



**Universidad
Norbert Wiener**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

Tesis

Factores asociados a sintomatología depresiva en pacientes gestantes
atendidas en el Centro Materno Infantil “El Progreso” entre febrero -
marzo 2023

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

Presentado por

Cortez Toma, Mery Isabel


Código ORCID: 0009-0000-4740-0325

Asesor: Dr. Contreras Pulache, Hans

Código ORCID:0000-0003-2450-9349

Lima – Perú

2023

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSION: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 05/03/2022

Yo, **Cortez Toma, Mery Isabel** egresada de la Facultad de Ciencias de la salud y Escuela Académica Profesional de Medicina Humana de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación/tesis Factores asociados a sintomatología depresiva en pacientes gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero – marzo 2023 Asesorado por el docente: Hans Lenin Contreras Pulache con DNI 42513357, con ORCID 0000-0003-2450-9349, tiene un índice de similitud de 18(DIECIOCHO)%, con código: oíd: 2119238423, verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.


Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Cortez Toma, Mery Isabel

DNI: 45459908



.....
 Mg. Contreras Pulache, Hans

DNI: 42513357

Lima, 23 de Junio del 2023

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a mis padres por todo su amor y comprensión durante este largo trayecto, a mis seres queridos que partieron y a todas las personas que estuvieron junto a mí de manera incondicional durante mi formación profesional.

El autor

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permitirme llegar con vida hasta este objetivo que no ha sido fácil, pero gracias a la fortaleza y resiliencia todo es posible

.

El autor

AGRADECIMIENTOS

Al Dr Hans Contreras por la asesoría brindada, continuo apoyo y sugerencias ofrecidas durante la tesis.

.

A la EAP Medicina Humana de la Universidad Privada Norbert Wiener, a los profesores y estudiantes quienes la conforman, por los momentos, enseñanzas y experiencias compartidas.

El autor

ÍNDICE

Tabla de contenido

RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN.....	1
1 CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	2
1.1 Planteamiento del problema.....	2
1.2 Formulación del problema	2
1.2.1 Problema general.....	2
1.2.2 Problemas específicos.....	2
1.3 Objetivos de la investigación	2
1.3.1 Objetivo general	2
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación de la investigación	3
1.4.1 Teórica.....	3
1.4.2 Metodológica.....	3
1.4.3 Práctica.....	4
1.5 Limitaciones de la investigación.....	4
2 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes de la investigación.....	5
Antecedentes internacionales	5
Antecedentes nacionales	7
2.2 Bases teóricas.....	8
2.3 Formulación de hipótesis.....	12
2.3.1 Hipótesis alterna	12
2.3.2 Hipótesis nula.....	12
3 CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	13
3.1 Método de investigación.....	13
3.2 Enfoque investigativo.....	13
3.3 Tipo de investigación.....	13
3.4 Diseño de investigación	13

3.5 Población, muestra y muestreo	13
3.6 Variables y operacionalización	15
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	18
3.7.1 Técnica	18
3.7.2 Descripción.....	18
3.7.3 Validación	18
3.7.4 Confiabilidad	19
3.8 Procesamiento y análisis de datos	19
3.9 Aspectos éticos	20
4 CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	21
4.1 Resultados	21
4.1.1 Análisis descriptivo de resultados	21
4.1.2 Prueba de Hipótesis.....	31
4.2 Discusión de los resultados	32
5 CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	36
5.1 Conclusiones	36
5.2 Recomendaciones	36
6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
7 ANEXOS	40
ANEXO I.....	40
ANEXO II	43
ANEXO III.....	45
ANEXO IV: Matriz de consistencia.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

Table 1 Características sociodemográficas de las gestantes participantes.....	21
Table 2 Características obstétricas de las gestantes participantes.....	22
Table 3 Sintomatología de depresión mayor según EPDS.....	23
Table 4 Características de relación familiar	25
Table 5 Análisis de Apgar Familiar	26
Table 6 Análisis Bivariado No significativo EPDS y características sociodemográficas	28
Table 7 Análisis bivariado No Significativo de EPDS y la relación de pareja	29
Table 8 Variables asociadas con sintomatología depresiva	30

RESUMEN

Introducción: En el periodo de gestación, se suscitan cambios físicos, neuroquímicos y endocrinos que pueden afectar a la gestante en la esfera de la salud mental, y si a esto sumamos la predisposición genética con los factores ambientales; puede desarrollarse con más facilidad cuadros de depresión. Así, se tiende a considerar que traer un hijo o hija al mundo y el periodo de espera es, para cualquier madre, uno de los momentos más esperados y felices; sin embargo, se ha demostrado que lamentablemente no todas las veces es así, puesto que se pueden presentar dificultades durante la gestación como los problemas de salud mental y en particular la depresión durante el embarazo. La prevalencia de depresión se sitúa entre 5-10% en estudios internacionales representando el 10-15% a las mujeres y 5-12% en varones (13).

