



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADAS A ANTECEDENTE DE ABORTO PROVOCADO EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

INGRID ALCALDE GAMARRA

ASESOR:

Dr. JOSÉ CABALLERO AL VARADO

TRUJILLO – PERÚ

2017

MIEMBROS DEL JURADO:

Dra. Jara Pereda Milagros

PRESIDENTE

Dr.Llique Díaz Walter

SECRETARIO

Dr. Juan Carlos Rojas Ruiz

VOCAL

Dr. José Caballero Alvarado
ASESOR

DEDICATORIA

*Quiero dedicar este trabajo a mi familia, especialmente
A mi hijo Mateo por ser mi motor y motivo día a día
a mi familia ; Paquito , Techy y Cesitar por ser mi inspiración por
Acompañarme siempre
En cada uno de los momentos más importantes de mi existencia.
Por todo lo que me han dado en esta vida,
Por aquellos sabios consejos durante todo momento
Y por todo su amor, confianza y apoyo.
A ti abuelita querida, porque sé que desde donde estas
siempre Eres la luz en mi camino .*

Ingrid Alcalde Gamarra

AGRADECIMIENTOS

Al todopoderoso, porque que iluminó con su gracia divina

Para alcanzar mis objetivos en la vida.

Al mi asesor de tesis, por su guía,

su tiempo y consejo para hacer posible este trabajo

A mis maestros docentes, de mi Universidad, alma mater

por su apoyo al brindarme los conocimientos,

que han servido para alcanzar mis metas como profesional médico

Ingrid Alcalde Gamarra

INDICE

	<i>Página</i>
PÁGINAS PRELIMINARES.....	02
RESUMEN.....	07
ABSTRACT.....	08
INTRODUCCIÓN.....	08
PLAN DE INVESTIGACIÓN.....	14
MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
RESULTADOS	21
DISCUSIÓN.....	25
CONCLUSIONES.....	28
RECOMENDACIONES.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
ANEXOS.....	35

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar si la ansiedad y depresión están asociados a antecedente de aborto provocado en estudiantes de la Universidad Privada Antenor Orrego durante el periodo 2016 - II.

MATERIAL Y MÉTODO: Realizamos un estudio observacional, analítico, de corte transversal, prospectivo, que evaluó a 536 estudiantes universitarias del último año de estudios, de este número se restó las que nunca habían tenido relaciones sexuales, quedando un total de 424 estudiantes, las que fueron incluidas en el estudio.

RESULTADOS: La edad promedio de las estudiantes universitarias fue $23,14 \pm 2,37$ años. El análisis univariado mostró que las variables asociadas a depresión fueron la ocupación, el haber consumido alguna vez drogas, el consumo de tabaco, el número de parejas sexuales en toda la vida y el haber tenido algún tipo de aborto en tu vida ($p < 0,05$); las variables pareja sexual, el vivir con sus padres, el número de parejas sexuales en el último año y el haberte provocado un aborto tuvieron tendencias a ser significativas estadísticamente. El análisis univariado mostró que las variables asociadas a ansiedad fueron la edad, el haber consumido alguna vez drogas, el consumo de tabaco y el número de parejas sexuales en toda la vida ($p < 0,05$). Los factores asociados a depresión luego de realizar el análisis multivariado a través de la regresión logística, fueron la edad, el tener pareja actual, la ocupación, el consumo de drogas y el número de parejas sexuales en el último año.

CONCLUSIONES: El haber tenido un aborto en algún momento en su vida estuvo asociada a depresión mas no a ansiedad; el antecedente de aborto provocado tuvo una tendencia a asociarse significativamente a depresión.

PALABRAS CLAVES: Ansiedad, depresión, aborto provocado, estudiantes universitarias.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine if anxiety and depression are associated with a history of induced abortion in students of the Universidad Privada Antenor Orrego during the period 2016 - II.

MATERIAL AND METHODS: We performed an observational, analytical, cross-sectional, prospective study, which evaluated 536 university students from the last year of school, of which this number was subtracted from those who had never had sex, leaving a total of 424 students, which were included in the study.

RESULTS: The mean age of university students was 23.14 ± 2.37 years. The univariate analysis showed that the variables associated with depression were occupation, having ever used drugs, smoking, number of sexual partners in the whole of life and having had some type of abortion in your life ($p < 0,05$); the variables sexual partner, living with their parents, the number of sexual partners in the last year and having caused an abortion had tendencies to be statistically significant. Univariate analysis showed that the variables associated with anxiety were age, consumption of drugs, smoking, and number of sexual partners in a lifetime ($p < 0.05$). Factors associated with depression following multivariate analysis through logistic regression were age, current partner, occupation, drug use, and number of sexual partners in the past year.

CONCLUSIONS: Having had an abortion at some time in your life was associated with depression but not anxiety; the history of induced abortion had a tendency to be significantly associated with depression.

KEYWORDS: Anxiety, depression, abortion, university students.

I. INTRODUCCIÓN

El aborto voluntario se define como la terminación deliberada del desarrollo del feto durante el embarazo, antes de que haya alcanzado las 20 semanas de gestación. En este caso, también denominado interrupción voluntaria del embarazo, puede ser clandestino o legal. El aborto inducido puede ser terapéutico o médico, cuando se realiza para evitar riesgos en la vida o la salud de la mujer ^{1,2,3}.

A nivel mundial; 1 de cada 6 embarazos termina en aborto. Se realiza un aborto cada 5 /minutos, 12 abortos/hora, 278 abortos/día y 4200 abortos / 15 días (lo que cubriría la demanda de adopciones internacionales/ año). El número de abortos, cada 20 días, supera el de todas las personas muertas al año, a causa de los accidentes de tráfico. Se estima que en el mundo se producen de 42 a 46 millones de abortos anuales^{4,5}.

En Latinoamérica y el Caribe y en la gran mayoría de los países del Tercer Mundo, el aborto inseguro es una de las principales causas de muerte materna. En los contextos de ilegalidad y penalización. De un millón de embarazos que se registran anualmente en el Perú, 400.000 mil terminan en abortos que generan la muerte de un 15% de mujeres ^{6,7}.

Las prácticas de aborto son en términos generales inseguras, tanto para las mujeres como para el personal de salud que lo practica (cuando éste interviene). Sin embargo, importa subrayar que los grados de inseguridad se incrementan cuando las condiciones sanitarias en las que se realiza no son adecuadas^{8,9,10}.

El aborto se asocia a un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental con una magnitud de este riesgo que va desde el 55 al 138%. De forma bastante consistente el aborto se asocia con un riesgo entre moderado y alto de padecer problemas psicológicos posteriores a dicha intervención^{11,12}.

