obteniéndose un resultado para la $\chi^2 = 5.81$ y una $p = 0.241$

Por lo tanto **NO** existe relación estadísticamente significativa entre la edad y el nivel de depresión. (*Tabla 05*)

C. Relación Entre el Estado Civil con la Ansiedad.

Tabla N° 06

Relación entre el estado civil presentado por la gestante con el nivel de ansiedad en pacientes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008

	Nivel de ansiedad presentado por la gestante			Total
	Normal	Dudoso	Ansiedad	
Soltera	4 (6.6%)	1 (1.6%)	2 (3.3%)	7 (11.5%)
Estado civil Casada	2 (3.3%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)	3 (4.9%)
Conviviente	15 (25.0%)	13 (21.3%)	23 (37.3%)	51 (83.6%)
Total	21	14	26	61

Al relacionar el estado civil con el nivel de ansiedad presentado por la gestante con hiperémesis gravídica, se encontró que:

83.6% (51) de las gestantes presentaban estado civil de convivencia.

37.3% (23) de gestantes con ansiedad eran convivientes.

3.3 % (2) de gestantes con ansiedad eran solteras.

1.6% (1) de gestantes era casada.

Obteniéndose un resultado para la $\chi^2 = 3.847$ y una $p = 0.427$

Por lo tanto **NO** existe relación estadísticamente significativa entre el estado civil y el nivel de ansiedad. (*Tabla 06*)

D. Relación Entre el Estado Civil con la Depresión.

Tabla N° 07

Relación entre el estado civil presentado por la gestante con el nivel de depresión en pacientes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008

	Nivel de depresión presentado por la gestante			Total
	Normal	Dudoso	Depresión	
Estado civil Soltera	5 (8.2%)	2 (3.3%)	0 (0.0%)	7 (11.5%)
Casada	1 (1.6%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)	3 (4.8%)
Conviviente	18 (29.5%)	19 (31.1%)	14 (23.1%)	51 (83.6%)
Total	24	22	15	61

Al relacionar el estado civil con el nivel de depresión presentado por la gestante con hiperémesis gravídica, se encontró que:

83.6% (51) de las gestantes presentaban estado civil de convivencia.

23.1% (14) de gestantes con depresión eran convivientes.

1.6% (1) de gestantes era casada.

Obteniéndose un resultado para la $\chi^2 = 4.191$ y una $p = 0.381$

Por lo tanto **NO** existe relación estadísticamente significativa entre el estado civil y el nivel de depresión. (Tabla 07)

E. Relación Entre la Ocupación con la Ansiedad.

Tabla N° 08

Relación entre la ocupación presentado por la gestante con el nivel de ansiedad en pacientes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008

	Nivel de ansiedad presentado por la gestante			Total
	Normal	Dudoso	Ansiedad	
Comerciante	1 (1.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)
Profesional	2 (3.3%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)	4 (6.6%)
Ocupación Estudiante	4 (6.6%)	0 (0.0%)	2 (3.3%)	6 (10.0%)
Obrera	0 (0.0%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)	2 (3.2%)
Ama de casa	14 (23.1%)	12 (19.5%)	22 (36.0%)	48 (78.6%)
Total	21	14	26	61

Al relacionar la ocupación con el nivel de ansiedad presentado por la gestante con hiperémesis gravídica, se encontró que:

78.6% (48) de las gestantes presentaban ocupación de ama de casa.

36.0% (22) de las gestantes con ansiedad eran amas de casa.

3.3% (2) de las gestantes con ansiedad eran estudiantes.

Obteniéndose un resultado para la $\chi^2 = 7.737$ y una $p = 0.460$

Por lo tanto **NO** existe relación estadísticamente significativa entre la ocupación y el nivel de ansiedad. (*Tabla 08*)

F. Relación Entre la Ocupación con la Depresión.

Tabla N° 09

Relación entre la ocupación presentado por la gestante con el nivel de depresión en pacientes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008

	Nivel de depresión presentado por la gestante			Total
	Normal	Dudoso	Depresión	
Comerciante	0 (0.0%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)
Profesional	3 (5.0%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	4 (6.6%)
Ocupación Estudiante	3 (5.0%)	1 (1.6%)	2 (3.3%)	6 (9.9%)
Obrera	1 (1.6%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)	2 (3.3%)
Ama de casa	17 (28.0%)	19 (31.1%)	12 (19.5%)	48 (78.6%)
Total	24	22	15	61

Al relacionar la ocupación con el nivel de depresión presentado por la gestante con hiperémesis gravídica, se encontró que:

78.6% (48) de las gestantes presentaban ocupación de ama de casa.

