

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN GESTANTES EN EL  
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA - 2020**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL DE SALUD PUBLICA Y COMUNITARIA**

**AUTORA:  
ELIA VIVIANA FERNANDEZ ACEVEDO**

**Callao, 2020  
PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTE
- DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJIA SECRETARIA
- MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE MIEMBRO

### ASESOR: DR. WILLIAM HOLDEN HORNA PIZARRO

Nº de Libro: 05

Nº de Acta: 135-2020

Fecha de Aprobación de tesis: 03/12/2020

Resolución de Decanato N° 585-2020-CF/FCS de fecha 26 de Noviembre del 2020, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## **DEDICATORIA**

A Dios por ser siempre mi guía en todo mi proceso de estudio.

A mis padres por regalarme la vida.

A mi amado esposo por ser siempre mi apoyo incondicional.

A mis hijos porque son mi fuente de inspiración.

**Viviana**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por todo lo que me ha regalado en la vida y permitirme culminar esta Segunda Especialidad en Salud Pública que servirá para mejorar y perfeccionar mi labor como Obstetra en las diferentes instituciones que vengo laborando.

Asimismo, escribir los agradecimientos a todas las personas que han sido parte de esta tesis, me resulta una larga tarea, puesto, que en el tiempo que se llevó a cabo estuvieron todas éstas brindándome su apoyo e interés y animándome a seguir por esta fascinante experiencia académica.

Sin embargo, sería injusto no dedicar unas palabras de agradecimiento a algunas personas en concreto.

A mi asesora, quien con su enorme sabiduría por la investigación me brindó su apoyo, entrega, rigurosidad en las revisiones y su tiempo invertido de manera permanente e incondicional para seguir avanzando esta maravillosa aventura de la Investigación; mil gracias por ser nuestra mentora.

De la misma forma, un eterno agradecimiento a la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional del Callao, por su compromiso de mejorar sustancialmente las capacidades científicas, académicas y profesionales, a través del programa de Segunda Especialidad en: Enfermería en Emergencias y Desastres. Finalmente, mis pensamientos quedan cortos para agradecer a todos aquellos que colaboraron en la realización de esta investigación.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>03</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>04</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>05</b>
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1. Descripción de la realidad problemática.	06
1.2. Formulación del Problema	07
1.3. Objetivos	08
1.4. Justificación	08
1.5 Limitantes de la Investigación	09
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes	10
2.2. Bases Teóricas	16
2.2.Bases Conceptuales	17
2.3. Definición de Términos básicos	25
<b>CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	
Hipótesis	27
3.2. Variables	27
3.3. Operacionalizacion de Variables	28
<b>CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
4.1. Tipo de Investigación	30
4.2. Diseño de la Investigación	30
4.3. Población y Muestra	30
4.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos	32
4.5. Procedimientos de Recolección de Datos	32
4.6. Procesamiento Estadístico y Análisis de Datos	33
<b>CAPÍTULO V: RESULTADOS</b>	
5.1. Resultados Descriptivos	34

<b>CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	
6.1. Contrastación de Hipótesis	39
6.2. Contrastación de los resultados con estudios similares	42
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>46</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>47</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>48</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>52</b>
• <b>Matriz de consistencia</b>	
• <b>Instrumentos validados</b>	
• <b>Consentimiento informado</b>	
• <b>Base de datos</b>	

## RESUMEN

La Depresión, según la OMS es uno de los trastornos más prevalentes en los adultos, afecta a más de 300 millones de personas en el mundo. Se caracteriza por sentimientos de tristeza, agobio, dolor, cambios en el sueño, apetito y cansancio. Se reconoce que el embarazo es un periodo de grandes cambios para la gestante y su familia, para algunas mujeres el periodo del embarazo puede incrementar la vulnerabilidad a la depresión. El presente trabajo tiene como objetivo establecer los factores asociados a la depresión en las gestantes del Hospital Santa María del Socorro Ica – 2020. Correspondiendo a un estudio de tipo correlacional y de corte transversal. Para obtener la información se utilizó un cuestionario de datos previamente diseñado y validado, los datos obtenidos fueron interpretados y analizados mediante la estadística descriptiva y Chi<sup>2</sup>. Los resultados muestran que de 96 gestantes, el 34% tienen Depresión. Siendo una patología infradiagnosticada, por lo tanto no tratada. Los Factores Sociodemográficos como el grado de instrucción secundaria y ser conviviente tuvieron relación significativa con la presencia de Depresión. Las gestantes de Nivel socioeconómico bajo y hogares disfuncionales son las que más Depresión; factores inherentes a nuestra sociedad que podrían explicar una mayor prevalencia de Depresión.

**Palabras clave:** Depresión en gestante, Factores Sociodemográficos y Factores Psicosociales.



## ABSTRACT

Depression, according to WHO is one of the most prevalent disorders in adults, affects more than 300 million people in the world. It is characterized by feelings of sadness, overwhelm, pain, changes in sleep, appetite and fatigue. It is recognized that pregnancy is a period of great changes for the pregnant woman and her family, for some women the period of pregnancy can increase vulnerability to depression. The present work aims to establish the factors associated with depression in pregnant women at Hospital Santa María del Socorro Ica - 2020. Corresponding to a correlational and cross-sectional study. To obtain the information, a previously designed and validated data questionnaire was used, the data obtained were interpreted and analyzed using descriptive statistics and Chi2. The results show that of 96 pregnant women, 34% have Depression. Being an underdiagnosed pathology, therefore not treated. Sociodemographic factors such as the degree of secondary education and being a partner were significantly related to the presence of Depression. Pregnant women with a low socioeconomic level and dysfunctional households are the ones with the most depression; Factors inherent in our society that could explain a higher prevalence of Depression.

**Key words:** Depression in pregnant women, Sociodemographic Factors and Psychosocial Factors.

## INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los trastornos más prevalentes en los adultos, y se estima que afecta a más de 300 millones de personas. Es una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo, manera de pensar y de concebir la realidad. Así mismo, altera el ciclo normal de sueño, vigilia y la alimentación, así como el sentido de autovalía y autoestima. Se caracteriza por sentimientos de tristeza, agobio y dolor, tiene una duración de por lo menos dos semanas continuadas y ocasiona también cambios en el sueño o en el apetito, cansancio, disminución de la libido y dificultad para concentrarse. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (1).

Se reconoce que el embarazo es un periodo de grandes cambios tanto para la gestante como para su familia. Se ha señalado que el embarazo es un estado de adecuada salud mental y emocional, y se lo ha propuesto como factor protector contra las alteraciones del estado de ánimo. Sin embargo, para algunas mujeres el periodo del embarazo puede incrementar la vulnerabilidad a enfermedades psiquiátricas como la depresión. Estudios longitudinales prospectivos han encontrado que el embarazo no es un factor protector contra nuevos episodios depresivos o las recaídas en una depresión preexistente (2).

La depresión figura entre los trastornos psiquiátricos más prevalentes en los adultos. La prevalencia de depresión mayor en mujeres en algún momento de su vida oscila entre 14 y 21 %. Se sabe que las mujeres presentan con más frecuencia trastornos del estado de ánimo, principalmente en la edad reproductiva, pudiendo ser la gestación y el post parto momentos de relevancia para su desarrollo debido a cambios fisiológicos, hormonales y psicológicos importantes (3).

# CAPÍTULO I

## Planteamiento del Problema

### 1.1. Descripción de la realidad problemática.

La depresión es la morbilidad psiquiátrica más habitual durante el embarazo y en la etapa posparto. Los trastornos depresivos continúan siendo un problema de salud pública que han aumentado durante las últimas décadas, ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta especialmente a la población femenina, y alrededor del 20 al 40% de mujeres desarrollan depresión durante el embarazo, o en el posparto, en los países en vías de desarrollo (4).

La relación entre una mujer embarazada y su feto en desarrollo es posiblemente la relación más seria y abrumadora pero desconcertante de todas las relaciones humanas. El embarazo implica cambios fisiológicos, hormonales y psicológicos que podrían aumentar la probabilidad de cambios mentales y emocionales que resultan en depresión, ansiedad o angustia psicológica en la madre embarazada (5)

Los programas de salud materno infantil en los países en desarrollo se centran comúnmente en mejorar el estado nutricional y se le da menos importancia a la salud mental y emocional de una mujer durante y después del embarazo (6, 7). La mala salud mental de la mujer durante el embarazo podría tener profundas consecuencias para la madre y su hijo en términos de resultados adversos del embarazo y desarrollo de la descendencia (8, 9, 10, 11).

La mayoría de los datos existentes, la investigación y las políticas de práctica con respecto a los trastornos mentales perinatales se centran en el período posnatal y hay menos depresión relacionada con la investigación durante el embarazo (12,13). La depresión es el problema psicológico más común que afecta a una mujer en todo el mundo durante el período perinatal (6, 13). Se sabe que alrededor del 15% de las mujeres están

deprimidas en algún momento de su vida y más predominantemente durante el embarazo y después del parto<sup>14</sup>. El riesgo de depresión prenatal aumenta significativamente a medida que avanza el embarazo y los síntomas depresivos clínicamente significativos son comunes en el segundo y tercer trimestres<sup>15</sup>. Las tasas de prevalencia de la depresión prenatal difieren entre países de ingresos altos, medios y bajos. Aunque la depresión prenatal es un importante problema de salud pública, la mayoría de los estudios relacionados con la depresión materna se centran en la depresión posparto y sus resultados; Por lo tanto, hay escasez de investigación sobre la depresión durante el período prenatal, especialmente en países en vías de desarrollo (13). La importancia de la detección de la depresión durante el embarazo es que la depresión prenatal, si no se trata y diagnostica temprano, puede continuar como depresión posnatal más adelante y también podría tener una influencia adversa en los resultados del nacimiento y el desarrollo de la descendencia (16).

Cuando hablamos de factores asociados a la depresión nos referimos a todas aquellas características asociadas al aumento de la probabilidad de que aparezca el evento enfermedad, se comprometa la salud, calidad de vida o la vida, sin implicar una relación causa-efecto ni la dirección de la misma. Sin embargo, dentro de estos factores de riesgo también deben estar incluidos los factores sociales como inadecuado ambiente familiar, bajo nivel escolar, violencia sexual, entre otros, y también factores de carácter psicológico tales como la depresión de las pacientes, ya que estas afectan de igual manera al bienestar materno perinatal (17).

## **1.2. Formulación del problema:**

De lo sustentado en los párrafos anteriores se tiene los siguientes problemas:

### **1.2.1. Problema general:**

¿Cuáles son los factores asociados a la depresión en gestantes del Hospital Santa María del Socorro Ica -2020?

### **1.2.2. Problemas específicos:**

- ¿Cuáles son los factores psicosociales asociados a la depresión en gestantes en el Hospital Santa María del Socorro Ica – 2020?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas asociadas a la depresión en gestantes en el Hospital Santa María del Socorro Ica – 2020?

## **1.3. Objetivos de la Investigación**

### **1.3.1. Objetivo general:**

- Establecer cuales son los factores asociados a la depresión en las gestantes del Hospital Santa María del Socorro Ica – 2020.

### **1.3.2. Objetivos específicos:**

- Determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en gestantes en el Hospital Santa María del Socorro Ica – 2020.
- Determinar las características sociodemográficas asociadas a la depresión en gestantes en el Hospital Santa María del Socorro Ica – 2020.

## **1.4. Justificación:**

Se realizó una investigación sobre una entidad poco estudiada en nuestro medio debido a las características complejas tanto de la paciente gestante como a las limitaciones técnicas y metodológicas del personal de salud como la de contar con un instrumento validado que haya sido demostrado ser útil para nuestra población.