Uno de los hechos que puede influir más decisivamente para evaluar la existencia o no de una relación entre aborto y problemas de la salud mental de la mujer que ha abortado es la percepción que ella pueda tener de lo que significa el aborto. Esta contraposición de efectos secundarios, trastorno psicológico o sensación de alivio, debe estar fundamentalmente condicionada por la percepción del sentido ético que la mujer tenga de lo que ha realizado^{13,14,15}.

Los estudios postaborto sugieren que se debe considerar el contexto completo en el cual el aborto es realizado en relación a diversas

circunstancias como son: el momento en que el embarazo se dio, si éste es deseado o no, si se cuenta con el apoyo familiar o de redes sociales, tipo y calidad de relación de pareja, y la experiencia del procedimiento en sí, entre otras^{16,17}.

Al explorar los efectos negativos del aborto a nivel psicológico, estos se observarían cuando están relacionados con otro tipo de factores que debieran ser analizados, como la condición emocional previa de la adolescente, antecedentes psicopatológicos, estado civil, duda en relación a la toma de decisión de abortar, aprobación o rechazo social frente al aborto, nivel de educación, el tipo de relación de pareja, la duración y la calidad de la misma, apoyo familiar, actividad que se estaba desarrollando al momento del embarazo, entre otras variables^{18,19,20}.

La depresión consiste en un trastorno del estado de ánimo que implica alteración de la capacidad afectiva; caracterizado por los siguientes síntomas: estado de ánimo bajo, anestesia afectiva, irritabilidad, incapacidad para experimentar placer, fatigabilidad, alteraciones del apetito y del sueño, trastornos sexuales y alteraciones del comportamiento^{21,22}.

La depresión es un problema de salud pública y un predictor importante de discapacidad funcional y mortalidad, con consecuencias económicas anuales estimadas en 118 billones de euros en Europa y de 83 mil millones de dólares en los EE.UU. Este trastorno generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales^{23,24,25,26}.

El trastorno de ansiedad se caracteriza por la presencia de preocupación excesiva con una duración de al menos 6 meses, asociado con al menos otros tres síntomas entre los siguientes: inquietud o impaciencia, tensión muscular, alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultad de concentración y fatiga^{27,28}.

Los trastornos de ansiedad son, como grupo, las enfermedades mentales más comunes, con una alta prevalencia de aproximadamente 2-8% en la población general y 10-12% en las consultas de atención primaria. Las tasas de remisión son bajas y normalmente se convierte en una enfermedad crónica, que se traduce en una reducción del funcionamiento de estos pacientes^{29,30,31}.

Antecedentes

Toledo V, et al (Chile, 2012); desarrollaron un estudio con la finalidad de precisar la asociación entre antecedente de aborto provocado y la comorbilidad psiquiátrica por medio de un estudio de casos y controles que tuvo por objeto describir el perfil de salud mental de adolescentes. Los casos fueron 340 adolescentes egresados de 3 hospitales de Santiago; 113 fueron por abortos inducidos comprobados y 227 espontáneos. Los controles fueron 340 embarazadas que llegaron al parto. Se detectó a través de estos test mayor ansiedad en las adolescentes con abortos provocados y espontáneos y mayor depresión en las con abortos provocados. Se encontró mayor patología y mayor frecuencia de síntomas psiquiátricos no constituyentes de patología, en las adolescentes con aborto provocado; las de mayor frecuencia fueron: Reacciones de Adaptación y Episodios Depresivos. Hubo una correlación positiva entre los hallazgos de ansiedad y depresión a través de los test aplicados y la presencia de patología psiquiátrica ($p < 0.05$)³².

Gurpeguia M, et al (España, 2012); llevaron a cabo un estudio con la finalidad de precisar la comorbilidad psiquiátrica asociada a el antecedente de aborto inducido, por medio de una revisión sistemática de estudios seccionales transversales; observando que aunque los resultados de algunos estudios son interpretados como «neutros» o «mezclados». Algunos estudios de población general

señalan asociaciones significativas con dependencia de alcohol y de drogas ilegales, con trastornos afectivos (incluida la depresión) y algunos trastornos de ansiedad; y algunas de esas asociaciones se han visto confirmadas, y matizadas, por estudios longitudinales prospectivos, que sostienen que se trata de relaciones causales ($p < 0.05$)³³.

Zulčić-Nakić V, et al (Bosnia, 2012), evaluaron la salud psicológica de adolescentes tras aborto provocado hasta la 12ª semana del embarazo. El estudio de caso control se llevó a cabo en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de clínica centro de Tuzla, en Bosnia y Herzegovina. Se evaluaron a 120 adolescentes. Sesenta adolescentes tenían aborto artificial intencional y 60 tuvieron relaciones sexuales sin embarazarse. La ansiedad fue más frecuente en adolescentes que abortaron (30%), que en adolescentes que no abortaron (13.3%) OR = 4,91 (IC 95%: 0.142-0,907) con una $p = 0.03$. Mientras que las adolescentes que abortaron tuvieron síntomas de depresión 29.2% y las que no abortaron 15,2% ($P < 0.001$). Las adolescentes que abortaron presentaron significativamente mayor prevalencia de depresión y ansiedad comparadas con las que no abortaron.³⁴

Coleman P, et al (Norteamérica, 2013); llevaron a cabo un estudio con la finalidad de precisar la comorbilidad psiquiátrica asociada

a la práctica de aborto voluntario; por medio de una revisión sistemática de tipo meta análisis en el que se recoge una muestra de 22 estudios previos en los que se han valorado 36 tipos de enfermedades mentales para una muestra total de 877.181 mujeres (163.831 de las cuales pasaron por abortos voluntarios). En el análisis por separado de cada efecto se observó que el más frecuente era las conductas suicidas (OR = 2,55, 95%, P = 0,006), consumo de alcohol (OR = 2,10, 95%, P < 0,0001), depresión (OR = 1,37, 95%, P < 0,0001) y trastornos de ansiedad (OR = 1,34, 95%, P < 0,0001)³⁵

Giannandrea S, et al (Estados Unidos, 2013), estudiaron factores de riesgo para la depresión o trastorno de ansiedad en mujeres con y sin pérdida aborto previo; se incluyó a 192 mujeres. Hallaron que el 49% de mujeres informaron aborto espontáneo o aborto inducido). El 52% registró más de una pérdida. Las mujeres con aborto previo tuvieron más probabilidades de presentar depresión (p= 0.002) que las mujeres sin antecedentes de aborto. Las mujeres con abortos recurrentes fueron más propensos a ser diagnosticados con depresión (p = 0.047) encontrándose que el número de abortos se relaciona con la presencia de depresión y ansiedad.³⁶