En el Perú, se hizo un estudio en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima enfocada en madres gestantes y se encontró una prevalencia de depresión mayor de 13.5% en mujeres con 32 semanas de gestación que vivían en los alrededores del Hospital, otro estudio realizado en una sala de maternidad del Perú, encontró un 17% de madres con depresión; demostrándose en esta investigación, que es mayor el grado de depresión perinatal comparado con la depresión post parto que va de 8.1%-9.1% (5).

La salud mental y la maternidad están estrechamente relacionadas y esta relación no excluye las complicaciones de diferente etiología, pudiéndose convertir a futuro en un embarazo complicado, incrementándose el riesgo de aborto, Retardo del Crecimiento Intrauterino, malformaciones congénitas, entre otros; conllevando un daño potencial al feto (14). Con esta investigación, se desea mejorar la salud mental en madres gestantes; encontrando los factores que están asociados a la sintomatología de depresión, de esta manera contribuir a mejorar la salud Pública y apoyo mediante psiquiatría perinatal a niños afectados por esta condición.

Objetivo: Determinar los factores asociados a la sintomatología depresiva en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero -marzo 2023.

Metodología: Es un estudio cuantitativo, observacional, analítico y transversal. Se trabajará con una población de 120 gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso. Se utilizarán los instrumentos: Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS), Escala de

Apgar Familiar y otras variables de interés. Las escalas forman parte de un Cuestionario de Autorreporte. Adicionalmente se construyó una ficha de recolección de datos para coleccionar, a partir de la historia clínica, datos generales sobre los antecedentes de los pacientes (edad, estado civil, grado de instrucción).

Resultados: Se encontró que el 36,84% de gestantes que tienen de dos hijos a más presentan probable depresión mayor con una $p=0.041$, además en el análisis dimensional, el Apgar Familiar presentó una dimensión única, que explicaba el valor $p<0.022$. Se demuestra que el 57,14% de gestantes presentan probable depresión mayor en relación con la disfunción familiar severa

Conclusión: Se determinó que los factores asociados a la sintomatología depresiva en gestantes fueron el número de hijos previos y el Apgar familiar. Con respecto a la variable hijos previos se demuestra que el 36,84% de gestantes tienen de dos hijos a más por ende tienen alta probabilidad de padecer depresión, y esto puede estar relacionado a las condiciones de vida, economía u otros factores que pueden servir de estudio para otras investigaciones

Palabras clave: gestación, depresión, familia, apoyo

ABSTRACT

Introduction: During the gestation period, physical, neurochemical and endocrine changes occur that can affect the pregnant woman in the field of mental health, and if we add this genetic predisposition to environmental factors; pictures of depression can develop more easily. Thus, there is a tendency to consider that bringing a son or daughter into the world and the waiting period is, for any mother, one of the most anticipated and happy moments; however, it has been shown that unfortunately this is not always the case, since difficulties can arise during pregnancy, such as mental health problems and, in particular, depression during pregnancy. The prevalence of depression is between 5-10% in international studies, representing 10-15% in women and 5-12% in men (13).

In Peru, a study was carried out at the Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima focused on pregnant mothers and found a prevalence of depression greater than 13.5% in women with 32 weeks of gestation who lived in the vicinity of the Hospital, another study carried out in a maternity ward in Peru found 17% of mothers with depression; Demonstrating in this research that the degree of perinatal depression is higher compared to postpartum depression, ranging from 8.1%-9.1% (5).

Mental health and maternity are closely related and this relationship does not exclude complications of different etiology, which could become a complicated pregnancy in the future, increasing the risk of abortion, intrauterine growth retardation, congenital malformations, among others; leading to potential damage to the fetus (14). With this research, it is desired to improve mental health in pregnant mothers; finding the factors that are associated with the symptoms of depression, thus contributing to improving public health and support through perinatal psychiatry for children affected by this condition.

Objective: To determine the factors associated with depressive symptoms in pregnant women treated at the El Progreso Maternal and Child Center between February and March 2023.

Methodology: It is a quantitative, observational, analytical and cross-sectional study. We will work with a population of 120 pregnant women attended at the El Progreso Maternal and Child Center. The instruments will be used: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Family Apgar Scale and other variables of interest. The scales are part of a Self-Report

Questionnaire. Additionally, a data collection form was constructed to collect, from the clinical history, general data on the patient's background (age, marital status, level of education).