De esta forma se pretende contribuir a ampliar los conocimientos que se tienen respecto a la presencia de la depresión en las pacientes gestantes, la cual no ha sido adecuadamente descrita en nuestro medio.

Nuestra investigación por ser original permite aportar información teórica que posteriormente puede servir de fuente para futuros estudios relacionados con el tema de fondo.

## **1.5. Limitantes de la investigación**

Las limitaciones que se encontraron en esta investigación fueron:

### **Limitante teórica:**

Poca bibliografía acerca de la investigación en las diferentes bibliotecas de la ciudad, esto fue resarcido por la biblioteca virtual a la cual accedí para realizar esta investigación.

### **Limitante temporal**

En estos tiempos realizar las encuestas fue un trabajo un poco tedioso para las pacientes, puesto que las gestantes acudían a sus controles prenatales, los tiempo prolongados de espera en el hospital y muchas manifestaban encontrarse algo cansadas.

### **Limitante espacial**

La realización del presente trabajo tuvo una limitación con las encuestadas debido a que ocasionalmente no lograron contestar con veracidad y entendimiento los diversos ítems planteados por la encuesta.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

De la revisión minuciosa que se tuvo acceso a los diferentes antecedentes que servirán como defensa de esta investigación, se tiene lo siguiente:

##### 2.1.1 Antecedentes internacionales:

**Silva y Colaboradores (2016)** publica su estudio realizado en Brasil, sobre depresión en el embarazo. Prevalencia y factores asociados, la depresión estaba presente en el 14.8% de las mujeres embarazadas, siendo más frecuente en el segundo trimestre. La depresión en el embarazo se asoció significativamente con el número de embarazos. A su vez, se relacionó con otros factores como el apoyo familiar, la cantidad de cigarrillos fumados por día, el consumo de alcohol, el uso de medicamentos diarios, antecedentes de trastorno mental, la presencia de eventos marcantes en los últimos 12 meses y la historia de la violencia doméstica. Concluyendo que la evaluación de la depresión es un trastorno común en el embarazo y el riesgo es mayor entre las primigestas, que consumen alcohol, usan diariamente medicamentos, tienen una historial de trastorno mental, y que en los últimos 12 meses y han sufrido violencia doméstica. El conocimiento de los factores asociados a su aparición permite la adopción temprana de intervenciones para controlar la salud mental de las mujeres durante el embarazo al impedir que éste y otros trastornos puedan afectar su desarrollo normal y el posterior parto (18).

**Hui-Chun Huang y colaboradores (2017)**, hicieron un estudio “Resultados obstétricos en mujeres asiáticas embarazadas con y sin depresión: comparación poblacional, se identificaron a 5.064 mujeres con depresión durante el embarazo en 2005–2013, aproximadamente el 20% de las mujeres embarazadas informaron tener trastornos

depresivos y 20.024 mujeres embarazadas sin depresión, frecuencia emparejada por edad, año de embarazo y paridad. Se evaluaron los eventos obstétricos durante el embarazo y los partos. El grupo de depresión tuvo más eventos que comparaciones para hiperémesis (39.3 frente a 35.5%), aborto (3.3 frente a 2.6%), mala presentación (12.3 frente a 10.3%), cesárea (40.2 frente a 34.6%) y muerte fetal intrauterina (0,7 frente a 0,4%); Los riesgos de estos eventos fueron significativos para las mujeres deprimidas en edad fértil, no para el subgrupo de más de 35 años. Estas incidencias fueron más altas en las mujeres deprimidas que tomaban antidepresivos que en las que no recibieron el medicamento, pero fueron significativas en el subgrupo deprimido en edad fértil para hiperémesis y cesárea con odds ratio de 1,18 (intervalos de confianza (IC) del 95%, 1,02-1,36) y 1,29 (95 % CI, 1.11–1.49), respectivamente. Los nacimientos prematuros incidentes y de bajo peso al nacer también fueron más altos en el grupo de depresión que en las comparaciones, pero no fueron significativos. En conclusión, las mujeres con depresión durante el embarazo pueden desarrollar más eventos adversos que las comparaciones y tuvieron más probabilidades de tener un parto por cesárea (19)

**Nájera Marcos y colaboradores (2017)**, en su estudio sobre “Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva”, encuentra una prevalencia en Europa entre el 6 y 38% y entre 16 -18% en España, la depresión perinatal es una enfermedad de alta prevalencia y atajarla desde su origen, partiendo de estudios de sus factores de riesgo, buenos cribados para asegurar que no queda desapercibida e intervenciones psicoeducativas con elementos cognitivos-conductuales, constituye un importante desafío para la sociedad. Desde la sanidad pública se tiene que actuar responsablemente para frenar su avance y mitigar las consecuencias personales, familiares y socioeconómicas que de ella se derivan. Se requiere una mayor implicación e inversión en prevención, adecuando los protocolos de actuación de nuestros hospitales a las recomendaciones internacionales. Es importante insistir en que tanto la



depresión prenatal como la depresión posparto son trastornos temporales con tendencia a la cronicidad. Pese a que sin tratamiento sus síntomas y consecuencias pueden prolongarse durante semanas, meses o incluso años, se estima que sólo un 23% de las mujeres afectadas reciben asistencia psicológica (20)

**Martínez-Paredes y colaboradores**, publica en Colombia, el 2017, un artículo de revisión sobre Depresión en el embarazo, se utilizaron las bases de datos PubMed y LILACS para la búsqueda de manuscritos; de 223 artículos, 55 cumplían los criterios de inclusión. Resultados: En Sudamérica se registra una prevalencia de aproximadamente el 29%. Los factores de riesgo con mayor significación son el abuso sexual, la edad temprana al embarazo y la violencia intrafamiliar. Por ello, el diagnóstico temprano favorece la disminución en las conductas de riesgo, los trastornos del neuro desarrollo fetal y los resultados obstétricos. Se concluye que la depresión en el embarazo es una afección frecuente; no obstante, se presenta subregistro por la atribución de los síntomas a la gestación misma. Se recomienda el uso de antidepresivos como los inhibidores de la recaptación de serotonina, especialmente la fluoxetina, que no se ha relacionado con teratogenicidad, además de la implementación de tratamiento no farmacológico como psicoterapia, mindfulness y ejercicio aeróbico. La sensibilización del personal de salud permitirá el diagnóstico y el tratamiento adecuados de esta enfermedad (21).

**Olanike Busari y colaboradores (2018)**, reportaron un estudio realizado en Nigeria, "Prevalencia y factores asociados de ansiedad y Depresión entre mujeres embarazadas", Este estudio examinó la prevalencia de ansiedad y depresión y sus factores asociados, incluida la violencia doméstica, entre las embarazadas. Mujeres que asisten a atención prenatal en el hospital estatal Moniya, estado de Ibadan Oyo. El estudio adoptó un diseño de investigación transversal. El 22 % de las mujeres encuestadas estaban deprimidas. La angustia psicológica se asoció con el desempleo del esposo ( $p = 0.035$ ), pobreza ( $p = 0.029$ ), estudios superiores ( $p = 0.005$ ), estudios primarios ( $p = 0.006$ )

embarazo no deseado ( $p < 0,001$ ). Los factores más fuertes asociados con la depresión fueron el maltrato verbal; 45% de las mujeres que eran física y / o sexualmente abusadas y el 21% de las personas con maltrato verbal tenían depresión en comparación con el 43% de los que no fueron abusados (23).

**Hamel y colaboradores (2019)**, publicaron la una revisión sistemática sobre “Detección de la depresión en mujeres durante el embarazo y en la población adulta en general”, la prevalencia del período de depresión mayor durante el embarazo (concepción hasta el nacimiento) fue del 12,7% (IC del 95%: 7,1-20,4%). Sin embargo, esto se basa en un estudio primario. La prevalencia del período desde el nacimiento hasta los 3 meses posparto fue del 7,1% (4,1–11,7%). Un estudio reciente de EE. UU. En el que se entrevistó a mujeres y se realizó un diagnóstico utilizando los criterios DSM-IV, encontró que la prevalencia de Depresión era del 8,4% entre las mujeres que estaban embarazadas o que habían estado embarazadas en los últimos 12 meses, 9.3 % entre mujeres posparto y 8.1% entre mujeres no embarazadas (24).

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

**Bedoya (2015)** en el estudio titulado “Frecuencia y factores asociados a la depresión en gestantes que acuden a la Microred Generalísimo San Martín del MINSA, Arequipa, 2015”, cuyos objetivos fueron cuantificar la frecuencia de depresión en gestantes que acuden a los establecimientos del MINSA y determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y psicológicos con la depresión en gestantes. Entre los meses de marzo y abril del 2015 se realizó una encuesta supervisada a gestantes que acudían a los establecimientos pertenecientes a la Micro-red de Salud de Generalísimo San Martín del distrito de Mariano Melgar (Arequipa), aplicando una ficha de datos sociodemográficos y psicológicos y la escala de depresión de Edimburgo (EPDS). De las 80 participantes, el 47,50% tuvieron depresión. Según el análisis bivariado tuvieron influencia la edad,

donde el 70 % de adolescentes presentaron depresión seguida de las gestantes añosas con el 50%; el no planificar su embarazo con 68,09%, el antecedente de violencia física (100%), el antecedente de violencia psicológica (68,42%), la falta de apoyo emocional de la pareja (100%), una regular relación con la pareja (100%) y una regular relación con la familia (72%) (26)

**Tirado L. Chiclayo (2016)** en el trabajo titulado “Frecuencia de depresión en mujeres gestantes y factores asociados en el Centro de Salud del Distrito de Morrope en el periodo de Julio a noviembre 2016”; con el objetivo de estimar la frecuencia de depresión en mujeres gestantes y estudiar los factores psicológicos y sociales asociados a éste. Estudio observacional transversal en el que se incluyeron 108 gestantes que acudían al Centro de Salud del distrito de Morrope. Se registraron los datos generales y se les aplicó un formulario de factores psicológicos y sociales, cuestionario de medición de nivel socioeconómico y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). Resultados: La frecuencia estimada de riesgo de depresión en las pacientes gestantes fue 30.56%. En cuanto a la frecuencia determinada por trimestre gestacional se obtuvo que el 54.55% de las embarazadas con riesgo de depresión se encontraban en el segundo trimestre. Los factores asociados independientes para riesgo de depresión fueron relación regular familiar (RP: 3.45; IC 95%: 5.66 – 2.11;  $p < 0.001$ ), relación regular con la pareja (RP: 3.94; IC 95% 6.24 – 2.49%;  $p < 0.001$ ) y el antecedente de violencia psicológica (RP: 2.84; IC 95%: 4.87 -1.66;  $p < 0.001$ ) (27).

**Alvarado M, Mundaca A. Chiclayo (2016)** en el estudio titulado “Nivel de depresión en gestantes atendidas en un Centro de Salud de la ciudad de Chiclayo, Julio- Agosto, 2016” cuyo objetivo fue determinar el nivel de depresión en gestantes atendidas en un centro de salud, trabajaron con 100 gestantes de edades de 15 a 37 años de edad, con un periodo de gestación del primero al octavo mes de con diverso estado civil (solteras, convivientes y casadas). Se aplicó el inventario de depresión de Beck (0,76 – 0,95 alfa de cronbach),

aplicándose estrategias para salvaguardar la ética y el rigor científico. Encontraron que la mayoría de las gestantes (58%) no presenta depresión, con respecto al estado civil son las gestantes solteras que presenta depresión severa (4.7%), depresión moderada (52.38%) según su edad las gestantes de 15 a 22 años presentan depresión severa (16%) y moderada (24%) en función al trimestre de gestación en su primer y tercer trimestre tienen depresión severa (16% y 11% respectivamente), depresión moderada (19.35% y 20.59%) en el primer y tercer trimestre. Estos resultados en general revelan que el 19% de gestantes presentan depresión, moderada, y un 12% presenta depresión severa, y un 11% depresión leve, por ello se requiere realizar con los gestantes talleres de prevención contra la depresión durante sus controles prenatales fortaleciendo la confianza en sí mismas y preparándolas para la llegada de su bebé para que no lleguen al final de su embarazo ansiosas y nerviosas (28).