Steinberg N, et al (Estados Unidos, 2014), examinaron si un primer aborto aumenta el riesgo de trastornos de salud mental en

comparación con un primer parto, fue un estudio de cohortes comparando con las tasas de trastornos mentales (ansiedad, depresión entre otros) post aborto de 259 mujeres y post nacimiento en 677 mujeres. El porcentaje de mujeres con trastornos mentales en su primer aborto fue de 15,2% a 27,3%, y en las que tuvieron en su primer parto fue de 9.2% y 19.6% respectivamente, indicando que en el grupo aborto las mujeres tienen más trastornos de salud mental que las mujeres en el grupo de parto, $p < .001$. Encontrándose una proporciones de riesgo (PR) e intervalos de confianza de 95% asociados de 1.52 (1.08-2.15) para cualquier trastorno de ansiedad; de 1,56 (1.23-1.98) para los trastornos depresivos.³⁷

Bentancor A, et al (Uruguay, 2015); desarrollaron una investigación con la finalidad de precisar las alteraciones psiquiátricas asociadas con la práctica de aborto voluntario, por medio de un estudio seccional transversal retrospectivo en el que se incluyeron 80 pacientes cuyos datos sociodemográficos concordaron con los reportados a nivel nacional: 81,0% de las pacientes que consultaron era mayores de 19 años; 6,2% decidieron continuar con el embarazo; solo 70,0% concurren al control posterior y recibieron asesoramiento sobre anticoncepción. De las pacientes que tenían antecedentes psiquiátricos ($n = 8$; 10,0%), la mayoría se asociaban a depresión ($p < 0.05$)³⁸.

Sánchez A, et al (Perú, 2013); desarrollaron un estudio con el objetivo de precisar las características del riesgo suicida en mujeres con antecedente de aborto; estudio descriptivo de corte transversal y retrospectivo, con una muestra total de 50 mujeres con antecedente de aborto; observando que del total de mujeres encuestadas el 38% de mujeres respondieron haber tenido pensamientos o ideas suicidas después del aborto, dentro ellas el 74% señaló que era a causa del aborto y solo 3 del total de participantes manifestó haber intentado quitarse la vida. Las características de las mujeres con ideación suicida que se hallaron son: ser convivientes 78,9%; grado de instrucción secundaria 63%, aborto provocado 63%, se sintieron presionadas a abortar 68%, ideación suicida antes del aborto 53%, sentimiento inmediato y una semana después del aborto 63%.³⁹

Justificación

De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2012, el 23% de nacimientos ocurridos en los últimos cinco años fue no deseado por sus padres en el momento de la concepción, produciéndose 376 mil abortos clandestinos o provocados en el país por año⁴⁰.

Por otro lado, la ansiedad, al igual que sucede con la depresión, son trastornos psicológicos más frecuentes detectados en la población en general y con mayor presencia en el ámbito universitario,

donde las características y exigencias, tanto organizativas como académicas, en ocasiones conducen al joven hacia reacciones adaptativas generadoras de ansiedad y considerable perturbación psicosocial con disminución del rendimiento, que incluso pueden llevar a situaciones de desesperación, que si se encuentran gestando puede afectar con la decisión de continuar con el embarazo.⁴¹

Las estudiantes universitarias constituyen una población vulnerable a influencias sociales como mecanismos de controlar el estrés, estas pueden ser consumo de bebidas alcohólicas, drogas, reuniones sociales, etc.; problemas familiares que las exponen a un embarazo no deseado con la consecuente decisión de realizarse un aborto provocado y de hecho una proporción importante lo ejecuta, luego de la cual habrá un compromiso psicológico, como ansiedad y depresión, que si no se identifica y trata podría devenir en un mal desempeño académico, más problemas familiares e incluso riesgo de atentar con su vida; por todo lo anterior nos planteamos el siguiente problema:

Planteamiento del problema

¿Están la ansiedad y depresión asociadas al antecedente de aborto provocado en estudiantes de la Universidad Privada Antenor Orrego durante el periodo de setiembre a noviembre del 2016?

Hipótesis:**Hipótesis Nula:**

La ansiedad y depresión no están asociados a antecedente de aborto provocado en estudiantes de la Universidad Privada Antenor Orrego.

Hipótesis Alternativa:

La ansiedad y depresión están asociados a antecedente de aborto provocado en estudiantes de la Universidad Privada Antenor Orrego.

Objetivos:**General:**

Determinar si la ansiedad y depresión están asociados a antecedente de aborto provocado en estudiantes de la Universidad Privada Antenor Orrego

Específicos:

1. Determinar la proporción del antecedente de aborto provocado en las estudiantes con ansiedad y depresión.

2. Determinar la proporción del antecedente de aborto provocado en las estudiantes sin ansiedad y depresión.
3. Comparar la proporción del antecedente de aborto provocado en las estudiantes con ansiedad y depresión.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

1. MATERIALES Y MÉTODOS

Población diana: Estudiantes mujeres de todas las facultades profesionales que estuvieron cursando el último año de su carrera profesional en la Universidad Privada Antenor Orrego durante el periodo 2016 – II.

Población de estudio: Estudiantes mujeres de todas las facultades profesionales que estuvieron cursando el último año de su carrera profesional en la universidad privada Antenor Orrego matriculadas en el semestre correspondiente al periodo 2016 – II.

Criterios de selección:

Criterios de Inclusión:

Estudiantes de todas las Facultades Profesionales de la Universidad Particular Antenor Orrego que estuvieron cursando su último año en el periodo 2016 II, y que estuvieron matriculadas en el período 2016 II y que aceptaron realizar la encuesta.

Criterios de Exclusión

Estudiantes que hayan tenido aborto terapéutico o espontáneo, que sean estudiantes de postgrado en dicha escuela y estudiantes que no completaron la encuesta.

MUESTRA:

Unidad de Análisis:

Cada uno de las estudiantes de la Universidad Privada Antenor Orrego durante el periodo 2016 – II y que cumplieron los criterios de selección.

Tamaño muestral:

Se utilizó la base de datos RINAB, que evaluó a 524 alumnas de todas las facultades profesionales de la universidad privada Antenor Orrego de alumnas que cursaron el último año de su carrera en el periodo 2016-2

Diseño de estudio:

Estudio observacional, analítico de corte transversal.⁴¹

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN:

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	INDICE
RESULTADO				
Ansiedad	Catagórica	Nominal	Encuesta	Si / No
Depresión	Catagórica	Nominal	Encuesta	Si / No
COVARIABLES				
Edad	Numérica	Proporcional	Encuesta	años
Procedencia	Catagórica	Nominal	Encuesta	Urb/Rural
Religión	Catagórica	Nominal	Encuesta	Cat./Otra
Nivel socioeconómico	Catagórica	Nominal	Encuesta	B/M/A
Ocupación	Catagórica	Nominal	Encuesta	Est./EyT
Pareja actual	Catagórica	Nominal	Encuesta	Si / No
Vives con padres	Catagórica	Nominal	Encuesta	Si / No
Tener padres separados	Catagórica	Nominal	Encuesta	Si / No
Haber cons. alguna vez drogas	Catagórica	Nominal	Encuesta	Si / No
Consumo de alcohol, 1 /sem	Catagórica	Nominal	Encuesta	Si / No
Consumo de tabaco, 1 / sem	Catagórica	Nominal	Encuesta	Si / No
Nº parejas sex. en toda la vida	Numérica	Proporcional	Encuesta	#
Nº parejas sex. en el último año	Numérica	Proporcional	Encuesta	#
Algún tipo de aborto en tu vida	Catagórica	Nominal	Encuesta	Si / No
Alguna vez te has prov. un aborto	Catagórica	Nominal	Encuesta	Si / No