19.5% (12) de las gestantes con depresión eran amas de casa.

3.3% (2) de las gestantes con depresión eran estudiantes.

1.6% (1) de las gestantes con depresión eran obreras.

Obteniéndose un resultado para la $\chi^2 = 6.831$ y una $p = 0.555$

Por lo tanto **NO** existe relación estadísticamente significativa entre la ocupación y el nivel de depresión. (*Tabla 09*)

G. Relación Entre el Grado de Instrucción con la Ansiedad.

Tabla N° 10

Relación entre el grado de instrucción presentado por la gestante con el nivel de ansiedad en pacientes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008

	Nivel de ansiedad presentado por la gestante			Total
	Normal	Dudoso	Ansiedad	
Primaria	3 (4.8%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)	5 (8.0%)
Secundaria	17 (27.9%)	13 (21.3%)	11 (18.2%)	41 (67.4%)
Superior no universitario	1 (1.6%)	0 (0.0%)	11 (18.2%)	12 (19.8%)
Superior universitario	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (4.8%)	3 (4.8%)
Total	21	14	26	61

Al relacionar el grado de instrucción con el nivel de ansiedad presentado por la gestante con hiperémesis gravídica, se encontró que:

67.4% (41) de las gestantes presentaban grado de instrucción secundaria.

18.2% (11) de las gestantes con ansiedad tenían estudios secundarios.

18.2% (11) de las gestantes con ansiedad tenían estudios superiores no universitarios.

4.8% (3) de las gestantes con ansiedad tenían estudios universitarios.

Obteniéndose un resultado para la $\chi^2 = 21.866$ y una $p = 0.001$

Por lo tanto **SI** existe relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el nivel de ansiedad. (*Tabla 10*)

H. Relación Entre el Grado de Instrucción con la Depresión.

Tabla N° 11

Relación entre el grado de instrucción presentado por la gestante con el nivel de depresión en pacientes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008

	Nivel de depresión presentado por la gestante			Total
	Normal	Dudoso	Depresión	
Primaria	3 (5.0%)	2 (3.2%)	0 (0.0%)	5 (8.2%)
Secundaria	19 (31.0%)	11 (18.1%)	11 (18.1%)	41 (67.2%)
Superior no universitario	2 (3.2%)	6 (10.0%)	4 (6.4%)	12 (19.6%)
Superior universitario	0 (0.0%)	3 (5.0%)	0 (0.0%)	3 (5.0%)
Total	24	22	15	61

Al relacionar el grado de instrucción con el nivel de depresión presentado por la gestante con hiperémesis gravídica, se encontró que:

67.2% (41) de las gestantes presentaban grado de instrucción secundaria.

18.1% (11) de las gestantes con depresión tenían estudios secundarios.

6.4% (4) de las gestantes con depresión tenían estudios superiores no universitarios.

Obteniéndose un resultado para la $\chi^2 = 11.263$ y una $p = 0.081$

Por lo tanto **NO** existe relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el nivel de depresión. (*Tabla 11*)

I. Relación Entre el Nivel Socioeconómico con la Ansiedad.

Tabla N° 12

Relación entre el nivel socioeconómico presentado por la gestante con el nivel de ansiedad en pacientes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008

		Nivel de ansiedad presentado por la gestante			Total
		Normal	Dudoso	Ansiedad	
Nivel Socioeconómico	Baja	17 (27.9%)	11 (18.1%)	9 (14.8%)	37 (60.8%)
	Media	4 (6.4%)	3 (5.0%)	16 (26.2%)	23 (37.6%)
	Alta	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)
Total		21	14	26	61

Al relacionar el nivel socioeconómico con el nivel de ansiedad presentado por la gestante con hiperémesis gravídica, se encontró que:

60.8% (37) de las gestantes presentaban nivel socioeconómico bajo.

26.2% (16) de las gestantes con ansiedad presentaban nivel socioeconómico medio.

14.8% (9) de las gestantes con ansiedad presentaban nivel socioeconómico bajo.

1.6% (1) de las gestantes con ansiedad presentaban nivel socioeconómico alto.