**Sarmiento S. (2018)** realizó un estudio titulado “Factores de riesgo asociados a la depresión en gestantes que se atienden en el Centro de Salud San Vicente, período 2017” cuyo objetivo de la investigación fue determinar los factores de riesgo asociados a la depresión en gestantes en un estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal y diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 166 gestantes de diferentes edades. Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Edimburgo durante el embarazo y el cuestionario de recolección de datos para identificar factores de riesgo. Encontrando que el índice de prevalencia es de 44% con factores psicosociales y factores sociodemográficos que constituyen más del 50%, hubo asociación entre la depresión y los factores de riesgo sociodemográficos, como la edad, pues afectó más al grupo etario de gestantes de 18-25 años en 49.3%, estado civil conviviente en 52.1%, grado de instrucción secundaria en 61.6%, ocupación desempleada en 53.4 %, procedencia de la costa en 54.8% y en cuanto a los factores psicosociales se encontró asociación con el apoyo familiar de la gestante en 60.3% embarazo no planificado en 75.3%, inestabilidad

económica en 52.1%, no violencia doméstica en 50.7%, la regular relación de pareja en 58.9%, otras complicaciones del embarazo en 32.9% y embarazo no deseado por la pareja en 41.1%(29).

**Choque A. Luz G. (2019)** hizo un estudio en Arequipa sobre Factores Relacionados a algunas características depresivas en gestantes del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa Llerena, se evaluó una muestra no probabilística de 118 gestantes, El 55.90% de las gestantes tenía 20 a 30 años de edad, 78.80% se dedicaban a la atención de su hogar, 57.60% tenían instrucción secundaria. El 33.90% de la población estudiada presentó características depresivas. El 35.50% de las gestantes que se dedican a su casa padecían de características depresivas ( $P>0.05$ ), así como 48% de las gestantes con nivel de instrucción superior ( $P<0.05$ ) y 36.30% de gestantes con estado civil conviviente ( $P>0.05$ ), 18.80% de gestantes con antecedentes de aborto anterior ( $P>0.05$ ); el 48.10% de gestantes que se encontraban en el 2do trimestre de embarazo ( $P<0.05$ ), 73.10% de gestantes con nivel socioeconómico bajo ( $P<0.05$ ) y 69.20% de gestantes que referían tener familia disfuncional ( $P<0.05$ ). Conclusiones: Se encontró que el nivel de instrucción secundaria, el estado civil soltera, el antecedente de aborto anterior y a la vez la condición socioeconómica baja se asocia a características depresivas en las gestantes. (30)

## **2.2. Bases teóricas**

Para muchas mujeres el embarazo puede ser una etapa maravillosa mientras que para otras puede significar un período de angustia y depresión difícil de sobrellevar. Según las últimas investigaciones el 10% de las mujeres embarazadas sufren de depresión, especialmente entre las semanas 6 y 10 del embarazo y durante el tercer trimestre, cuando el cuerpo se prepara para el parto y el nacimiento del bebé. Se estima que el 50% de las mujeres que sufren de depresión durante el embarazo desarrollarán depresión postparto, pero este número se reduce a menos

del 2% si se efectúa un tratamiento psicoterapéutico adecuado durante este período (31).

Se piensa que en la etiología de la depresión confluyen factores neurobiológicos y ambientales combinados con una predisposición genética. La evidencia sugiere que el trastorno depresivo está relacionado con la respuesta del cerebro al estrés donde los niveles de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) se encuentran incrementados. Esta hormona es la principal reguladora del eje sistema límbico-hipotalámico-pituitario-adrenal (LHPA). Disturbios en el sistema serotoninérgico 5HT1a y 5HT2a, y en el eje LHPA han sido identificados como una alteración neurológica consistente asociada a enfermedades con cambios del humor. Durante la gestación, existen grandes cambios hormonales. Los niveles de progesterona, estradiol, CRH, corticotropina y cortisol se incrementan con la progresión del embarazo. CRH y estrógenos son los principales reguladores del eje LHPA, y causan incremento de la estimulación de corticotropina y consecuentemente el incremento de la secreción de cortisol y glucocorticoides por la corteza adrenal. Al final de la gestación, los niveles de CRH se incrementan y, por este hecho, la secreción placentaria de CRH se eleva en respuesta a la elevación de los niveles del cortisol. Los niveles elevados de cortisol inhiben la síntesis y acciones del estradiol. Los niveles bajos de estradiol del plasma se han asociado a tentativas de suicidio en mujeres no gestantes. Los efectos potencialmente patógenos del incremento hipotalámico del CRH incluyen la depresión melancólica, trastornos alimenticios, y el alcoholismo crónico. Además, se cree que la norepinefrina inhibe o estimula una variedad de respuesta tales como la ansiedad, agresividad, estrés y el patrón del sueño. La serotonina está relacionada en la regulación de las emociones y el control de las actividades básicas como el comer, dormir, dolor. Se cree que la depleción de estos neurotransmisores lleva a la depresión (32).

### **2.3. Bases conceptuales**

**El embarazo.** El embarazo son los 9 meses durante los cuales el feto se desarrolla dentro del útero materno, desde la fecundación hasta el parto;

siendo para la mayoría de gestantes una etapa de mucha felicidad. Sin embargo, durante el embarazo, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos sanitarios. Por este motivo, es importante que el seguimiento del embarazo sea realizado por personal sanitario calificado (33).

El embarazo es un proceso muy especial que puede causar gran satisfacción, especialmente cuando es un embarazo deseado y planeado. Se trata de una etapa de muchos cambios: no sólo se modifica el cuerpo de la mujer (por dentro y por fuera), sino también su sensibilidad, es frecuente que el estado de ánimo se altere sin mayores “razones”. Aunque el embarazo no es una enfermedad, trae como consecuencia muchos cambios que demandarán cuidados especiales para garantizar el bienestar de la mujer. Durante el embarazo la mujer, la pareja y la familia tienen muchas expectativas acerca del bebé: cómo será, a quién se parecerá, si será varón o mujer, también se puede sentir temor por el bienestar del feto, especialmente cuando es el primer bebé, por lo que cualquier mujer embarazada puede tener días de depresión, ansiedad y confusión. Durante el embarazo, la mujer tiene mayor necesidad de afecto y es importante que pueda expresar ese deseo de sentirse cuidada, de esta manera sufrirá menos molestias y le resultará más fácil cuidarse y cuidar su embarazo. Aunque el embarazo se desarrolla en el cuerpo de la mujer, es un proceso que involucra a su pareja, a su familia y a su entorno, todos deben ayudar a cuidar a la mujer para que transcurra este acontecimiento de la forma más placentera y saludable (34).

El embarazo de los seres humanos dura aproximadamente 40 semanas, contando a partir de la fecha de la última menstruación. Existen, básicamente tres etapas del embarazo, denominadas primer, segundo y tercer trimestre, en los cuales se suceden muchos cambios en el cuerpo de la mujer y por supuesto, en el desarrollo del feto (35).

Primer trimestre: En las primeras etapas del embarazo, la mujer sufre cambios hormonales muy importantes, que pueden provocar diversos síntomas, entre los cuales cabe destacar:

- Sensación de fatiga extrema.
- Náuseas y/o vómitos, especialmente por la mañana.
- Sensibilidad e hinchazón en los senos.
- Cambios de humor.
- Acidez estomacal.
- Estreñimiento.
- Antojo o rechazo por determinados alimentos.

Algunas mujeres pueden presentar muchos de los síntomas mencionados, mientras que otras no sienten ningún tipo de molestias en las primeras etapas del embarazo. Al mismo tiempo, el bebé se desarrolla rápidamente, su corazón comienza a latir, su cabeza, sus brazos y piernecitas crecen, y hacia el final del primer trimestre, ya puede conocerse el sexo del bebé (36).

Segundo trimestre: De las diferentes etapas del embarazo, ésta es muchas veces la más llevadera, ya que en general se sienten menos molestias. Es probable que las náuseas desaparezcan, el cuerpo se habitúa al cambio hormonal y el abdomen comienza a crecer. El bebé continúa desarrollándose, se forman muchos de sus órganos internos; la madre puede notar algunos movimientos del bebé, que ya es capaz de succionar, rascarse, oír y tragar (36).

Tercer trimestre: Es la última de las etapas del embarazo: el bebé crece aceleradamente, acumula tejido graso y el útero, muy distendido, comienza a hacer presión sobre la vejiga y el estómago. Así, es posible que la madre tenga que comer porciones reducidas y necesite orinar con mayor frecuencia. Con el aumento del peso abdominal pueden aparecer algunos dolores en el hueso púbico, la zona lumbar o la ingle. El bebé ya patea con fuerza, aunque en las últimas semanas ya no tendrá mucho espacio para moverse. Los pulmones completan su desarrollo y a partir de la semana 37, el bebé está listo para nacer (36).

**La Depresión.** La depresión es un trastorno caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), cansancio o fatiga, que



empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren (37).

### **Etiología de la Depresión:**

La depresión es un trastorno de etiología no conocida. Se ha demostrado la naturaleza biológica con carga hereditaria sin mediar estresores descompensadores en grupos de pacientes, hay evidencia de alteraciones en los neurotransmisores cerebrales: serotonina, noradrenalina y dopamina principalmente, como factores predisponentes. Como factores determinantes: aspectos relacionados con la incorporación de figuras significativas en la niñez dentro o fuera de la familia. Existen factores desencadenantes que producen un quiebre emocional, los más comunes: maltrato persistente, abuso sexual, pérdida de un ser emocionalmente cercano, pérdidas materiales, entre otros (37).

### **Fisiopatología de la Depresión:**

Se ha formulado que distintas circunstancias de naturaleza fisiológica pueden influir sobre los pacientes y, a través de la modificación del funcionalismo neurofisiológico y bioquímico, son capaces de determinar cambios que darán lugar a la manifestación de síntomas depresivos. De hecho, existe un volumen importante de hallazgos que han sido implicados en la fisiopatología de la depresión. Sin embargo, y al igual que ocurre con el tema de la etiopatogenia, no hay una definición clara de la situación. Durante las tres últimas décadas se ha prestado una importante atención al estudio de los aspectos biológicos de la depresión como:

- La presencia de un patrón distintivo de síntomas y signos (alteraciones del sueño, apetito, disminución de la libido, etc.) que sugieren que estos síntomas neurovegetativos pueden ser debidos a una alteración de la función en el cortex prefrontal, diencéfalo y del sistema límbico.
- La respuesta a los tratamientos somáticos tales como antidepresivos y terapia electroconvulsiva, así como las observaciones de que la depresión puede ser por medicaciones. De todos modos conviene

señalar que la identificación de una alteración biológica no prueba necesariamente que exista una relación causal con la depresión (37).