DEFINICIONES OPERACIONALES:

Depresión:

Trastorno del estado de ánimo que implicó alteración de la capacidad afectiva. Caracterizado por los siguientes síntomas: estado de ánimo

bajo, anestesia afectiva, irritabilidad, incapacidad para experimentar placer, fatigabilidad, alteraciones del apetito y del sueño, trastornos sexuales y alteraciones del comportamiento. Será evaluado utilizando la Escala DASS-21 que contiene 21 ítems, en el caso de la depresión se tomará en cuenta los ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21,^{21, 22, 41}.

Ansiedad:

Mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos. Cuando se presenta en momentos inadecuados o es una reacción desproporcionada frente a cualquier estímulo posible y persiste por encima del nivel de adaptación, constituyéndose en una respuesta a una amenaza indeterminada, difusa y muchas veces, inexistente. Se aplicará la Escala DASS-21 que evaluará ansiedad tomando en cuenta los ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20.^{27, 28, 42}

Antecedente de aborto provocado:

Antecedente de terminación deliberada del desarrollo del feto durante el embarazo, antes de que haya alcanzado las 22 semanas de gestación. En este caso, también denominado interrupción voluntaria del embarazo, puede ser clandestino o legal. El aborto inducido puede ser terapéutico o médico, cuando se realiza para evitar riesgos en la vida o la salud de la mujer. Se consideró cuando este se haya

producido en el último año desde la entrevista, según el cuestionario RIINAB³⁶.

Las covariables, edad, facultad, ciclo de estudio, procedencia y pareja sexual, fueron obtenidas de la base de datos RIINAB, que constó de 26 preguntas.

2. PROCEDIMIENTO

- Se solicitó a las autoridades universitarias la autorización para la ejecución del proyecto en el ámbito referido, una vez obtenido el permiso correspondiente.
- Los datos se obtuvieron mediante el uso de una base de datos construida a partir de la Encuesta Aborto provocado en estudiantes mujeres de los últimos ciclos de todas las carreras profesionales de la Universidad Privada Antenor Orrego durante el periodo 2016 – II, denominada RINAB cuya captación se realizó por medio de la técnica de muestreo aleatorio simple; según la respuesta a la entrevista realizada en relación con el antecedente de aborto provocado (Anexo I).

INSTRUMENTO.

El instrumento constó de dos partes la primera recolectó datos sobre características sociodemográficas y antecedente de aborto provocado; la segunda parte lo constituyó el cuestionario DASS-21, que evaluó la depresión, ansiedad y estrés, la cual constó de 21 preguntas.

Para la escala de Depresión, se seleccionó un punto de corte de 6 (>5), para la escala de Ansiedad, el punto de corte correspondió a 5 (>4), y para la escala estrés, se seleccionó un punto de corte de 6 (>5). Las escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) demostraron una adecuada utilidad como instrumento de tamizaje.⁴¹

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos fueron procesados utilizando el paquete estadístico IBM SPSS 23.0.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas así como medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas.⁴³

Estadística Analítica

En el análisis estadístico, se realizó en primer lugar un análisis univariado a través de la prueba Chi Cuadrado (χ^2), Test exacto de Fisher para variables categóricas y la prueba t de student para variables cuantitativas; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

Luego se procedió a realizar el análisis multivariado utilizando la regresión logística, para ello se utilizó el punto de corte de $p = 0,25$, con la finalidad de obtener el OR ajustado considerando un nivel de confianza ($p < 0.05$) y se incluyó su respectivo IC al 95%.

ASPECTOS ÉTICOS:

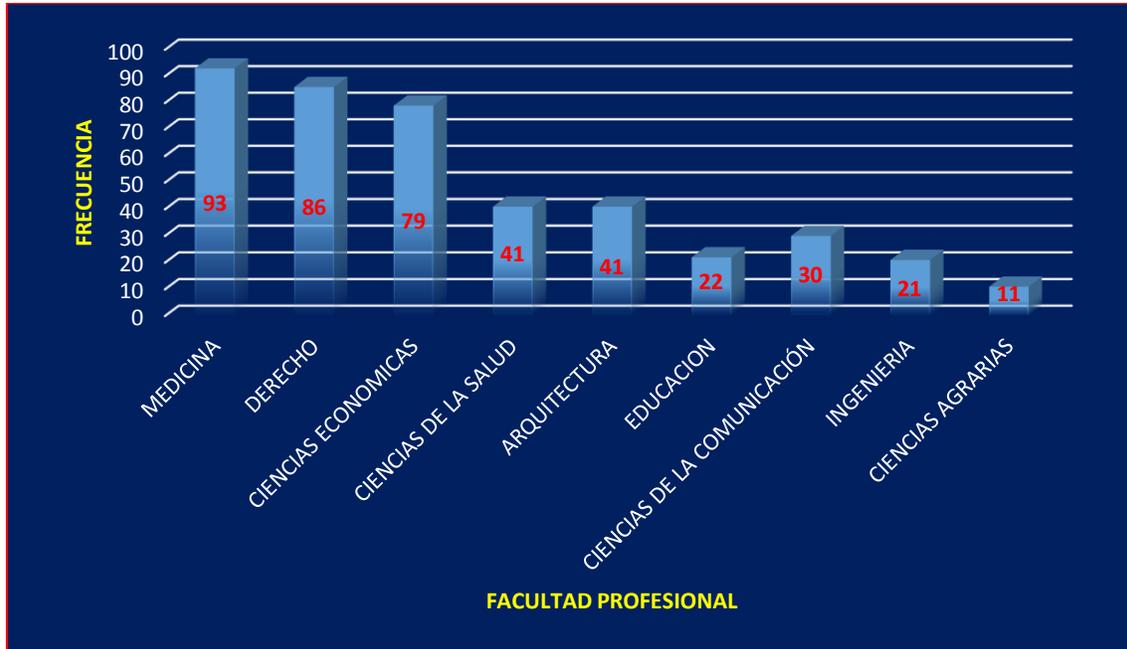
La presente investigación contó con la autorización del comité de Investigación y Ética de la Universidad Privada Antenor Orrego. Dado que el estudio utilizó una base de datos denominada RIINAB no requirió consentimiento informado, sin embargo en su aplicación inicial se tomaron en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15,22 y 23)³⁹ y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA) ^{45, 46, 47}.