Obteniéndose un resultado para la $\chi^2 = 13.259$ y una $p = 0.010$

Por lo tanto **SI** existe relación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y el nivel de ansiedad. (*Tabla 12*)

J. Relación Entre el Nivel Socioeconómico con la Depresión.

Tabla N° 13

Relación entre el nivel socioeconómico presentado por la gestante con el nivel de depresión en pacientes con Hiperémesis Gravídica del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2007 a Diciembre del 2008

		Nivel de depresión presentado por la gestante			Total
		Normal	Dudoso	Depresión	
Nivel Socioeconómico	Baja	19 (31.2%)	10 (16.4%)	8 (13.1%)	37 (60.7%)
	Media	5 (8.2%)	11 (18.1%)	7 (11.4%)	23 (37.7%)
	Alta	0 (0.0%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)
Total		24	22	15	61

Al relacionar el nivel socioeconómico con el nivel de depresión presentado por la gestante con hiperémesis gravídica, se encontró que:

60.7% (37) de las gestantes presentaban nivel socioeconómico bajo.

13.1% (8) de las gestantes con depresión presentaban nivel socioeconómico bajo.

11.4% (7) de las gestantes con depresión presentaban nivel socioeconómico medio.

Obteniéndose un resultado para la $\chi^2 = 7.113$ y una $p = 0.130$

Por lo tanto **NO** existe relación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y el nivel de depresión. (*Tabla 13*)

11. DISCUSIONES

- En comparación a las conclusiones de los antecedentes, se halló concordancia con los resultados obtenidos en este estudio donde se encontró que existe una relación estadísticamente significativa ($p=0.002$) entre la ansiedad y el grado de severidad de la hiperémesis Gravídica en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Loreto.
- Comparando los resultados obtenidos en otros estudios donde se concluye que la depresión constituye un factor psicológico asociado a la Hiperémesis Gravídica, se encontró relación con los resultados obtenidos en este estudio donde se aprecia que existe una relación estadísticamente significativa ($p=0.005$) entre la depresión y el grado de severidad de la hiperémesis Gravídica en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Loreto.
- En un estudio realizado se concluye que la ansiedad y depresión constituyen factores psicológicos asociados a la hiperémesis gravídica, igual resultado se ha encontrado en el presente estudio en la que se encontró que 42.6% de las gestantes con hiperémesis gravídica presentaron ansiedad, y que un 24.5% presentaron depresión.
- Con respecto a la gravedad de los síntomas de la Hiperémesis Gravídica, en el presente estudio se encontró que el 67.2% de las gestantes presentaron síntomas leves o moderados y el 32.8% de las gestantes presentaron síntomas severos o graves, similares resultados a los obtenidos por otro estudio, donde se encontró un 59.5% para Hiperémesis Gravídica leve y un 40.5% para Hiperémesis Gravídica severa.
- En cuanto a la frecuencia de síntomas depresivos, en el presente estudio se encontró una frecuencia de 29.5% del total de las gestantes, similar resultado al obtenido por otro estudio, en la cual se determina que la frecuencia de síntomas depresivos fluctúa entre 30 y 38%.
- Con respecto a los antecedentes de Hiperémesis Gravídica en gestaciones anteriores, estudios realizados muestran una frecuencia de aparición de Hiperémesis Gravídica en aquellas pacientes que presentaron anteriormente el mismo cuadro de 13.5%, similar a lo encontrado en este estudio, donde la frecuencia fue de 19.7% de pacientes con Hiperémesis Gravídica que presentaron el mismo cuadro anteriormente.