### **Síntomas de la Depresión:**

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (2009) y CIE 10, no todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular. Los síntomas son:

- Síntomas persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimiento de culpa, inutilidad, impotencia.
- Irritabilidad, inquietud.
- Pérdida de interés de actividad y pasatiempo que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales.
- Fatiga o falta de energía.
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones; insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado.
- Comer excesivamente o perder el apetito.
- Pensamientos suicidas o intentos suicidios.
  - Dolores y malestares persistentes y malestares persistentes; dolores de cabeza, cólicos, problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento (31).

### **Factores asociados a la depresión en gestantes**

#### **a) Factores Sociodemográficos:**

La carencia de estabilidad y/o afectividad puede desencadenar la aparición de la depresión en la infancia o en la adolescencia. Una familia coherente y comunicativa minimiza los factores de riesgo, mientras que las familias rígidas y desavenidas son más proclives a las depresiones. Entre estas últimas figuran los casos de inestabilidad emocional de los padres especialmente de la madre, ya que la depresión materna es un elemento importante en la predicción de la

depresión del niño. Y también en las familias desavenidas, con continuos problemas y discusiones; en las familias separadas, aunque en este caso los niños tienden a asumir esta nueva situación al cabo de un año, si sus padres mantienen una buena relación tras la separación (37).

Una sólida red de soporte social es importante para la prevención y recuperación de la depresión. El soporte de la familia y amigos ha de ser saludable y positivo; un estudio de mujeres deprimidas demostró, sin embargo, que los padres tanto sobreprotectores como muy distantes estaban asociados a una recuperación lenta de la depresión. Los estudios indican que las personas con creencias profundas tienen un menor riesgo de depresión. Esta fe no requiere una religión organizada. Las personas con depresión deberían encontrar consuelo en fuentes menos estructuradas, tales como las que enseñan meditación u otros métodos para obtener auto realización espiritual constituyen parte de esta red de soporte social para la depresión.

Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales (37).

La edad temprana o tardía de la madre, tanto por la interrupción del crecimiento personal, como por la falta de experiencia que permita afrontar las nuevas demandas de rol (38).

Datos respecto a América Latina muestran que en el año 2008, se estimó que existían alrededor de 29 millones de adolescentes en la

subregión andina de los cuales 14,5 millones (51 %) son hombres y 14 millones (49 %) son mujeres. Los subgrupos de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, representan cada uno la mitad de la población adolescente de la subregión. Dado que la subregión se encuentra en una fase moderada a intermedia de la transición demográfica, su población es predominantemente joven, con participaciones mayoritarias de los grupos de niños (20,4 %) y de adolescentes (19,6 %), que en conjunto representaban un 40 % de la población total de la subregión (38).

El estado civil, el nivel de estudios, la situación económica, y la situación laboral de ambos cónyuges son variables que se han estudiado en relación a depresión en gestantes. La frecuencia de depresión puede ser mucho mayor en mujeres que están expuestas a más factores de riesgo, como por ejemplo: vivir en condiciones de pobreza, cuidar de otros hijos pequeños en casa y ser madres solteras. Lo mismo se ha encontrado en países del “tercer mundo”, donde hay una prevalencia endémicamente alta de pobreza y muchos otros factores de riesgo adicionales (26).

Factores sociales como la urbanización, la pobreza y los cambios tecnológicos se han asociado con el desarrollo de trastornos mentales y conductuales. Un modelo propuesto por la OMS destaca que en un sentido amplio la pobreza se refiere a la carencia de recursos sociales (empleo, vivienda) y educativos. Las personas pobres y con grandes carencias tienen las más altas prevalencias de trastornos mentales y conductuales. La OMS considera que hay dos mecanismos por los que se da esta mayor prevalencia: el primero, debido a la mayor presencia de agentes causales; y el segundo, a que las personas con trastornos mentales caen en los estratos más pobres. El curso de la enfermedad mental también se ve afectado por el estatus socioeconómico del individuo. Esto puede deberse a la carencia de servicios de salud mental, junto con las barreras que tienen algunos grupos de cierto nivel socioeconómico para acceder a ellos. Las poblaciones que viven en circunstancias socioeconómicas de pobreza están en mayor riesgo de

presentar problemas de salud mental, sufrir de depresión y gozar de un bienestar subjetivo inferior. Otros macro factores tales como la migración a áreas urbanas, la discriminación racial y la inestabilidad económica han sido vinculados con mayores niveles de sintomatología psiquiátrica y morbilidad psiquiátrica (26).

**Factores psicosociales:**

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera (25):

- a. Sociedad represiva: la cual niega la sexualidad considerándola peligrosa en la conducta humana. Promoviendo que la manifestación de la sexualidad sea fuente de temor, angustia y culpa. Y aceptándola solo como fin procreativo.
- b. Sociedad permisiva: tolera ampliamente la sexualidad con algunas prohibiciones formales como la homosexualidad. Es un tipo social común en países desarrollados.
- c. Sociedad alentadora: no solo tolera, sino se le da una importancia agregada al sexo y sus manifestaciones como parte fundamental en el desarrollo de la persona y su felicidad.
- d. Sociedad restrictiva: a diferencia de la sociedad represiva acepta la sexualidad pero con limitaciones y diferencias respecto al género de la persona. Siendo la más común de las sociedades en el mundo.

Dentro de un enfoque sistémico, la familia es uno de los microambientes donde permanece la gestante y que por lo tanto, es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable. Este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. Se ha considerado a la familia como un sistema funcional cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar y la crisis por la que pueda atravesar. La familia es una unidad psicosocial sujeta a la influencia de factores socioculturales protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en

situaciones de crisis o en patrones disfuncionales. Es uno de los factores protectores cuando funciona en forma adecuada, por lo tanto, es uno de los focos de la prevención primordial y primaria (39).

El MINSA considera que uno de los lugares donde se debe realizar las acciones de promoción de la salud de las y los adolescentes es “la familia”; que es la primera instancia llamada a contener, apoyar y promover la salud de sus miembros y desde la cual se debe fortalecer la construcción de entornos saludables. La disfunción familiar puede manifestarse por medio de síntomas en sus integrantes como depresión en el adulto, lesión física en la esposa, síntomas somáticos en los adultos o niños, problemas de conducta o trastornos de simulación en los adolescentes y siempre que estos aparezcan deben ser tomados como un indicador de disfunción familiar (37).

#### **2.4. Definición de términos básicos**

##### **Gestación:**

Es el tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, durante el cual en la cavidad uterina se forma y desarrolla un nuevo ser. Duración: 280 días, 40 semanas, ó 9 meses y 10 días del calendario contando a partir del 1er día de la última menstruación. Como consecuencia casi todos los órganos, aparatos y sistemas de la gestante experimentan modificaciones anatómicas y físicas que se revierten en el puerperio (37).

##### **Depresión:**

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), puede dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio, o bien puede requerir medicamentos y psicoterapia profesional cuando tiene carácter moderado o grave". Pesar

de ser un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo (33).

### **Depresión en el Embarazo:**

Se reconoce que el embarazo es un periodo de grandes cambios tanto para la gestante como para su familia. Se ha señalado que el embarazo es un estado de adecuada salud mental y emocional, y se lo ha propuesto como factor protector contra las alteraciones del estado de ánimo. Sin embargo, para algunas mujeres el periodo del embarazo puede incrementar la vulnerabilidad a enfermedades psiquiátricas como la depresión. Estudios longitudinales prospectivos han encontrado que el embarazo no es un factor protector contra nuevos episodios depresivos o las recaídas en una depresión preexistente (21).

### **Factores Asociados:**

Entendemos por factores asociados a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes o intervinientes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados y ser responsables de la variación o de los cambios observados (30).

## CAPÍTULO III

### HIPÓTESIS Y VARIABLES

#### 3.1. Hipótesis

##### 3.1.1. Hipótesis general:

- Existen factores asociados a la depresión en las gestantes del Hospital Santa María del Socorro Ica – 2020.

##### 3.1.2. Hipótesis específicas:

- Existe una relación directa y significativa entre los factores psicosociales asociados para depresión en gestantes en el Hospital Santa María del Socorro Ica – 2020.
- Existe una relación directa y significativa entre las características sociodemográficas asociadas a la depresión en gestantes en el Hospital Santa María del Socorro Ica – 2020.

#### 3.2. Variables de la investigación

**Variable 1:** Factores asociados a la depresión en las Gestantes del Hospital Santa María del Socorro.

**Variable 2:** Depresión en gestantes



### 3.3 Definición conceptual de variables

#### 3.3.1 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Ítems	Escala
Factores sociodemográficos	Los aspectos sociodemográficos constituyen factores como poblaciones con menor nivel socioeconómico, carencias en la condiciones básica para sobrevivir (agua potable y saneamiento, sexo inseguro y malnutrición); estilos de vida y factores hereditarios.	Codificar y luego obtener resultados en de variables discretos y continuos.	Factores sociales	Etapa de vida	Cuál es la edad de la gestante	a) Adolescente (12- 17 años). b) Joven (18-29 años) c) Adulto (30-59)
				Número de gestaciones	Cuántos embarazos tuvo la gestante	a) Primigestas (0 hijos) b) Multigestas (2 a más hijos)
			Factor educativo	Nivel de instrucción.	Hasta que nivel estudio usted La paciente realizo estudios	a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Superior
			Factores económicos	Edad gestacional	Cuántos meses de embarazo presenta Usted	a) I trimestre b) II trimestre c) III trimestre

Factores Psicológicos	Se definen así a los factores externos que influyen en la aparición de la Depresión durante el periodo de la gestación	Codificar y luego obtener resultados en datos de variables discretos y continuos.	Métodos y procedimientos	Test de APGAR Familiar	<p>¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene problemas?</p> <p>¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?</p> <p>¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?</p> <p>¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasa juntos?</p> <p>¿Siente que su familia le quiere?</p>	Escala de Likert Ordinal
Depresión	Trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración	Codificar y luego obtener resultados en datos de variables discretos y continuos.	Escala de Depresión de Edimburgo para embarazo y post parto	<p>He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:</p> <p>He mirado el futuro con placer:</p> <p>Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien</p> <p>He estado ansiosa y preocupada sin motivo:</p> <p>He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:</p> <p>Las cosas me oprimen o agobian</p> <p>Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir</p> <p>Me he sentido triste y desgraciada:</p> <p>He sido tan infeliz que he estado llorando</p> <p>He pensado en hacerme daño a mí misma</p>	<p>0 No, para nada</p> <p>1 Casi nada</p> <p>2 Sí, a veces</p> <p>3. Sí, a menudo</p> <p>3. Sí, bastante</p>	

## CAPÍTULO IV

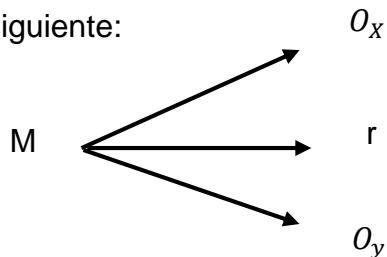
### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación fue de tipo correlacional y de corte transversal.

De acuerdo a Silvestre & Huamán, este diseño se utiliza cuando se quiere establecer el grado de relación o asociación entre una variable y otra. El estudio no es para explicar la relación causal de las variables, sino para evaluar el grado de relación de las variables.

Su esquema es la siguiente:



Donde:

M: Muestra de la población.

$O_x$ : es la observación o medición de la variable "x"

$r$ : es la relación o asociación entre las dos variables.

$O_y$ : es la observación o medición de la variable "y"

#### 4.2. Diseño de Investigación:

Silvestre & Huamán hacen referencia sobre el diseño no experimental, este diseño no genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes de causa y efecto, para luego analizarlas. Esta investigación es de Diseño **No experimental**.