Results: It was found that 36.84% of pregnant women who have two or more children present probable major depression with a $p=0.041$, also in the dimensional analysis, the Family Apgar presented a single dimension, which explained the value $p<0.022$. It is shown that 57.14% of pregnant women present probable major depression in relation to severe family dysfunction.

Conclusion: It was determined that the factors associated with depressive symptoms in pregnant women were the number of previous children and the family Apgar. With respect to the previous children variable, it is shown that 36.84% of pregnant women have two or more children, therefore they have a high probability of suffering from depression, and this may be related to living conditions, economy or other factors that can be used. study for further research

Keywords: pregnancy, depression, family, support

INTRODUCCIÓN

En el periodo de gestación, se suscitan cambios físicos, neuroquímicos y endocrinos que pueden afectar a la gestante en la esfera de la salud mental, y si a esto sumamos la predisposición genética con los factores ambientales; puede desarrollarse con más facilidad cuadros de depresión. Así, se tiende a considerar que traer un hijo o hija al mundo y el periodo de espera es, para cualquier madre, uno de los momentos más esperados y felices; sin embargo, se ha demostrado que lamentablemente no todas las veces es así, puesto que se pueden presentar dificultades durante la gestación como los problemas de salud mental y en particular la depresión durante el embarazo. La prevalencia de depresión se sitúa entre 5-10% en estudios internacionales representando el 10-15% a las mujeres y 5-12% en varones (13).

En el Perú, se hizo un estudio en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima enfocada en madres gestantes y se encontró una prevalencia de depresión mayor de 13.5% en mujeres con 32 semanas de gestación que vivían en los alrededores del Hospital, otro estudio realizado en una sala de maternidad del Perú, encontró un 17% de madres con depresión; demostrándose en esta investigación, que es mayor el grado de depresión perinatal comparado con la depresión post parto que va de 8.1%-9.1% (5).

La salud mental y la maternidad están estrechamente relacionadas y esta relación no excluye las complicaciones de diferente etiología, pudiéndose convertir a futuro en un embarazo complicado, incrementándose el riesgo de aborto, Retardo del Crecimiento Intrauterino, malformaciones congénitas, entre otros; conllevando un daño potencial al feto (14). Con esta investigación, se desea mejorar la salud mental en madres gestantes; encontrando los factores que están asociados a la sintomatología de depresión, de esta manera contribuir a mejorar la salud Pública y apoyo mediante psiquiatría perinatal a niños afectados por esta condición.

1 CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La depresión es una condición que se caracteriza por tristeza persistente, dificultad para llevar a cabo actividades cotidianas que solía realizar y falta de interés en actividades que disfrutaba, estos síntomas al menos durante dos semanas. Esta definición es aplicable al público en general, incluyendo a las gestantes (18). A nivel mundial, la depresión afecta a gestantes entre un 15 a 20%; según la economía de los países y esto es cambiante en cada caso, mientras más baja sea la situación económica de las gestantes, están más vulnerables (3).

Los estudios de investigación, demuestran que hay una elevada prevalencia de depresión gestacional, al punto que podría afirmarse que la depresión no respeta la gestación (19), sin embargo, a pesar de esta problemática no se encuentra disponible la especialidad médica de psiquiatría perinatal, siendo en estos casos los problemas derivados a la consulta psicológica y, en el menor de los casos, a la atención psiquiátrica propiamente (20). Más inciertos aún son los efectos de la depresión gestacional durante el neurodesarrollo (21), pero hay evidencia que sugiere que los mediadores metabólicos asociados al cuadro depresivo determinan una programación en el desarrollo normal durante el periodo intrauterino que, en muchos casos, emergerá recién durante la niñez o la adolescencia (cuadros de depresión e hiperactividad en niños se asocian con procesos de programación fetal). La investigación en psiquiatría perinatal se encuentra aún naciendo, orientada a descubrir los daños en la salud mental del niño o niña durante y después de la gestación (21). Justamente, en estos contextos se requiere cuantificar la prevalencia de un fenómeno a nivel poblacional, definiendo así, si es pertinente o no su manejo con enfoque de salud pública.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

- ¿Cuáles son los factores asociados a la sintomatología depresiva en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023?

1.2.2 Problemas específicos

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

- Determinar los factores asociados a la sintomatología depresiva en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las variables sociodemográficas en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023.
- Caracterizar las variables clínicas y obstétricas en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023.
- Cuantificar la sintomatología depresiva en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023.
- Describir las dimensiones de apoyo familiar asociadas en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

La presente tesis aportará información sobre los factores asociados en la sintomatología depresiva en gestantes, con ello los resultados de la presente investigación se podrán sistematizar con otros estudios que empleen población gestante similar con el objetivo de evaluar la sintomatología depresiva en gestantes atendidas en el Centro de Salud El Progreso, de esta manera mejorar la salud mental de las gestantes aplicada a los resultados obtenidos.