- Con respecto al número de gestación en la cual aparecen los síntomas de Hiperémesis Gravídica, notamos que en un estudio se encontró una frecuencia de 52.4% para las primigestas, quien concluyó que la Hiperémesis Gravídica es más frecuente en el primer embarazo; otro estudio llevado a cabo encontró que existían diferencias muy significativas para la primera y la segunda gestación. Resultados similares a los que encontré en el presente estudio, donde las primigestas presentan un 50.8% y las Segundigestas un 29.5% respectivamente.
- En cuanto a la mortalidad que presentaron las gestantes con Hiperémesis Gravídica, dos estudios realizados, muestran una mortalidad de 1 y 0.21% respectivamente. Similar a lo encontrado en el presente estudio, donde se encontró una mortalidad del 0.0%.
- Con respecto al sexo del producto de las gestantes con Hiperémesis Gravídica, en un estudio se concluyó de que es mayor la frecuencia de la hiperémesis gravídica si el feto es femenino, además de tener síntomas más severos. Resultado diferente al encontrado en este estudio, donde la mayor frecuencia es para el sexo del producto masculino con un 62.3%.
- En cuanto a la frecuencia de aparición de síntomas de Hiperémesis Gravídica encontrado en este estudio en menores de edad fue de 3.3%, a diferencia de lo expresado por otro estudio donde se encontró una frecuencia de aparición de síntomas de Hiperémesis Gravídica en menores de edad de 38,5%.
- Con respecto a la edad de las gestantes con Hiperémesis Gravídica, uno de los antecedentes encontró que existe una asociación leve con las gestantes > de 35 años, idéntico resultado se encontró en el presente estudio donde las gestantes con edad \geq 35 años representan el 11.5% del total de las gestantes.
- Con respecto al estado civil de las gestantes con Hiperémesis Gravídica, estudios realizados demostraron que la Hiperémesis Gravídica es mas frecuente en gestantes que presentan estado civil soltero e inestabilidad de pareja respectivamente. Dichos resultados son diferentes a los encontrados en el presente estudio, donde se encontró que en estas gestantes tienen mayor frecuencia el estado civil conviviente con un 83.6% y encontrándose solamente un 11.5% para el estado civil soltera.

- Con respecto al nivel socioeconómico de las gestantes con Hiperémesis Gravídica, estudios realizados concluyeron que la Hiperémesis Gravídica era más frecuente en gestantes con bajo nivel socioeconómico. Igual resultado obtenido en este estudio donde se observa que el 60.7% de las gestantes con Hiperémesis Gravídica tenían un bajo nivel socioeconómico.
- En cuanto al grado de instrucción de las gestantes con Hiperémesis Gravídica, se realizó un estudio donde llegaron a la conclusión de que la educación mínima se presenta con mayor frecuencia en gestantes con Hiperémesis Gravídica. A diferencia de este estudio, donde la mayor frecuencia se presenta en la variable educación secundaria con un 67.2% del total de las gestantes, dejando un 8.2% para la educación mínima.
- Con respecto a la ocupación de las gestantes con Hiperémesis Gravídica, en uno de los antecedentes se encontró que la ocupación ama de casa estaba relacionado fuertemente con esta patología, idéntico resultado se encontró en el presente estudio, donde la ocupación ama de casa representa el 78.8% del total de las gestantes.

12. CONCLUSIONES

En el presente estudio se encontró que el 21.3% (13) del total de gestantes con hiperémesis gravídica presentaron evaluación psicológica, a diferencia del 78.7% (48) del total de las gestantes que no presentaron dicha evaluación.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se encontró que el 42.6% (26) del total de gestantes presentaron ansiedad, a diferencia del 34.4% (21) del total de gestantes que no presentaron ansiedad.

Con respecto a la depresión se encontró que el 24.5% (15) del total de gestantes lo presentaron, a diferencia del 39.4% (24) del total de gestantes que no presentaron depresión.

Referente a los resultados se observa que la ansiedad esta presente con mayor frecuencia en la Hiperémesis gravídica en comparación con la depresión que se encontró en menor porcentaje.

Se encontró que las gestantes con síntomas severos de hiperémesis gravídica y que tienen ansiedad representan el 24.5% (15) del total de las gestantes, a diferencia del 4.9 % (3) del total de las gestantes con síntomas severos de hiperémesis gravídica y que no tienen ansiedad.

Las gestantes con síntomas severos de hiperémesis gravídica y que tiene depresión representan el 11.4% (7) del total de las gestantes, a diferencia del 3.3 % (2) del total de las gestantes con síntomas severos de hiperémesis gravídica y que no tienen depresión.

En relación a los resultados obtenidos en este estudio se encontró que el 67.2% (41) del total de gestantes presentaron hiperémesis gravídica leve o moderado, a diferencia del 32.8% (20) del total de gestantes que presentaron hiperémesis gravídica grave o severa.

Se obtuvo como resultado que el 19.7% (12) del total de gestantes presentaron antecedentes de hiperémesis gravídica en gestaciones anteriores, a diferencia del 80.3 % (49) del total de las gestantes que no presentaron dicho antecedente.