#### 4.3. Población y muestra

- Población

La población total está constituida por todas las gestantes que son un total 128 y que acudan a sus controles prenatales al Hospital Santa María del Socorro de Ica, que acepten participar voluntariamente en el estudio; durante el periodo de enero, febrero y marzo del año 2020. Estos datos fueron obtenidos de la Oficina de Estadísticas e Informática del Hospital Santa María del Socorro

- **Muestra:** El tamaño de la muestra se obtendrá aplicando la fórmula para población finita siguiente:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{(N - 1)E^2 + Z^2 * p * q}$$

Donde:

n: muestra

N: población

Z: Nivel de Confianza

p: Probabilidad de que el evento ocurra

q: 1-p

E: Error que puede haber en el cálculo de la muestra

$$n = \frac{128 * Z^2 * p * q}{(N - 1)E^2 + Z^2 * p * q}$$

$$n = \frac{165 * (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(128 - 1)(0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 96.1$$

donde:

N = Número de Atenciones de gestantes que fueron atendidas por consulta externa durante el año 2020 (según datos de la) = 128 atenciones (acuden en promedio una vez por trimestre, entonces son en promedio 96 pacientes)

n = 96 gestantes.

En Conclusión: La muestra estará integrada por 96 gestantes.

Muestreo : No probabilístico, intencionado.

#### **4.4. Lugar de estudio y periodo de desarrollo**

Hospital Santa María del Socorro de Ica, periodo: enero a marzo del año 2020.

#### **4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información**

Se solicitó la aprobación para el estudio por parte de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional el Callao.

Luego de la autorización con el director del Hospital Santa María de Socorro y la Jefa del servicio de Gineco – Obstetricia para la aprobación del presente estudio, se explicó a las pacientes la confidencialidad de los datos y se solicitó su participación a través del Consentimiento Informado (Anexo 04). Posteriormente con la técnica de la encuesta supervisada se aplicó el Cuestionario de Depresión en el Embarazo de Edimburgo (EPDS), esta evalúa la presencia de sintomatología depresiva (Anexo 01). Esta escala en nuestro país, presenta alta consistencia en sus resultados ante los cuestionarios; la escala validada también por Nelly Lam. et al en Perú. Para evaluar los factores sociodemográficos se utilizó un cuestionario con preguntas concernientes a datos personales tales como la edad, ocupación, grado de instrucción, estado civil, estado laboral, edad gestacional, antecedente de aborto. Para evaluar el nivel socioeconómico se utilizó la escala socioeconómica de Amat y León modificada (Anexo 02).

El cuestionario mediante el cual se evaluó la funcionalidad familiar, se clasifica de acuerdo a los criterios del test APGAR Familiar, que consta de cinco 5 preguntas, y cada pregunta de cinco posibles repuestas: siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca; con valores de 4, 3, 2,1 y 0 puntos respectivamente. Una vez obtenido el puntaje total, se procederá a la clasificación de funcionalidad familiar: De 17-20 puntos: buena funcionalidad familiar, de 13-16 puntos: disfuncionalidad familiar leve, de 10-12 puntos: disfuncionalidad familiar moderada, y de 9 a menos: disfunción familiar severa (Anexo 03).

Luego se realizó el control de calidad a las fichas correspondientes.

#### **4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos**

Una vez recolectados los datos se sometieron a un proceso de crítica, codificación y transferidos a una base de datos, mediante el programa Excel 2013 y SPSS versión 22 para su tabulación. Posteriormente los datos fueron interpretados y analizados usando los estadígrafos descriptivos de tendencia central. Luego se organizaron en tablas y figuras estadísticas, de acuerdo a los objetivos de la investigación.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

#### 5.1. Resultados descriptivos:

De acuerdo a los resultados obtenidos de la encuesta: Escala de Depresión de EDIMBURGO para embarazo y post parto con la data estadística de las encuestas, tenemos los siguientes resultados.

Del instrumento aplicado se tiene la data en la siguiente tabla, en esta tabla N° 01 muestra las características generales de la población estudiada.

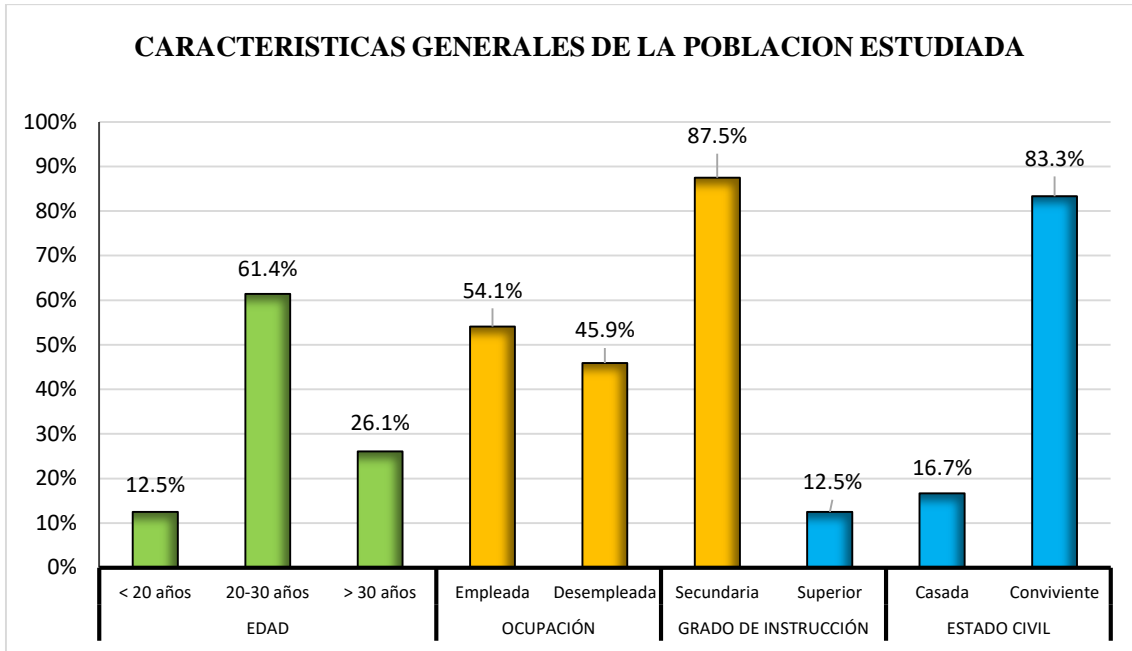
Siendo la encuesta utilizada para el estudio de esta tabla en quien se puso como variables a Edad, Ocupación, Grado de Instrucción y el Estado Civil de las personas de todos ellos se ha hecho el conteo y luego se ha expresado en porcentajes para conocer los datos generales de las gestantes quienes son parte importante de esta investigación.

**TABLA N° 1**

#### **CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION ESTUDIADA**

Frecuencias	EDAD			OCUPACIÓN		GRADO DE INSTRUCCIÓN		ESTADO CIVIL	
	< 20 años	20-30 años	>30 años	Empleada	Desempleada	Secundaria	Superior	Casada	Conviviente
<b>fi</b>	<b>12</b>	<b>59</b>	<b>25</b>	<b>52</b>	<b>44</b>	<b>84</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>80</b>
<b>%</b>	12.5%	61.4%	26.1%	54.1%	45.9%	87.5%	12.5%	16.7%	83.3%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>			<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>	

Fuente: Elaboración propia construida de la data del instrumento propuesto



En la tabla y gráfico N° 1 se observa que de las 96 pacientes participantes, el 61.4 % pertenece al grupo de edad entre 20-30 años, el 12.5% menores de años y el 26.1% a mayores de 30 años, con una media de edad de 27.1 años. El 45.9% de gestantes se encontraban desempleadas, el grado de instrucción preponderante fue de Secundaria con un 87.5% de la población y el Estado Civil conviviente también con el 83.3% de las encuestadas.



**TABLA N° 2**

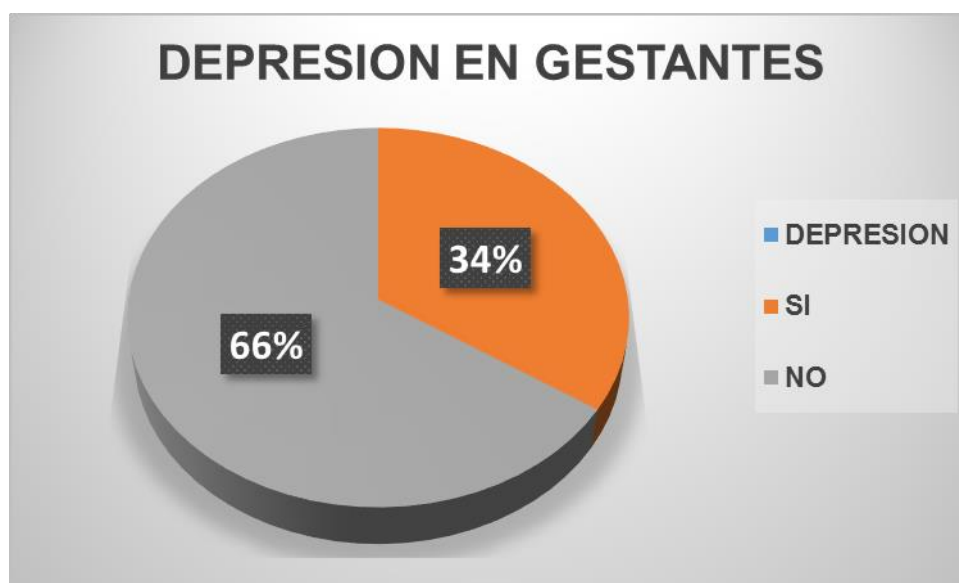
**DEPRESION EN GESTANTES EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA – 2020.**

<b>Depresión gestantes</b>	<b>en</b>	$f_i$	%
SI		33	34%
NO		63	66%
TOTAL		96	100%

**Fuente:** Encuesta a las gestantes del Hospital Santa María Del Socorro.

**GRÁFICO N° 2**

**DEPRESION EN GESTANTES EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA – 2020.**



**Interpretación:**

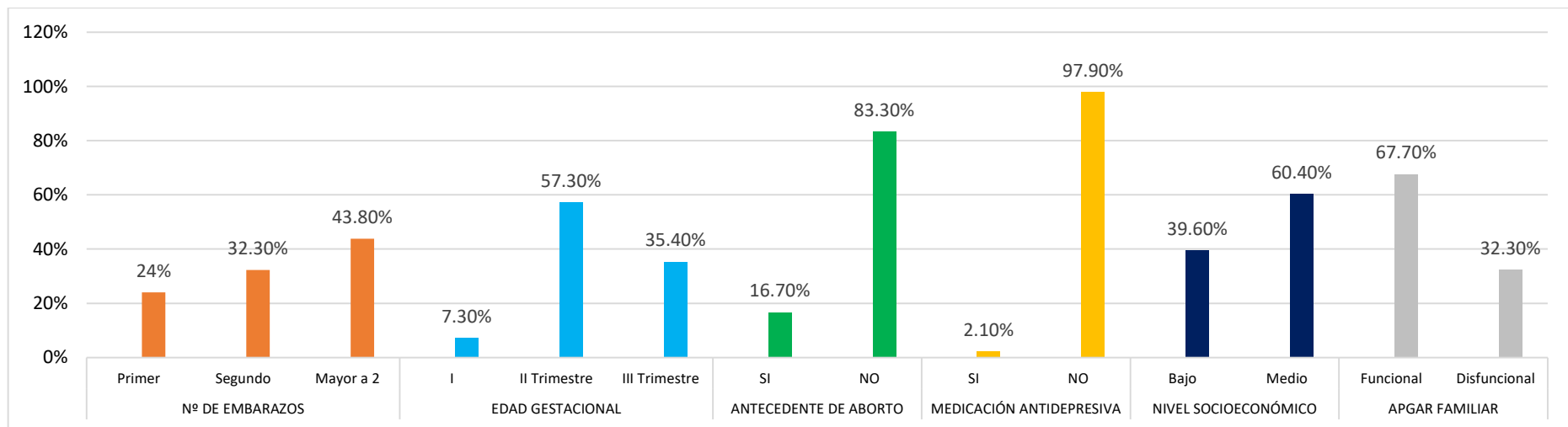
De la tabla y gráfico N° 2 se observa que de las 96 pacientes participantes, 33 presentaban características depresivas, lo que corresponde al 34%, mientras que el 66% no tuvieron Depresión.