III. RESULTADOS

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo, por la naturaleza de la investigación se realizó un estudio poblacional, el proceso de selección fue realizado bajo los criterios de inclusión y exclusión ya antes expuestos, correspondientes a todas las estudiantes que cursaron su último año de carrera profesional de todas las facultades de la Universidad Privada Antenor Orrego en el período 2016 II, se realizó una encuesta de las cuales respondieron 536 estudiantes, de este número se restó las que nunca habían tenido relaciones sexuales, luego del análisis quedó un total de 424 encuestas completas.

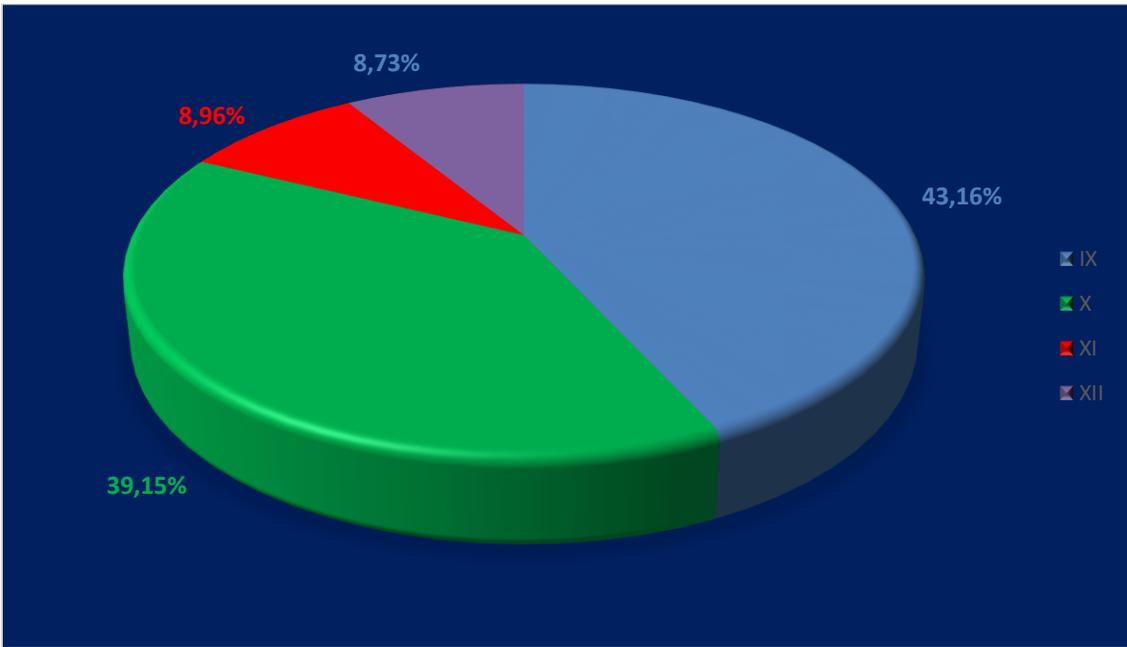
GRAFICO 1

DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES UNIVERITARIAS SEGÚN FACULTAD PROFESIONAL UPAO – 2016



La Frecuencia de estudiantes universitarias por facultad profesional en la Universidad Privada Antenor Orrego fue de 21.93% para Medicina Humana, 20.28% para Derecho y ciencias políticas, 18.63% para Ciencias Económicas, 9,70% para ciencias de la Salud, 9.67% para Arquitectura, Urbanismo y Artes; 5.19% para Ciencias de la comunicación, 5.19% para educación y humanidades, 4.95% para ingeniería y 2.59% para Ciencias Agrarias.

GRAFICO 2
DISTRIBUCION DE ESTUDIANTES UNIVERITARIAS SEGÚN CICLO DE ESTUDIOS
UPAO – 2016



La frecuencia de estudiantes de estudiantes universitarias por ciclo de estudios fue de 43,16% para noveno ciclo, 39,15% para décimo ciclo, 8,96% para décimo primer ciclo y 8,73% para décimo segundo ciclo.

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS SEGÚN VARIABLES DE ESTUDIO Y PRESENCIA DE DEPRESION

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
PERIÓDO 2016 II

Covariables	DEPRESION		Valor p
	SI (179)	NO (245)	
Edad	23,29 ± 2,83	22,99 ± 1,90	> 0,05
Procedencia (Urbana/T)	167 (93,30%)	233 (95,10%)	> 0,05
Religión (Católica/T)	147 (82,12%)	207 (84,49%)	> 0,05
Nivel socioeconómico (Medio/T)	168 (93,85%)	232 (94,69%)	> 0,05
Ocupación (Estudia y trabaja/T)	45 (25,14%)	97 (39,59%)	< 0,01
Pareja actual (Si/T)	112 (62,57%)	174 (71,02%)	0,067
Vives con padres (Si/T)	99 (55,31%)	157 (64,08%)	0,068
Tener padres separados (Si/T)	74 (41,34%)	91 (37,14%)	> 0,05
Haber consumido alguna vez drogas (Si/T)	38 (21,23%)	28 (11,43%)	< 0,01
Consumo de alcohol, 1 /sem (Si/T)	24 (13,41%)	22 (8,98%)	> 0,05
Consumo de tabaco, 1 / sem (Si/T)	20 (11,17%)	8 (3,27%)	< 0,05
N° parejas sexuales en toda la vida	3,10 ± 2,25	2,61 ± 1,81	< 0,05
N° parejas sexuales en el último año	1,26 ± 0,69	1,15 ± 0,64	0,075
Algún tipo de aborto en tu vida (Si/T)	59 (32,96%)	51 (20,82%)	< 0,01
Alguna vez te has provocado un aborto(Si/T)	37 (20,67%)	34 (13,88%)	0,070

* = t student; Chi cuadrado; T=total

La prevalencia de depresión entre las estudiantes universitarias del último año de estudios fue 44,22%. El análisis univariado mostró que las variables asociadas a depresión fueron la ocupación, el haber consumido alguna vez drogas, el consumo de tabaco, el número de parejas sexuales en toda la vida y el haber tenido algún tipo de aborto en tu vida ($p < 0,05$); las variables pareja sexual, el vivir con sus padres, el número de parejas sexuales en el

último año y el haber provocado un aborto tuvieron tendencias a ser significativas estadísticamente.