En relación al número de gestación, se encontró que las primigestas representan el 50.8% (31) del total de gestantes, siendo estas las que presentan con mayor frecuencia esta patología.

Se encontró que aquellas gestantes con periodo intergenésico de 1 año o menos presentaron con mayor frecuencia hiperémesis gravídica que aquellas con periodo intergenésico de dos a más años.

Las gestantes con sexo del producto masculino según los hallazgos obtenidos, representan el 62.3% (38) del total de gestantes con hiperemésis gravídica, siendo estas gestantes las que presentaron con mayor frecuencia esta patología, a diferencia de aquellas con sexo del producto femenino o indeterminado.

Las gestantes con edad gestacional entre 9 y 11 semanas presentaron con mayor frecuencia hiperémesis gravídica en relación a aquellas que tuvieron mayor y/o menor semanas de gestación.

En el presente estudio se encontró que, las características sociodemográficas de las gestantes con hiperémesis gravídica como son: edad, nivel socioeconómico y ocupación son similares a las encontradas por otros autores.

13. RECOMENDACIONES

- Ya que se encontró asociación entre los factores psicológicos como ansiedad y depresión con la severidad de la hiperémesis gravídica, se recomienda realizar estudios de seguimiento para poder determinar factores de riesgo psicológicos y de esta manera actuar sobre los factores modificables de esta patología.
- Al revisar las historias clínicas se encontró que el 78.7% (48) de gestantes no tenían evaluación psicológica, y en vista que esta evaluación es fundamental en el tratamiento de la hiperémesis gravídica, se recomienda que toda gestante con diagnóstico de hiperémesis gravídica deba tener evaluación psicológica y de esta manera evitar futuras complicaciones del cuadro.
- Se recomienda implementar en el programa de Control Pre-Natal, la interconsulta a Psicología a toda gestante, enfatizando en las primigestas ya que se encontró que son quienes padecen hiperémesis gravídica con mayor frecuencia.
- Al encontrar que existe relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la ansiedad, la depresión y el grado de severidad de hiperémesis gravídica, se recomienda al programa de Control Pre-Natal, preparar talleres con la finalidad de disminuir los niveles de ansiedad y depresión.
- Se encontró que la ansiedad y depresión son dos cuadros existentes en nuestro medio que afectan a las gestantes conllevándoles a la Hiperémesis Gravídica, se recomienda hacer campañas a través de los medios de comunicación enseñándoles a reconocer los síntomas y orientarlas a realizar actividades que pueden disminuir los niveles de ansiedad y depresión.
- Se recomienda a la UCP que a través de su facultad Ciencias de la Salud, dirigir y apoyar campañas en donde se oriente a las gestantes sobre las causas, diagnóstico, prevención y tratamiento de la ansiedad y la depresión en nuestra región, ya que está confirmado que estas dos manifestaciones psicológicas no solo pueden producir hiperémesis gravídica sino actitudes perjudiciales para la familia y la sociedad.

15. PRESUPUESTO

rubro	Medida	Costo unitario	Cantidad	Costo total S/.
Recursos humanos				
Investigadores	actividad	0	1	0
Docente supervisor del estudio	actividad	1000	1	1000
Digitador	actividad	250	1	250
Analista de datos		800	1	800
Materiales e insumos				
Papel A4	millar	25	1	25
Lápices	caja	1	12	12
Cuaderno de registro	unidad	1	4	4
Tinta impresora	unidad	90	1	90
Transporte				
Movilidad (gasolina y/o pasajes)	actividad	10	15	150
Otros recursos				
Internet	horas	2.00	100	200
Impresiones y/o fotocopias	copias	0.10	500	50
Anillados y files	unidad	4	4	16
total				2597.00

16. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ BAJO ARENAS JM. Fundamentos de Obstetricia, Graficas Marte, Madrid, 5ed. 2001. págs. 515 – 520.
- ² BAJO ARENAS JM. Fundamentos de Obstetricia, Graficas Marte, Madrid, 6ed. 2007. págs. 518 – 521.
- ³ SALCEDO CERNA P. Ansiedad Estado Rasgo Y Depresión En Gestantes Hospitalizadas. Tesis Para Optar El Título De Licenciado En Psicología. Escuela De Psicología. Universidad César Vallejo. 2001.
- ⁴ PACHECO ROMERO J. ginecología, obstetricia y reproducción. 2º edición, REP SAC. Pags. 1081 – 1084. Lima 2007.
- ⁵ SANTIBÁÑEZ, A. VEGA, M. Y RODRÍGUEZ, R. Hiperémesis Gravídica En El Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé de Lima. Gynaecia. Vol. 1, numero 1, junio agosto de 2000. Lima, Perú.
- ⁶ VÁSQUEZ VÁSQUEZ J. Guías De Atención En Ginecología Y Obstetricia. Segunda Edición, 2008, Editorial Tierra Nueva. Pags. 24-27.
- ⁷ RODRÍGUEZ MEDINA, O. Factores de Riesgo Asociados a la Hiperémesis Gravídica en el Hospital Regional de Loreto, Enero-Diciembre del 2005, Tesis Para Optar el Título de Medico Cirujano, Facultad de Medicina Humana, UNAP, 2005.
- ⁸ WEIGEL MM. La asociación entre los factores demográficos, la historia reproductiva y el consumo de alcohol y tabaco con las nauseas y vómitos de la gestación. Am J Epidemiol. 1988 Mar; 127(3):562-70.
<[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3341360?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=4&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3341360?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=4&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)> [Consulta 02 de Mayo 2009]
- ⁹ MAZZOTTA P. Et Al. Morbilidad Psicosocial y la severidad de las nauseas y vómitos durante la gestación.. J Psicosom Obstet Ginecol. 2000 Sep;21(3):129-36.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11076334?ordinalpos=15&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum> [Consulta 07 de Mayo 2009]
- ¹⁰ VILLANUEVA FLORES, L; ZELADA LEIVA, T. Características de la Personalidad y Algunos Factores Socioculturales Y Obstétricos en Gestantes con Diagnostico y sin Diagnostico Hiperemesis Gravídica. Tesis para optar el grado de licenciada en psicología. Universidad cesar Vallejo, Perú, 2002.

-
- ¹¹ CHOU FH. Et al. Factores psicológicos relacionados con las náuseas y vómitos en la gestación. *J Nurs Scholarsh*. 2003;35(2):119-25.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12854291?ordinalpos=17&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum> [Consulta 20 de Mayo 2009]
- ¹² GARCIA DIAZ C. Ansiedad Y Depresión Como Factores Psicológicos Asociados En La Hiperémesis Gravídica, tesis para optar el título de licenciada en psicología. Escuela de Psicología. Universidad Cesar Vallejo. 2003.
- ¹³ SWALLOW BL. Et al. Aspectos psicosociales del embarazo y la relación con las náuseas y vómitos. *J Obstet Ginecol*. 2004 Jan;24(1):28-32.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14675977?ordinalpos=19&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum> [Consulta 20 de Mayo 2009]
- ¹⁴ VASQUEZ RUCOBA. F. Factores Psicosociales asociados a la Hiperémesis Gravídica en gestantes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Loreto de Enero del 2006 a Diciembre del 2008. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Iquitos, Perú, 2009.
- ¹⁵ SALAS DE LA VEGA, A. Et. Al. Frecuencia, diagnóstico y manejo de la hiperemesis gravídica, *Ginecol. & obstet*; 46 (3):216-21, jul. 2000.
- ¹⁶ PACHECO, José. ginecología, obstetricia y reproducción. 2º edición, REP SAC. Pags. 1081 – 1084. Lima 2007.
- ¹⁷ CUNNINGHAM, GARY. MD. Hiperémesis gravídica, complicaciones y tratamiento. *Obstetricia de Williams*. 22A. ed. 2005. 224, 1113–1119.
- ¹⁸ SALAS ALEJANDRO. Diagnóstico y manejo de la hiperémesis gavidica. *Ginecología y Obstetricia*. Julio. 2000. Vol. 46 N° 3: 216-221.
- ¹⁹ MONGRUT STEANE, A. *Tratado de Obstetricia*. 4º Edición, 2000, 513-516.
- ²⁰ MALDONADO M. (1999). Salud mental del bebé. Presentación en PPT.
<<http://www.kaimh.org/spsect2.htm>> [Consulta 05 de Junio 2009]
- ²¹ BUSTOS, M. (2005) Desarrollo Prenatal. *Apsique, Archivos de Psicología*.
<www.apsique.com> [Consulta 05 de Junio 2009]
- ²² GAVIRIA, S. (2006) .Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXV / No. 2 / 2006.