**TABLA Nº 3**  
**CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LA POBLACIÓN**

Frecuencias	Nº DE EMBARAZOS			EDAD GESTACIONAL			ANTECEDENTE DE ABORTO		MEDICACIÓN ANTIDEPRESIVA		NIVEL SOCIOECONÓMICO		APGAR FAMILIAR	
	Primer	Segundo	Mayor a 2	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	SI	NO	SI	NO	Bajo	Medio	Funcional	Disfuncional
fi	23	31	42	7	55	34	16	80	2	94	38	58	65	31
%	24%	32.3%	43.8%	7.3%	57.3%	35.4%	16.7%	83.3%	2.1%	97.9%	39.6%	60.4%	67.7%	32.3%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>			<b>100%</b>			<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>		<b>100%</b>	

Fuente: Encuesta a las gestantes del Hospital Santa María Del Socorro.

**GRÁFICO Nº 3**  
**CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LA POBLACIÓN**



**Interpretación:**

De la Tabla y gráfico N° 3 se observa que de las 96 pacientes participantes, el 43.8% corresponden al grupo de más de 2 embarazos, las gestantes del 2° Trimestre corresponde al 57.3%, el 16.7% manifestó tener antecedentes de Aborto, sólo 2 pacientes manifestaron recibir medicación ansiolítica ó antidepresiva, el 39.% pertenece al Nivel Socioeconómico bajo y el 32.3% son familias disfuncionales.

## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 6.1 Constatación y demostración de la hipótesis con los resultados

De las encuestas realizadas, ahora veremos los resultados procesados en el paquete estadístico del SPSS V-22, los resultados son:

**Tabla 4**

#### EDAD Y DEPRESIÓN

##### EDAD

DEPRESIÓN	Media	N	Desv. típ.	P
SI	26,7576	33	5,42581	
NO	27,1746	63	5,02747	0.708
Total	27,0313	96	5,14312	

**FUENTE: SPSS**

#### **Interpretación:**

En la Tabla N° 04, se muestran los resultados de correlación. Si existe relación entre la edad media y la presencia de Depresión de las 96 gestantes que pertenecen a la muestra de investigación, al respecto se percibe un valor ( $p > 0.5$ ), lo que corresponde a una relación estadísticamente no significativa.

**Tabla N° 05**

**DEPRESIÓN Y FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS**

FACTORES ASOCIADOS	CON DEPRESIÓN 33	SIN DEPRESIÓN 63	p
TRABAJO			
EMPLEADO	17 (51.5%)	35 (55.6%)	0.706
DESEMPLEADO	16(49.5%)	28 (44.4%)	
GRADO INSTRUCCIÓN			
SECUNDARIA	31(93.9%)	53(84.1%)	0.167
SUPERIOR	2(6.1%)	10(15.%)	
ESTADO CIVIL			
CASADO	9(27.3%)	7(11.1%)	0.044
CONVIVIENTE	24(72.7%)	56(88.9%)	

**FUENTE: SPSS**

**Interpretación:**

En la Tabla N° 05 se muestran los resultados de correlación que si existe relación entre el Trabajo; Grado de Instrucción, Estado Civil y la presencia de Depresión de las 96 gestantes que pertenecen a la muestra de investigación, al respecto se percibe un valor de Chi cuadrado de 0.706, 0.167 y 0.044 respectivamente, lo que corresponde a una correlación estadística significativa entre el Grado de Instrucción y el Estado Civil, lo que quiere decir que a mayor Grado de Instrucción hay menor Depresión y las gestantes que son Convivientes son más propensas a padecer episodios depresivos.

**Tabla Nº 06**

**DEPRESIÓN Y FACTORES PSICOSOCIALES**

FACTORES ASOCIADOS	CON DEPRESION 33	SIN DEPRESION 63	p
Nº EMBARAZO			
PRIMER	8(24.2%)	15(23.8%)	0.981
SEGUNDO	11(33.3%)	20(31.7%)	
>2 EMBARAZO	14(42.4%)	28(44.4%)	
EDAD GESTACIONAL			
I TRIMESTRE	2(6.1%)	5(7.9%)	0.153
II TRIMESTRE	15(45.5%)	40(63.5%)	
III TRIMESTRE	16(48.5%)	18(28.6%)	
ABORTO			
SI	6(18.2%)	10(15.9%)	0.773
NO	27(81.8%)	53(84.1%)	
MEDICACION			
SI	1(3%)	1(1.6%)	0.638
NO	32(97%)	62(98.4%)	
NIVEL SOCIOECONOMICO			
BAJO	30(90.9%)	8(12.7%)	0.0001
MEDIO	3(9.1%)	55(87.3%)	
APGAR FAMILIAR			
NORMOFUNCIONAL	13(39.4%)	52(82.5%)	0.0001
DISFUNCIONAL	20(60.6%)	11(17.5%)	

**FUENTE : SPSS**

**Interpretación:**

En la Tabla Nº 06, se muestran los resultados de correlación que si existe relación entre el Número de Embarazos; Edad gestacional, Antecedentes de Abortos, Uso de Medicación Antidepresiva, Nivel Socioeconómico, Funcionalidad familiar y la presencia de Depresión de las 96 gestantes que pertenecen a la muestra de investigación, al respecto se percibe un valor de Chi cuadrado de 0.981, 0.153, 0.773, 0.638, 0.001 y 0.001 respectivamente, lo que corresponde a una correlación estadística significativa entre el Nivel Socioeconómico y el Apgar familiar, lo que significa que el Nivel socioeconómico bajo y los hogares disfuncionales se asocian directamente con la presencia de Depresión en la población estudiada.

## 6.2 Constatación de los resultados con otros estudios similares

Después de realizar la descripción y análisis de la Tabla N° 01 en la que se observa que de las 96 pacientes participantes, el 61.4 % pertenece al grupo de edad entre 20-30 años, el 12.5% menores de años y el 26.1% a mayores de 30 años, con una media de edad de 27.1 años. El 45.9% de gestantes se encontraban desempleadas, el grado de instrucción preponderante fue de Secundaria con un 87.5% de la población y el Estado Civil conviviente también con el 83.3% de las encuestadas.

De la tabla N° 2 respecto a la Depresión en gestantes en el Hospital Santa María del Socorro, Ica-2020 se observa que el 34% de las gestantes tiene depresión y el 66% no tiene depresión, esto indica que las pacientes con depresión sigue significando una cifra equivalente a la mitad de los casos que no lo son.

Del mismo modo su gráfico N° 02, muestra la Frecuencia de la Depresión que se observa en las 96 pacientes participantes, 33 presentaban características depresivas, lo que corresponde al 34%, mientras que el 66% no tuvieron Depresión. Lo cual difiere del estudio de Silva y colaboradores, en 2016, publica su estudio realizado en Brasil, sobre Depresión en el embarazo en el que la depresión estaba presente en el 14.8%, y los de Hui-Chun Huang y colaboradores, 2017, en su estudio "Resultados obstétricos en mujeres asiáticas embarazadas con depresión: comparación poblacional, se identificaron a 5.064 mujeres con depresión durante el embarazo en 2005–2013, aproximadamente el 20% de las mujeres embarazadas informaron tener trastornos depresivos. Y de los demás estudios internacionales en los que la presencia de depresión en gestantes oscila entre el 8 y el 20% de gestantes. Sin embargo son cifras parecidas a las encontradas en estudios nacionales, que arrojan cifras de prevalencia entre 30 y 40% de gestantes con síntomas depresivos.

En la Tabla N° 3 se observa el 43.8% corresponden al grupo de más de 2 embarazos, las gestantes del 2° Trimestre corresponde al 57.3%, el 16.7% manifestó tener antecedentes de Aborto, sólo 2 pacientes manifestaron recibir medicación ansiolítica ó antidepresiva, el 39.% pertenece al Nivel

Socioeconómico bajo y el 32.3% son familias disfuncionales. El 35.50% de las gestantes que se dedicaban a su casa padecen de características depresivas, así como 48% de las gestantes con nivel de instrucción superior y 36.30% de gestantes con estado civil conviviente, 18.80% de gestantes con antecedentes de aborto anterior; el 48.10% de gestantes que se encuentran en el 2do trimestre de embarazo, 73.10% de gestantes con nivel socioeconómico bajo y 69.20% de gestantes que referían tener familia disfuncional; características similares a las descritas por Choque A. Luz G., Arequipa 2019, en el que el 55.90% de las gestantes tenía 20 a 30 años de edad, 78.80% se dedicaban a la atención de su hogar, 57.60% tuvieron nivel de instrucción secundaria. El 33.90% de la población estudiada presentan características depresivas. El 35.50% de las gestantes que se dedican a su casa padecen de características depresivas. Asimismo al estudio de Sarmiento Sjhosilin realizado en el Centro de Salud San Vicente de Cañete, Lima, Perú en el 2018, donde se encontró que la mayoría, el 49.3% se encontraban entre los 18 – 25 años de edad, un 53.4% eran de ocupación desempleada, eran amas de casa y un 61.6% tenían grado de instrucción secundaria.

En la Tabla N° 04, muestran los resultados de correlación que si existe relación entre la edad media y la presencia de Depresión de las 96 gestantes que pertenecen a la muestra de investigación, en la que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las media de edad de los grupos con depresión y sin depresión, lo que difiere relativamente del estudio realizado por Coronel y colaboradores en Arequipa, el 2014, en el que se encuentran altos niveles de depresión moderada y severa en gestantes adolescentes. La presencia de la pareja, la ocupación, la dependencia económica, el embarazo deseado, y los deseos de abortar, se asociaron significativamente en la presentación de algún grado de depresión, lo que se atribuye a que el presente trabajo no consideró al grupo de edad de gestantes adolescentes.

En la Tabla N° 01, muestran los resultados de si existe relación entre el Trabajo; Grado de Instrucción, Estado Civil y la presencia de Depresión , cuyos resultados corresponden a una correlación estadística significativa



entre el Grado de Instrucción y el Estado Civil, lo que quiere decir que a mayor Grado de Instrucción hay menor Depresión y las gestantes que son Convivientes son más propensas a padecer episodios depresivos. Resultados parecidos a los reportados Bedoya A. en su estudio en Arequipa, el año 2015, en el que tuvieron influencia la edad, donde el 70 % de adolescentes presentaron depresión seguida de las gestantes añosas con el 50%; el no planificar su embarazo con 68,09%, el antecedente de violencia física (100%), el antecedente de violencia psicológica (68,42%), la falta de apoyo emocional de la pareja (100%), una regular relación con la pareja (100%) y una regular relación con la familia (72%).