TABLA 2

DISTRIBUCIÓN DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS SEGÚN VARIABLES DE ESTUDIO Y PRESENCIA DE DEPRESION

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
PERIÓDO 2016 II**

Covariables	ANSIEDAD		Valor p
	SI (270)	NO (154)	
Edad	23,30 ± 2,61	22,79 ± 1,72	< 0,05
Procedencia (Urbana/T)	255 (93,30%)	145 (95,10%)	> 0,05
Religión (Católica/T)	225 (83,33%)	129 (83,77%)	> 0,05
Nivel socioeconómico (Medio/T)	253 (93,70%)	147 (95,45%)	> 0,05
Ocupación (Estudia y trabaja/T)	85 (31,48%)	57 (37,01%)	> 0,05
Pareja actual (Si/T)	181 (67,04%)	105 (68,18%)	> 0,05
Vives con padres (Si/T)	160 (59,26%)	96 (62,34%)	> 0,05
Tener padres separados (Si/T)	111 (41,11%)	54 (35,06%)	> 0,05
Haber consumido alguna vez drogas (Si/T)	52 (19,26%)	14 (9,09%)	< 0,01
Consumo de alcohol, 1 /sem (Si/T)	35 (12,96%)	11 (7,14%)	> 0,05
Consumo de tabaco, 1 / sem (Si/T)	23 (8,52%)	5 (3,25%)	< 0,05
N° parejas sexuales en toda la vida	2,99 ± 2,19	2,51 ± 1,65	< 0,05
N° parejas sexuales en el último año	1,20 ± 0,61	1,19 ± 0,74	> 0,05
Algún tipo de aborto en tu vida (Si/T)	72 (26,67%)	38 (24,68%)	> 0,05
Alguna vez te has provocado un aborto(Si/T)	48 (17,78%)	23 (14,94%)	> 0,05

* = t student; Chi cuadrado; T=total

La prevalencia de ansiedad entre las estudiantes universitarias del último año de estudios fue 63,68%. El análisis univariado mostró que las variables asociadas a ansiedad fueron la edad, el haber consumido alguna vez drogas, el consumo de tabaco y el número de parejas sexuales en toda la vida ($p < 0,05$).

TABLA 3**ANÁLISIS MULTIVARIADO IDENTIFICANDO FACTORES
INDEPENDIENTEMENTE ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE
DEPRESION EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS****UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO
PERÍODO 2016II**

Factores asociados	B	Valor p	ORa	IC 95%	
				Inferior	Superior
Edad	0,100	0,027	1,11	1,01	1,21
Pareja actual(1)	0,515	0,021	1,67	1,08	2,59
Ocupación(1)	0,852	0,000	2,34	1,48	3,70
Consumo de drogas(1)	0,587	0,046	1,80	1,01	3,20
Parejas sexuales en el último año	0,385	0,045	1,47	1,01	2,14

Los factores asociados a depresión luego de realizar el análisis multivariado a través de la regresión logística, fueron la edad, el tener pareja actual, la ocupación, el consumo de drogas y el número de parejas sexuales en el último año.

IV. DISCUSIÓN

La ansiedad y depresión son dos trastornos importantes del estado de ánimo que se asocian con frecuencia a diferentes eventos traumáticos y experiencias estresantes adversas durante la vida, constituyen los principales factores etiológicos para estas condiciones; otros factores asociados son la presencia de enfermedades crónicas, entre otras ⁴⁸.

La depresión es una enfermedad común en todo el mundo, con más de 300 millones de personas afectadas. La depresión es diferente de las fluctuaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales de corta duración a los desafíos de la vida cotidiana. Especialmente cuando es de larga duración y con intensidad moderada o severa, la depresión puede convertirse en un problema de salud grave. Puede causar que la persona afectada sufra mucho y altere su desempeño en el trabajo, en la universidad y en la familia. En su peor momento, la depresión puede llevar al suicidio. Cerca de 800 000 personas mueren cada año por suicidio. El suicidio es la segunda causa principal de muerte entre los 15 y 29 años ⁴⁹.

Por otro lado la ansiedad es una emoción caracterizada por un estado desagradable de agitación interna, a menudo acompañada de conducta nerviosa. Son sentimientos subjetivos desagradables de miedo ante circunstancias anticipadas, como el sentimiento de muerte inminente. La ansiedad es un sentimiento de inquietud y preocupación, por lo general generalizado y desenfocado como una reacción exagerada a una situación que sólo se ve subjetivamente como amenazante ⁵⁰.

Los problemas psiquiátricos más comunes que se encuentran entre los estudiantes universitarios son la depresión, la ansiedad y el estrés. Algunos estudios revelan una fuerte prevalencia de la depresión entre los estudiantes de primer año, además de los estudiantes de otros años de estudio. **Ibrahim et al** ⁵¹, realizaron una revisión sistemática para evaluar prevalencia de depresión en estudiantes universitarios, utilizando como uno de los instrumento para el tamizaje el DASS 21; encontrando prevalencias variables (10% - 85%), con una prevalencia media ponderada del 30,6%. En Europa, estudiando solo a estudiantes de medicina, encontraron alrededor del 30% con depresión o ansiedad, tasa similar a la reportada por estudios brasileños, en los que se encontró que entre el 20 y el 50% de los estudiantes de medicina presentaban trastornos del estado de ánimo ⁵²; como se puede observar existen

prevalencias muy variadas de depresión y ansiedad, en una población de estudiantes universitarios, cifras que engloban lo encontrado en nuestro estudio, lo cual revela que es un problema de relevancia.

Este estudio evaluó la asociación entre la ansiedad y depresión y el aborto provocado en una población de estudiantes universitarias, y en relación a esto, **Su et al**⁵³, en China, investigaron la violencia del compañero íntimo y exploraron su asociación con algunas alteraciones en la salud mental, para lo cual estudiaron a 2575 estudiantes universitarias, encontrando que 18,6% de las estudiantes reportaron un embarazo y de estas el 50% tuvieron un aborto provocado; así mismo los scores de depresión fue mayor en las víctimas de la violencia de pareja, las tasas de ideación suicida, plan suicida, suicidio preparativo e intento de suicidio fueron más altas en las víctimas de la violencia de pareja; **Henning et al**⁵⁴, en Alemania, evaluaron a 7200 mujeres que tuvieron abortos provocados y los factores asociados encontrando que la edad menor de 20 años, el estado civil soltera, el estar estudiando y la prevalencia de ansiedad encontrada fue 14%; **Coleman et al**⁵⁵, en USA, evaluó las secuelas emocionales post aborto en los estudiantes universitarios, encontrando que en las personas que habían tenido un aborto el 56,7% reportó criterios de depresión y 13,3% de ansiedad; como se puede inferir el aborto provocado crea un estigma

en la mujer y esto lo expone al probable desarrollo de ansiedad y depresión; los estudios referidos muestran que existe una asociación entre estas condiciones y corroboran nuestros hallazgos, aunque en nuestro estudio la depresión fue el componente más importante.