-
- ²³ RUBÉN ALVARADO, et al. "Cuadros depresivos durante el embarazo y factores asociados". Rev. Chil. Obstet. Ginecol., 58(2): 135 - 141. 1993.
- ²⁴ RUBÉN ALVARADO, ERNESTO MEDINA, WALDO ARANDA. "Componentes psicosociales del riesgo durante la gestación. Revisión bibliográfica". Rev. Psiquiatría, 13(1): 30 - 41. 1996.
- ²⁵ AREZO SALIMI, Et Al. Helycobacter pīlori seropositivo y la incidencia de la hiperémesis gravídica, Med Sci Monit, 2003; 9(1): CR12-15.
<http://www.MedSciMonit.com/pub/vol_9/no_1/3315.pdf> [Consulta 10 de Junio 2009]
- ²⁶ MALDONADO-DURÁN, M; LARTIGUE; LECANNELIER, F. Dificultades psicosomáticas en la etapa perinatal, Perinatol Reprod Hum, VOL. 22 No. 1; Enero-Marzo 2008.
<<http://www.asmi.es/asmi/es/fondodocumental/Dificultades+Psicosomaticas+en+la+Etapa+Perinatal.pdf>> [Consulta 15 de Junio 2009]
- ²⁷ BENEDITO A. SANDIN, B y RAMOS, F. Manual de Psicopatología. 1995. Vol. 2 Ed. McGraw-Hill/Interamericana de España S.A.U. España 53-57
- ²⁸ ARIAS, DEMETRIO. Enfermedades Psicosomáticas. Trabajo de Investigación. 1995. UMSM.
- ²⁹ GROHOL, John M. Psy.D. Investigación sobre la depresión. Instituto Nacional de Salud Mental. Revista de Psiquiatría, vol. XXXV / No. 1 / 2005.
- ³⁰ MUÑOZ CÁCERES. Et al. Humanización del Proceso Reproductivo Mujer-Niño-Familia. Universidad de Chile. 2000, Pags. 127 - 133.
- ³¹ DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 52ª Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. www.fhi.org/training/sp/Retc/s2

17. ANEXOS

17.1 Instrumento de recolección de datos

ANEXO 01

“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN COMO FACTORES EMOCIONALES ASOCIADOS EN LA HIPEREMESIS GRAVÍDICA EN GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, DE ENERO DEL 2007 A DICIEMBRE DEL 2008”.

A. Datos epidemiológicos:

Nº de historia clínica:.....

1. Servicio:.....
2. Edad:..... años
3. Antecedentes de hiperémesis en gestaciones anteriores: Si (); No ();
especifique.....
4. Periodo intergenésico.....años.

B. Datos sociales:

1. Estado civil: Soltera ();
Casada ();
Conviviente ();
Divorciada ();
Viuda ();
2. Grado de instrucción: Analfabeta ();
Primaria ();
Secundaria ();
Superior no universitario ();
Superior Universitario ();

3. Nivel socioeconómico: Baja ();
Media ();
Alta ()

4. Ocupación: Comerciante ();
Profesional ();
Estudiante ();
Obrera ();
Ama de casa ().

C. Datos Clínicos

5. Antecedentes de hiperémesis en gestaciones anteriores: Si (); No ();
especifique.....

6. Edad gestacional de inicio de los síntomas:..... semanas.

7. Numero de gestaciones: Primigesta ();
Segundigesta ();
Tercigesta ();
Multigesta ().

8. Grado de severidad: Leve ();
Severo (): vómitos >5 veces por día; reingreso;
complicaciones maternas.

9. Sexo del producto: Masculino (); Femenino ().

10. Interconsulta a psicología: Si (); No ()

11. Patologías asociadas

ANEXO 02

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HAD)

Este cuestionario se ajusta al tiempo en que usted estuvo gestando.