En la Tabla N° 03, muestran los resultados de correlación que si existe relación entre el Número de Embarazos; Edad gestacional, Antecedentes de Abortos, Uso de Medicación Antidepresiva, Nivel Socioeconómico, Funcionalidad familiar y la presencia de Depresión, lo que nos muestra una correlación estadística significativa entre el Nivel Socioeconómico y el Apgar familiar, lo que significa que el Nivel socioeconómico bajo y los hogares disfuncionales se asocian directamente con la presencia de Depresión en la población estudiada. Concordante con lo encontrado por Choque, Arequipa el 2019, Tirado L. y colaboradores en Morrope - Chiclayo, el 2016, cuya resultados arrojaron la presencia de Depresión en 54.55% de las embarazadas con riesgo de depresión se encontraban en el segundo trimestre. Los factores asociados independientes para riesgo de depresión fueron relación regular familiar, relación regular con la pareja y el antecedente de violencia psicológica. Además resultados equivalentes a los reportados por Sarmiento S. y col., en Lima, el 2018, quienes encontraron asociación entre la depresión y los factores de riesgo sociodemográficos, como la edad, pues afectó más al grupo etario de gestantes de 18-25 años en 49.3%, estado civil conviviente en 52.1%, grado de instrucción secundaria en 61.6%, ocupación desempleada en 53.4 %, procedencia de la costa en 54.8% y en cuanto a los factores psicosociales se encontró asociación con el apoyo familiar de la gestante en 60.3% embarazo no planificado en 75.3%, inestabilidad económica en 52.1%, no violencia doméstica en 50.7%, la regular relación de pareja en

58.9%, otras complicaciones del embarazo en 32.9% y embarazo no deseado por la pareja en 41.1%.

## CONCLUSIONES

- Se puede establecer que existen Factores relacionados a la presencia de Depresión en las gestantes del Hospital Sant María del Socorro de Ica.
- Los Factores Sociodemográficos como el grado de instrucción secundaria y ser conviviente y los Factores Sociodemográficos como el grado de instrucción secundaria y ser conviviente tienen relación significativa con la presencia de síntomas depresivos.
- El presente estudio muestra que el 34% de las pacientes gestantes del Hospital Santa María del Socorro tienen síntoma de Depresión.
- Es una patología infradiagnósticada, por lo tanto no tratada, ya que sólo 2 de 96 pacientes recibieron algún tipo de tratamiento médico por Depresión.

## RECOMENDACIONES

- **Al Hospital Santa María del Socorro de Ica:** Sensibilizar a los profesionales de salud, sobre la importancia de la disminución de la Depresión en las gestantes indicando las consecuencias de esta enfermedad, además de realizar la capacitación a las gestantes para tener el conocimiento y poder prevenir la Depresión, así mismo involucrar a todo el personal sobre el seguimiento de estas pacientes para su recuperación. Realizar la mejora de la atención de los pacientes en la consulta obstétrica, con una cuidadosa historia clínica y un interrogatorio dirigido. Implementar en la consulta psicológica la aplicación del Test de Edimburgo, además de las psicoterapia y eventualmente apoyo de medicación para pacientes gestantes con síntomas depresivos.

**A los profesionales de salud:** Incidir en la prevención de la anemia a través de las visitas domiciliarias incluir las preguntas relacionadas a la presencia de síntomas depresivos, realizando prevención primaria y trabajar en las adolescentes y en las mujeres en edad fértil con la Atención Preconcepcional ya que la atención preconcepcional se define como un conjunto de intervenciones para identificar condiciones biológicas (físicas y mentales) y hábitos del comportamiento o sociales que pueden convertirse en riesgos para la salud de la mujer y para los resultados de un embarazo; pretende modificar esos patrones a través de una estrategia de prevención que busca optimizar el resultado perinatal y materno. Realizar estudios longitudinales, a fin de mejorar la obtención de datos, la identificación y tratamiento de la Depresión en este grupo, que permita mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión.OMS.22/03/2018. Disponible en: [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression) (fecha de acceso: 28 de Diciembre del 2018)
2. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: New clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet*. 2012;379:1045–55.
3. Bao M, Saona J, Vega J. Prevalencia de depresión durante la gestación. *Revista de Neuropsiquiatría*. Barcelona, España. 2010.73 (3). Disponible en: [www.redalyc.org/html/3720/372036931006/](http://www.redalyc.org/html/3720/372036931006/). (Fecha de acceso: 31 de diciembre del 2018).
4. Romero R D, Orozco R LA, Ybarra S JL, Gracia R BI. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2017 04;82(2):63 - 73.<https://doi.org/10.4067/s0717-75262017000200009>.
5. Di Pietro JA. Psychological and psychophysiological considerations regarding the maternal-fetal relationship. *Infant Child Dev*. (2010) 19:27–38. 10.1002/icd.651 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].
6. Rahman A, Patel V, Maselko J, Kirkwood B. The neglected ‘m’ in MCH programmes—why mental health of mothers is important for child nutrition. *Trop Med Int Health*. (2008) 13:579–83. 10.1111/j.1365-3156.2008.02036.x [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
7. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. *Can. Nurse*. (2006) 102:26–30. [PubMed] [Google Scholar]
8. Note NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. (2010) 67:1012–24. 10.1001/archgenpsychiatry.2010.111 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
9. Accortt E, Cheadle A, Dunkel SC. Prenatal depression and adverse birth outcomes: an updated systematic review. *Matern Child Health J*. (2014) 19 1306–37. 10.1007/s10995-014-1637-2 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
10. Van den Bergh B, Mulder E, Mennes M, Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neurosci Biobehav Rev*. (2005) 29:237–58. 10.1016/j.neubiorev.2004.10.007 [PubMed] [CrossRef]
11. Plant DT, Pawlby S, Sharp D, Zunszain PA, Pariante CM. Prenatal maternal depression is associated with offspring inflammation at 25 years: a

- prospective longitudinal cohort study. *Transl Psychiatry*. (2016) 6:e936. 10.1038/tp.2015.155 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].
12. Satyanarayana VA, Lukose A, Srinivasan K. Maternal mental health in pregnancy and child behavior. *Indian J Psychiatry*. (2011) 53:351–61. 10.4103/0019-5545.91911 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
  13. Howard L, Molyneaux E, Dennis C, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*. (2014) 384:1775–88. 10.1016/S0140-6736(14)61276-9 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
  14. Rochat T, Tomlinson M, Newell M, Stein A. Depression among pregnant women testing for HIV in rural South Africa: implications for VCT. In: 9th International AIDS Impact Conference. Botswana: (2009). [Google Scholar].
  15. Manikkam I, Burns JK. Antenatal depression and its risk factors: an urban prevalence study in KwaZulu-Natal. *South Afr Med J*. (2012) 102:940–4. 10.7196/samj.6009 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
  16. Tachibana Y, Koizumi T, Takehara K, Kakee N, Tsujii H, Mori R, et al. . Antenatal risk factors of postpartum depression at 20 weeks of gestation in Japanese sample: psychosocial perspectives from a Cohort study in Tokyo. *PLoS ONE*. (2015) 10:e0142410. 10.1371/journal.pone.0142410 [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].
  17. Zapata R. Los riesgos de ser madre: estadísticas de la mortalidad materna. MINSA. Perú. 2016. Disponible en: <https://elcomercio.pe/peru/riesgos-madre-estadisticas-mortalidad-materna-154471> (fecha de acceso: 30 de Diciembre del 2018).
  18. Mónica María de Jesús Silva y colaboradores, Depresión en el embarazo. Prevalencia y factores asociados, *Invest. educ. enferm* vol.34 no.2 Medellín June 2016. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a14>
  19. Hui-Chun Huang y colaboradores, octubre - 2017, Obstetric outcomes in pregnant women with and without depression: population-based comparison, Article number: 13937 (2017).
  20. Rosa Marcos-Nájera y colaboradores, Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva, *Clínica y Salud* vol.28 no.2 Madrid jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.001>
  21. Jhon Freddy Martínez-Paredes y Nathalia Jácome-Pérez, Depresión en el embarazo, *Revsta Colombiana de Psiquiatría* – 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.0030034-7450>
  22. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for perinatal depression. Committee Opinion 2018; 630.
  23. Afusat Olanike Busari y colaboradores, “Prevalencia y factores asociados de

ansiedad y Depresión entre mujeres embarazadas”, Nigeria, Volume 9 Issue 2 - September 2018 - DOI: 10.19080/OAJNN.2018.09.555758.

24. Candyce Hamel y colaboradores. Screening for depression in women during pregnancy or the first year postpartum and in the general adult population: a protocol for two systematic reviews to update a guideline of the Canadian Task Force on Preventive Health Care- Article number: 27 (2019).
25. Coronel C. Arequipa, Perú. Factores socioeconómicos y obstétricos asociados a depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Honorio Delgado 2014. Universidad Nacional de San Agustín. 2014. 64
26. Bedoya A. Arequipa, Perú. Frecuencia y factores asociados a la depresión en gestantes que acuden a la Microred Generalísimo San Martín del MINSA, Arequipa, 2015. Universidad nacional de San Agustín. 2015. 57.
27. Tirado L. Chiclayo, Perú, Frecuencia de depresión en mujeres gestantes y factores asociados en el Centro de Salud del Distrito de Morrope en el periodo de Julio- Noviembre 2016. Universidad San Martín de Porres. 2018. 31.
28. Alvarado M, Mundaca A. Chiclayo, Perú. Nivel de depresión en gestantes atendidas en un Centro de Salud de la ciudad de Chiclayo, Julio- Agosto, 2016. Universidad Privada Juan Mejía Baca. 2016. 58.
29. Sarmiento S. Lima, Perú. Factores de riesgo asociados a la depresión en gestantes que se atienden en el Centro de Salud San Vicente, período 2017. Universidad Privada Sergio Bernales. 2018. 114.
30. Choque A. Luz G., Factores Relacionados a algunas características depresivas en gestantes del Centro de Salud Víctor Raúl Hinojosa Llerena – Arequipa 2019, Tesis para optar el grado de Médico Cirujano, Facultad de Medicina Humana – Universidad Nacional de San Agustín.
31. Montoya S, Valencia L. Depresión y Ansiedad en madres gestantes primerizas atendidas en los Centros de Salud del Distrito de Huánuco- 2015. Huánuco. Perú. Universidad Nacional Hermilio Valdizán Huánuco. 2016. 94
32. Duval F, Jautz-Duval M, González F, Rabia H. Bases neurobiológicas de vulnerabilidad psiquiátrica a lo largo de las etapas de la vida hormonal de la mujer. Revista chilena de neuro-psiquiatria. 2010; Vol 48 (4): 292-306.
33. Organización Mundial de la Salud. Embarazo. OMS. Perú. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/topics/pregnancy/es/> (Fecha de acceso: 31 de diciembre del 2018)
34. Zamberlin N, Portnoy F. Guía sobre Salud Sexual y Reproductiva. Tu cuerpo, tu sexualidad, tus derechos. Fondo de Población de Naciones Unidas. UNFPA. Buenos Aires, Argentina. 2010. 36; 39. Disponible en: [http://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2015-06\\_tu-cuerpo.pdf](http://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2015-06_tu-cuerpo.pdf). (Fecha de acceso: 01 de enero del 2019).