Si bien es cierto, en nuestro estudio no evaluamos intento suicida, pero es sabido que la depresión puede generarla en aquellas situaciones severas y en este sentido **Gissler et al**⁵⁶, en Finlandia, encontraron una tasa anual de muerte por suicidio entre las mujeres en edad reproductiva de 11,3 por 100.000; entre las que dieron a luz fue de 5,9; entre quienes tuvieron aborto espontáneo, de 18,1; y entre quienes tuvieron un aborto provocado, de 34,7. La OR para el aborto inducido, comparado con quienes no tuvieron embarazo fue 3,08 (IC 95%, 1,57-6.03), de lo que los autores concluyen que o bien hay factores comunes o bien el aborto provocado tiene un efecto nocivo, y de hecho esto refuerza nuestra investigación en relación a la asociación entre el aborto provocado y las alteraciones en la salud mental como lo son la ansiedad y depresión.

V.CONCLUSIONES

1. La proporción de antecedente de aborto provocado en las estudiantes universitarias con ansiedad y depresión fueron 17,78% y 20,67% respectivamente.
2. La proporción de antecedente de aborto provocado en las estudiantes universitarias sin ansiedad y depresión fueron 14,94% y 13,88% respectivamente.
3. La proporción del antecedente de aborto provocado en estudiantes universitarias tuvo una tendencia a estar asociada a la presencia de ansiedad y depresión.

VI. RECOMENDACIONES

Realizar un estudio analítico que estime y evalúe otros factores de riesgo de depresión en las mujeres universitarias. Como también comparar el impacto que tiene el aborto provocado como el no provocado en la salud mental de las mujeres universitarias.

Promover la participación de profesionales psiquiatras o psicólogos en el abordaje de las mujeres que tuvieron aborto por todas las causas, con el fin de preservar la salud mental de dichas personas, con el fin de no afectar su proyecto de vida.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research public shed 1995-2009. *Br J Psychiatry* 2013;199(3):180-6.
2. Requero JL. 1 La reforma de la Legislación del aborto en España. *Cuad Bioet.* 2013;20(70):487-501.
3. Jiménez M, Luna C, Marcos B, Bailon E. Nueva ley del aborto: más que un problema moral y legal. *Aten Primaria* 2012;42(8):403-5.
4. Briozzo L. La despenalización del aborto como estrategia hacia una práctica segura, accesible e infrecuente. *Rev Med Urug.* 2013;29(2):114-7.
5. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* 2013;83(4):691-729.
6. Fiala C, Arthur J. "Dishonorable disobedience": why refusal to treat in reproductive healthcare is not conscientious objection. *Woman – Psychosom Gynecol Obstet.* 2014;1:12-23.
7. Foster DG, Steinberg J, Roberts SC, Neuhaus J, Biggs MA. A comparison of depression and anxiety symptom trajectories between women who had an abortion and women denied one. *Psychol Med.* 2015;45(10):2073-82.
8. Garrido J. El aborto en la historia. *Rev Med Dom.* 2013;17(1):30-3.
9. Steinberg JR, Rubin LR. Psychological aspects of contraception, unintended pregnancy, and abortion. *Policy Insights Behav Brain Sci.* 2014;1(1):239-47.
10. Cohen SA. Still true: abortion does not increase woman's risk of mental health problems. *Guttmacher Policy Review* 2013;16(2):13-22.

12. Major B, Applebaum M, Beckman L, Dutton MA et al. Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist* 2013;64:863-890. doi: 10.1037/a0017497
13. Charles VE, Polis CB, Sridhara SK et al. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception* 2013;78:436–450.
14. Robinson GE, Stotland NL, Russo NF et al. Is there an “Abortion Trauma Syndrome”? Critiquing the evidence. *Harvard Review Psychiatry* 2012;17:268-290.
15. Steinberg JR, Russo NF. Evaluating research on abortion and mental health. *Contraception* 2012;80:500–503.
16. Kendall T, Bird V, Cantwell R, et al. To meta-analyse or not to metaanalyse: Abortion, birth, and mental health. *Br J of Psychiatry* 2012; 200:12–14.
17. Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *Br J Psychiatry* 2013;199:180– 186.
18. Howard LM, Rowe M, Trevillion K, Khalifeh H et al. Abortion and mental health: guidelines for proper scientific conduct ignored. *Br J Psychiatry* 2012;200:74.
19. Steinberg JR, Trussel J, Hall, KS, Guthrie K. Fatal flaws in a recent meta-analysis on abortion and mental health. *Contraception*, 2012;86(5):430-437.
20. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB et al. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *New England J Medicine* 2013;364:332-339.
21. Steinberg JR, Finer LB. Examining the association of abortion history and current mental health: a reanalysis of the National Comorbidity Survey using a common-risk-factors model. *Social Science Medicine* 2013;72:72–82.

22. Kennedy SH, Lam RW, Cohen NL, Ravindran AV; CANMAT Depression Work Group. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. IV. Medications and other biological treatments. *Can J Psychiatry*. 2013;46 (1):38-58.
23. Park M, Unützer J. Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatric Clinics of North America*. 2013;34 (2):469–87.
24. Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso J, van Ommeren M. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2013; 198,11-6.
25. Rief W, Nestoriuc Y, Weiss S, Welzel E, Barsky A, Hofmann S. Meta-analysis of the placebo response in antidepressant trials. *J Affect Disord* 2013; 118,1-3:1-8.
26. Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Med* 2014; 8, 38.
27. Rodríguez M, Rincón H, Velasco M, Hernández C, Ramos M, González J. Prevalencia de trastornos mentales en una población que demanda servicios de salud en una IPS de baja complejidad y su asociación con la ideación suicida y discapacidad percibida. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2012; 30(2): 141-151
28. Serrano A, Palao D, Luciano J, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;45(2):201-10.
29. Roy P, Craske M, Sullivan G, et al. Delivery of Evidence- Based Treatment for Multiple Anxiety Disorders in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2013;303(19):1921-8.
30. Galbraith T, Heimberg R, Wang S, Schneier F, Blanco C. Comorbidity of Social Anxiety Disorder and Antisocial Personality Disorder in the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Anxiety Disord*. 2014; 28(1): 57–66. 16.