- | | | |
|---|----------------------------|--|
| 1. Te sentías tensa o molesta | A | |
| - Todos los días. | <input type="checkbox"/> 3 | |
| - Muchas veces | <input type="checkbox"/> 2 | |
| - A veces. | <input type="checkbox"/> 1 | |
| - Nunca | <input type="checkbox"/> 0 | |
| 2. Podías disfrutar con lo que antes te gustaba | D | |
| - Como siempre | <input type="checkbox"/> 0 | |
| - No lo bastante | <input type="checkbox"/> 1 | |
| - Sólo un poco | <input type="checkbox"/> 2 | |
| - Nada | <input type="checkbox"/> 3 | |
| 3. Tenías una gran sensación de miedo, como si algo horrible te fuera a suceder | A | |
| - Totalmente, y es muy fuerte | <input type="checkbox"/> 3 | |
| - Si, pero no es muy fuerte | <input type="checkbox"/> 2 | |
| - Un poco, pero no me preocupa | <input type="checkbox"/> 1 | |
| - Nada | <input type="checkbox"/> 0 | |
| 4. Podías reírte y ver el lado divertido de las cosas | D | |
| - Igual que lo hice siempre. | <input type="checkbox"/> 0 | |
| - Ahora, no tanto | <input type="checkbox"/> 1 | |
| - Casi nunca | <input type="checkbox"/> 2 | |
| - Nunca | <input type="checkbox"/> 3 | |
| 5. Tenías la cabeza llena de preocupaciones | A | |
| - La mayoría de las veces | <input type="checkbox"/> 3 | |
| - Con bastante frecuencia | <input type="checkbox"/> 2 | |
| - A veces, aunque no muy a menudo | <input type="checkbox"/> 1 | |
| - Sólo en ocasiones | <input type="checkbox"/> 0 | |
| 6. Te sentías alegre | D | |
| - Nunca | <input type="checkbox"/> 0 | |
| - No muy a menudo | <input type="checkbox"/> 1 | |
| - A veces | <input type="checkbox"/> 2 | |
| - Casi siempre | <input type="checkbox"/> 3 | |
| 7. Podías estar sentada tranquilamente y sentirte relajada | A | |
| - Siempre | <input type="checkbox"/> 3 | |
| - Por lo general | <input type="checkbox"/> 2 | |
| - No muy a menudo | <input type="checkbox"/> 1 | |
| - Nunca | <input type="checkbox"/> 0 | |
| 8. Te sentías como si cada día estuviera más lento | D | |
| - Por lo general, en todo momento | <input type="checkbox"/> 0 | |
| - Muy a menudo | <input type="checkbox"/> 1 | |
| - A veces | <input type="checkbox"/> 2 | |
| - Nunca | <input type="checkbox"/> 3 | |
| 9. Tenías sensación de miedo, como de "aleteo" en el estómago | A | |
| - Nunca | <input type="checkbox"/> 3 | |
| - En ciertas ocasiones | <input type="checkbox"/> 2 | |
| - Con bastante frecuencia | <input type="checkbox"/> 1 | |
| - Muy a menudo | <input type="checkbox"/> 0 | |
| 10. Has perdido el interés por tu aspecto físico | D | |
| - Totalmente | <input type="checkbox"/> 0 | |
| - No me preocupo tanto como debiera | <input type="checkbox"/> 1 | |
| - Podría tener un poco más de cuidado | <input type="checkbox"/> 2 | |
| - Me preocupa igual que siempre | <input type="checkbox"/> 3 | |
| 11. Te sentías inquieta, como si estuvieras continuamente en movimiento | A | |
| - Mucho | <input type="checkbox"/> 3 | |
| - Bastante | <input type="checkbox"/> 2 | |
| - No mucho | <input type="checkbox"/> 1 | |
| - Nada | <input type="checkbox"/> 0 | |
| 12. Te sentías optimista respecto a tu futuro | D | |
| - Igual que siempre | <input type="checkbox"/> 0 | |
| - Menos de lo que acostumbra | <input type="checkbox"/> 1 | |
| - Mucho menos de lo que acostumbra | <input type="checkbox"/> 2 | |
| - Nada | <input type="checkbox"/> 3 | |
| 13. Te asaltaban sentimientos repentinos de pánico | A | |
| - Muy frecuentemente | <input type="checkbox"/> 3 | |
| - Bastante a menudo | <input type="checkbox"/> 2 | |
| - No muy a menudo | <input type="checkbox"/> 1 | |
| - Nada | <input type="checkbox"/> 0 | |
| 14. Te divertías con un buen libro, la radio o un programa de televisión | D | |
| - A menudo | <input type="checkbox"/> 0 | |
| - A veces | <input type="checkbox"/> 1 | |
| - No muy a menudo | <input type="checkbox"/> 2 | |
| - Rara vez | <input type="checkbox"/> 3 | |