35. Sanitas. Etapas del embarazo. Sanitas. 2018. Disponible en: [www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/embarazo-maternidad/mi-embarazo/etapas-embarazo.html](http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/embarazo-maternidad/mi-embarazo/etapas-embarazo.html) (fecha de acceso: 01 de enero del 2019)
36. Zamberlin N, Portnoy F. Guía sobre Salud Sexual y Reproductiva. Tu cuerpo, tu sexualidad, tus derechos. Fondo de Población de Naciones Unidas. UNFPA. Buenos Aires, Argentina. 2010. 36; 39. Disponible en: [http://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2015-06\\_tu-cuerpo.pdf](http://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2015-06_tu-cuerpo.pdf). (Fecha de acceso: 01 de enero del 2019).
37. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica en salud mental y psiquiatría. Lima - Perú: MINSA, 2008.
38. Carro G, Sierra M, Hernández G, Ladrón M. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Revista Mexicana de Medicina General. 2007.
39. Clemente C. La familia definición por la OMS. OMS .2009. Disponible en: <http://cbtis149ctsv3lc2.blogspot.com/2009/10/definicion-de-familia-segun-la-oms.html>. (fecha de acceso: 02 de enero del 2019).



# ANEXOS



## ANEXO 01

### ESCALA DEPRESION DE EDIMBURGO PARA EMBARAZO Y POST PARTO

Nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo; por favor subraye la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:**
  - 0 Tanto como siempre
  - 1 Tanto como ahora
  - 2 Mucho menos
  - 3 No, no he podido
  
- 2. He mirado el futuro con placer:**
  - 0 Tanto como siempre
  - 1 Algo menos de lo que solía hacer
  - 2 Definitivamente menos
  - 3 No, nada
  
- 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:**
  - 3 Sí, la mayoría de las veces
  - 2 Sí, algunas veces
  - 1 No muy a menudo
  - 0 No, nunca
  
- 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:**
  - 0 No, para nada
  - 1 Casi nada
  - 2 Sí, a veces
  - 3 Sí, a menudo
  
- 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:**
  - 3 Sí, bastante
  - 2 Sí, a veces
  - 1 No, no mucho
  - 0 No, nada
  
- 6. Las cosas me oprimen o agobian:**
  - 3 Si, la mayor parte de las veces
  - 2 Sí, a veces
  - 1 No, casi nunca
  - 0 No, nada
  
- 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad Para dormir:**
  - 3. Sí, la mayoría de las veces
  - 2. Si, a veces
  - 1.No muy a menudo
  - 0 No nada
  
- 8. Me he sentido triste y desgraciada:**
  - 3. Si, casi siempre
  - 2.Sí bastante a menudo
  - 1 No muy a menudo
  - 0 No. Nada
  
- 9. He sido tan infeliz que he estado llorando**
  - 3.Sí, casi siempre
  - 2.Si, bastante a menudo
  - 1 Solo en ocasiones
  - 0 No, nunca
  
- 10.He pensado en hacerme daño a mí misma:**
  - 3. Sí, bastante a menudo
  - 2 A veces
  - 1 Casi nunca
  - 0 No, nunca



## ANEXO 02

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha /        /

1. Edad [        ] años
2. Ocupación  
Trabaja ( )    No trabaja ( )
3. Grado de instrucción  
Ninguna ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )
4. Estado civil  
Soltera ( ) Casada /Conviviente ( ) Otro ( )
5. Número de embarazos  
Primer embarazo ( ) Dos embarazos ( ) Mes de 2 embarazos ( )
6. Edad Gestacional:  
Primer trimestre de 0 a 12 semanas ( ) Segundo trimestre 13 a 28 semanas ( ) Tercer trimestre 29 a 40 semanas ( )
7. Antecedente de aborto  
SI ( ) NO ( )
8. ¿Toma Ud. alguna medicación: ejemplo (Alprazolam,Diazepam,etc)? ¿cuál?  
.....

### ESCALA SOCIOECONÓMICA MODIFICADA DE AMAT Y LEÓN

#### Ingresos/Familia/Mes

- Menos de 750 soles (5)
- De 750 a 1500 soles (8)
- Más de 1500 soles (10)

#### Vivienda

- Mat. Rustico, alquilada o prestada (6)
- Mat. Rustico propia (7)
- Mat. Noble, alquilado o prestado (8)
- Mat. Noble (9)

#### Hacinamiento

- Más de 3 personas por dormitorio (5)
- 3 personas por dormitorio (7)
- 2 personas por dormitorio (8)
- 1 personas por dormitorio (10)

#### Servicios de agua

- Acequia (7)
- Pozo (8)
- Pileta pública (10)
- Dentro del edificio (12)
- Dentro de la vivienda (15)

#### Electricidad

- No tiene (2)
- Grupo eléctrico (4)
- Red pública (5)

Nivel Socioeconómico bajo : 24 - 39

Nivel Socioeconómico medio : 40 - 46

Nivel Socioeconómico alto : 47 - 49



## ANEXO 03

### TEST APGAR FAMILIAR

**LEA ATENTAMENTE:**

Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente).

PREGUNTAS	Casi Siempre (1)	Nunca (0)
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene problemas?		
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?		
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?		
¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasa juntos?		
¿Siente que su familia le quiere?		
<b>PUNTAJE TOTAL</b>		

**Clasificación:**

**3-5 puntos: NORMOFUNCIONAL**

**0-3 puntos: DISFUNCIONAL**

**Puntaje Total de la Familia-----**



## ANEXO 04

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Estudio de investigación: “Factores Asociados a la Depresión en gestantes en el Hospital santa María del socorro – Ica -2020”**

**Autor: Obst. Elia Viviana Fernández Acevedo**

Yo.....  
he sido previamente informada de los beneficios y aportes de esta investigación para mí, del carácter confidencial de las respuestas , he podido hacer preguntas y aclarar mis dudas y he recibido información sobre el mismo a través de la investigadora. Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria y que puedo retirarme cuando yo lo desee.

Voluntariamente afirmo participar en esta investigación.

**FIRMA:** .....

**DNI:**.....

# **DATA ESTADÍSTICA**

Nro	Depresión	Edad	Trabajo	G° Instrucción	E.Civil	N° Embarazo	Edad Gest	Aborto	Medicación	Nivel socio económico	Apgar Famil
1	2	19	2	3	4	1	2	2	2	2	2
2	2	21	2	3	4	1	3	2	2	2	2
3	2	26	1	3	4	2	1	2	2	2	1
4	2	32	1	4	2	3	1	2	2	2	1
5	1	34	2	3	2	3	2	1	2	1	2
6	1	29	2	4	4	2	2	2	2	1	2
7	2	22	2	3	4	1	3	2	2	2	1
8	2	27	1	3	4	3	2	1	2	2	1
9	2	30	1	3	4	3	3	2	2	2	1
10	2	31	1	3	4	3	2	2	1	2	1
11	1	24	2	3	4	2	3	2	2	1	2
12	2	22	2	3	4	1	1	2	2	2	1
13	2	29	1	4	2	2	2	2	2	2	1
14	2	36	2	3	4	3	2	1	2	2	1
15	2	29	2	3	4	3	3	2	2	2	2
16	1	30	2	3	4	3	3	2	2	1	2
17	2	18	2	3	4	1	2	2	2	2	2
18	2	22	2	3	4	1	2	2	2	2	1
19	1	27	2	4	4	2	3	2	2	1	2
20	2	28	1	4	4	2	2	1	2	1	1
21	2	19	2	3	4	1	2	2	2	2	1
22	2	31	1	3	4	3	3	2	2	2	2
23	1	28	1	3	4	3	2	2	2	1	2
24	2	32	1	3	4	3	2	1	2	2	1
25	2	19	2	3	4	1	2	2	2	2	1
26	2	29	1	3	4	3	2	1	2	2	1

27	1	20	2	3	4	1	3	2	2	1	2
28	2	35	2	4	2	3	2	2	2	2	1
29	1	29	2	3	2	3	3	2	2	2	2
30	1	18	2	3	4	1	2	2	2	1	2
31	2	37	1	3	2	3	2	1	2	2	1
32	2	26	1	3	4	2	3	1	2	2	1
33	2	28	1	3	4	2	2	2	2	1	2
34	1	19	1	3	4	1	2	2	2	1	1
35	2	29	2	3	4	3	3	2	2	2	1
36	1	22	1	3	4	2	2	2	2	1	2
37	2	27	2	4	4	2	3	2	2	1	1
38	2	30	1	3	4	3	2	1	2	2	1
39	1	31	2	3	2	3	3	2	2	1	1
40	1	24	2	3	4	2	2	2	2	1	2
41	2	21	1	3	4	1	3	2	2	2	2
42	1	29	1	3	2	2	1	2	2	1	1
43	2	32	1	3	4	3	2	2	2	2	1
44	1	35	1	3	2	3	3	1	2	2	2
45	2	22	2	3	4	1	2	2	2	1	1
46	2	27	2	3	4	2	2	2	2	2	1
47	1	25	1	3	2	2	3	2	2	1	2
48	2	31	1	3	2	3	2	1	2	2	1
49	2	25	1	3	4	2	3	2	2	2	1
50	1	38	1	3	2	3	2	2	1	1	1
51	1	19	2	3	4	1	2	2	2	2	2
52	1	24	2	3	4	2	3	2	2	1	2
53	2	27	1	4	4	2	2	2	2	1	1



54	2	28	1	3	4	2	3	2	2	2	1
55	2	29	1	3	4	3	3	2	2	2	1
56	2	36	1	4	4	3	2	2	2	2	1
57	2	19	2	3	4	1	2	2	2	2	2
58	1	22	2	3	4	1	2	2	2	1	2
59	1	28	1	3	4	2	3	1	2	1	1
60	2	26	1	3	4	2	1	2	2	2	1
61	1	23	1	3	4	2	2	2	2	1	1
62	2	19	2	3	4	1	3	2	2	2	1
63	1	31	1	3	2	3	2	1	2	1	1
64	2	28	1	4	4	2	2	2	2	2	1
65	2	30	2	3	4	3	2	2	2	2	1
66	1	31	1	3	4	3	3	2	2	1	1
67	2	28	2	3	4	2	1	2	2	2	1
68	2	18	1	3	4	1	2	2	2	2	1
69	1	29	1	3	4	3	3	2	2	1	1
70	1	33	1	3	4	3	3	2	2	1	1
71	2	30	2	3	4	3	2	2	2	2	1
72	2	28	1	3	4	3	3	2	2	2	1
73	1	19	2	3	4	1	3	2	2	1	2
74	1	26	1	3	4	2	3	1	2	1	2
75	2	34	2	4	2	3	2	2	2	1	1
76	1	29	2	3	4	3	2	1	2	1	1
77	2	33	1	3	4	3	2	2	2	2	1
78	2	27	2	3	4	3	2	2	2	2	1
79	2	25	2	3	4	2	2	2	2	2	1
80	2	34	1	3	4	3	2	2	2	2	1

81	1	20	2	3	4	1	1	2	2	1	2
82	2	24	1	3	4	2	2	2	2	1	1
83	2	27	1	3	4	2	2	2	2	2	1
84	2	32	1	3	4	3	3	2	2	2	1
85	1	28	1	3	2	3	3	2	2	1	1
86	2	20	1	3	4	1	3	2	2	2	2
87	2	27	2	4	4	2	3	2	2	1	1
88	2	24	1	3	2	2	3	2	2	2	1
89	2	32	2	3	4	3	2	2	2	2	1
90	1	37	1	3	4	3	2	2	2	1	1
91	2	28	1	3	4	2	2	2	2	2	1
92	2	33	2	3	4	3	2	2	2	2	1
93	2	19	1	3	4	1	2	2	2	2	2
94	2	23	2	3	4	2	2	2	2	2	2
95	1	22	1	3	4	1	2	2	2	1	2
96	2	32	2	3	4	3	2	1	2	2	1