31. Saiz P, Jiménez L, Díaz E, García M, Marina P, Al-Halabi S, *et al.* Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones*. 2014; 26(3):254-274.
32. Smith J, Randall C. Anxiety and Alcohol Use Disorders: Comorbidity and Treatment Considerations. *Alcohol Research: Current Reviews*. 2012; 34(4): 414-31.
33. Toledo V. Perfil de salud mental en adolescentes que interrumpen su embarazo con un aborto inducido. *Rev. Soc. Chil. Obstet. Ginecol. Infant. Adolesc* 2012; 6(1): 14-21.
34. Gurpeguia M. Complicaciones psiquiátricas del aborto *psychiatric complications of abortion*. *Cuad. Bioét* 2012; 20: 3.
35. Zulčić-Nakić V, Pajević I, Hasanović M, Hasanović M. Psychological Problems Sequelae in Adolescents after Artificial Abortion. *Journal of pediatric and adolescent gynecology* August 2012 25(4):241-7
36. Coleman P. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *Br J Psychiatry* 2013;199(3):180-6.
37. Giannandrea S, Cerulli C, Anson E, Chaudron L. Increased risk for postpartum psychiatric disorders among women with past pregnancy loss. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013 Sep; 22(9):760-8.
38. Steinberg N, McCulloch C, Adlera N. Abortion and Mental Health: Findings from the National Comorbidity Survey-Replication. *Obstet Gynecol*. 2014 Feb; 123(2 0 1): 263–270
39. Bentancor A. Report of the procedure of voluntary interruption of pregnancy at a university hospital in Uruguay. *Revista de Saúde Pública* 2015; 50: 6-12.
40. Sánchez A. Riesgo suicida en mujeres con antecedentes de aborto en el Centro de Salud "La Libertad", setiembre 2011-enero 2012. Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
41. Ferrando D. El Aborto Clandestino En El Perú: Hechos y Cifras. Lima. Centro de la Mujer Peruana, Flora Tristán – 2006.o%20Peru.pdf.

- Kleinbaum D. Statistics in the health sciences: Survival analysis. New York: Springer-Verlag publishers; 2012.p78.
42. Martínez V. “Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación”, en ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete, 2014; 29(2):63-78.
 43. Román F, Santibáñez P. Vinet E. Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos Acta de Investigación Psicológica 2016;6:2325-36
 44. Fathalla F. Guía práctica de investigación en salud. Washington, D.C: OPS, 2008.
 45. Hernández R, Fernández C, y Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ª edición. México Distrito Federal: Mc Graw Hill; 2014
 46. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.
 47. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2011.
 48. Tayefi M, Shafiee M, Kazemi-Bajestani S, Esmaeili H, Darroudi S, Khakpouri S et al. Depression and anxiety both associate with serum level of hs-CRP: A gender-stratified analysis in a population-based study. Psychoneuroendocrinology. 2017;81:63-69.
 49. Organización Mundial de la salud. La depresión. Se encuentra en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
 50. Cheung T, Wong S, Wong K, Law L, Ng K, Tong M et al. Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Baccalaureate Nursing Students in Hong Kong: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2016;13(8).

51. Ibrahim A, Kelly J, Adams E, Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *J Psychiatr Res.* 2013;47(3):391-400.
52. Moutinho I, Maddalena N, Roland R, Lucchetti A, Tibiriçá S, Ezequiel O et al. Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2017;63(1):21-28.
53. Su P, Hao J, Huang Z, Xiao L, Tao F. An investigation on the epidemic situation of intimate partner violence in 2,575 college students. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* 2011;32(4):346-51.
54. Henning G, Henning M, Engel E. Comparative studies of motivations for abortion and use of contraception by adolescent abortion patients. *Arztl Jugendkd.* 1989;80(4):202-9.
55. Coleman P, Nelson E. The quality of abortion decisions and college students' reports of post-abortion emotional sequelae and abortion attitudes. *J Soc Clin Psychol.* 1998;17(4):425-42.
56. Gissler M, Hemminki E, Lönnqvist J. Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study. *BMJ.* 1996;313(7070):1431-4.

VIII. ANEXOS

ANEXO N° 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ansiedad y depresión asociadas a antecedente de aborto provocado en
estudiantes de la Universidad Privada Antenor Orrego

1. CUESTIONARIO RIINAB

Estimada estudiante, el objetivo de este cuestionario es detectar la presencia de algún riesgo para tu salud y poder modificarla. Tu participación es valiosa ya que ayudará al desarrollo posterior de estrategias enfocadas a la promoción de la salud. Toda la información será manejada confidencialmente, y es completamente ANÓNIMA, por favor sé lo más sincera posible.

01. Edad (años) :.....

02. Facultad *

- a) Ingeniería
- b) Ciencias Agrarias
- c) Arquitectura, Urbanismo y Artes
- d) Ciencias de la Comunicación
- e) Educación y Humanidades
- f) Derecho y Ciencias políticas
- g) Medicina Humana
- h) Ciencias de la Salud
- i) Ciencias Económicas

03. Ciclo de estudios

- a) IX
- b) X
- c) XI
- d) XII

16. Has tenido relaciones sexuales alguna vez en tu vida?. Si tu respuesta es negativa, por favor pasa al ítem DASS-TO que se encuentra luego de la pregunta 26.
- a) Si b) No
17. Edad de inicio de la primera relación sexual (en años).....
18. Qué método anticonceptivo utilizaste en tu primera relación sexual?
- a) Ninguno b) Preservativo c) Anticonceptivo oral
d) Anticonceptivo inyectable e) Otros
19. Qué método anticonceptivo es el que más utilizas en tus relaciones sexuales?
- a) Ninguno b) Preservativo c) Anticonceptivo oral
d) Anticonceptivo inyectable e) Otros
20. Cuantas parejas sexuales has tenido a lo largo de toda tu vida?.....
21. Cuantas parejas sexuales has tenido en este último año?.....
22. Cuantos hijos tienes actualmente?
23. Has tenido algún tipo de aborto a lo largo de tu vida?
- a) Si b) No
24. Alguna vez te has provocado un aborto?
- a) Si b) No
25. A qué edad ocurrió el aborto? (en años).....
26. Tenías una pareja estable en el momento del aborto?
- a) Si b) No

DASS-21

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

La escala de calificación es la siguiente:

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

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

La Escala DASS-21 que contiene 21 ítems, divididos en subescalas de siete parámetros, que evalúan depresión (Ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), siete evalúan ansiedad (Ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y siete que evalúan estrés (Ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). La escala Depresión evalúa disforia, desesperanza, devaluación de vida, auto depreciación, falta de interés / motivación e inercia. La escala Ansiedad evalúa activación vegetativa, los efectos del músculo esquelético, la ansiedad situacional, y la experiencia subjetiva de afecto ansioso. La escala de Estrés evalúa dificultad para relajarse, la excitación nerviosa, y ser fácilmente alterado / agitado, irritable / sobre-reactivo e impaciencia.

CLASIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD EN LA ESCALA DE DASS-21

1 Normal: 0-7	2 Medio: 8-9	3 Moderado: 10-14
4 Severo: 15-19	5 Muy severo: 20+	

PUNTAJE PARA DEPRESIÓN DE LA ESCALA DASS-21

1 Normal: 0-14	2 Medio: 15-18	3 Moderado: 19-25
4 Severo: 26-33	5 Muy severo: 34+	

PUNTAJE PARA DEPRESIÓN DE LA ESCALA DASS-21

1 Normal: 0-9	2 Medio: 10-13	3 Moderado: 14-20
4 Severo: 21-27	5 Muy severo: 28+	