1.4.2 Metodológica

Con la aplicación del instrumento empleado para esta investigación se generarán los resultados en la presente tesis. De la misma forma, este instrumento podrá ser empleado en futuras investigaciones en las cuales existan objetivos similares

para el presente estudio se medirá la relación que existe entre las condiciones de vida de la gestante y la relación con la depresión. Asimismo, se evaluarán otras variables que contribuyen y estiman si estos factores encontrados influyen en la salud mental de la madre que ha posterior puede perjudicar los aspectos conductuales, sociales, cognitivos y motores en el nuevo ser que se está formando

1.4.3 Práctica

Los resultados obtenidos en la presente tesis son relevantes debido a la importancia que se le brindara a la madre durante sus controles prenatales, haciendo hincapié en su entorno social, familiar y de pareja. Los factores asociados a la sintomatología depresiva, encontrados en este estudio, servirá como base para promover el uso de Guías Clínicas orientadas a mejorar la salud mental de la mujer durante la gestación, hacer énfasis en los controles prenatales y psicoprofilaxis

1.5 Limitaciones de la investigación

La presente investigación tuvo como limitaciones al inicio para acceder a las historias de las pacientes debido a la gran demanda que tiene el Centro de Salud, dicha población lamentablemente no se lograron entrevistar a todas en el horario establecido sino 2 horas más tarde. Dicho sea de paso, esta dificultad permitió tomar otras estrategias para concluir las satisfactoriamente como, por ejemplo, hablar con la Jefe de Servicio de Obstetricia para que pueda iniciar puntualmente el horario de atención a las madres gestantes.

2 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

Osma S Lozano M y Mojica M (2019) determinaron la prevalencia de depresión, ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia) durante el año 2019. En este estudio se recopiló información de 244 gestantes que viven en Bucaramanga y Floridablanca en Colombia. Para la recolección de los datos se utilizaron las Escalas de la Depresión Posnatal de Edimburgo, una ficha Autoevaluación de ansiedad de Zung, Test de APGAR familiar y Cuestionario de Apoyo Social Percibido. La prevalencia de ansiedad fue del 25.8% y de depresión el 24.6% asimismo la depresión está asociada al consumo de alcohol, presencia de ansiedad y antecedentes familiares de depresión. Un factor protector fue la fuente de dos ingresos económicos por parte de familiares y pareja de la gestante.

Chaves M y Roson L (2021) evaluaron la detección precoz de depresión prenatal en gestantes de Lugo durante el año 2021. Participaron 209 gestantes que fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia en el tercer trimestre de gestación. Para la recolección de datos se utilizó el instrumento PHQ que utiliza los criterios del DSM IV y V aplicados por su sencillez, rapidez e interpretación. Se observó que existe una relación estadísticamente significativa de padecer síntomas depresivos cuando son primigestas, no planifican el embarazo, presentar antecedentes de salud mental y tener una vivencia negativa del embarazo.

Monterosa A Rodelo A Monterosa B y Castellar I (2022) determinaron los Factores psicosociales y obstétricos asociados con depresión, ansiedad o estrés psicológico en embarazadas residentes en el Caribe Colombiano. En este estudio se recopiló información de 509 embarazadas. Para la recolección de datos se aplicó la escala de depresión ansiedad estrés y un formulario que incluía variables sociodemográficas. El 18% de las participantes informo sentirse triste y deprimida en grado considerable a muy deprimida, el 15% sintió temblor de manos y el 34% resulto difícil tomar la iniciativa para realizar actividades.

Martínez J y Jacome N (2019) evaluaron Depresión en el embarazo. En este estudio se recopiló información de la base de datos LILACS y Pubmed en búsqueda de manuscritos de un total de 233 artículos en las cuales 55 cumplían los criterios de inclusión, se seleccionaron 55

publicaciones que fueron evaluadas por 2 autores de manera independiente y luego por confrontación se analizaron variables como complicaciones, tratamiento y etiología.

Jorge F, Da Silva ,F Bem A y Silva G (2019) describieron Enfermedad mental en mujeres embarazadas durante el año 2019. En este estudio se recopiló información de 141 gestantes que fueron seleccionadas por un proceso de muestreo no probabilístico. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario y un instrumento SQR20 (Self Reporting Questionnaire) propuesto por la OMS, validado en Brasil e identifica síntomas en los últimos 30 días. Se identificó que el 31.9% de las gestantes presentaron una clínica sugestiva de enfermedad mental y el 68.1% no presentaron ningún tipo de síntomas.

Gaviria S, Uribe A, Sirley L, et.al (2021) evaluaron la prevalencia del riesgo de depresión y preocupaciones en mujeres gestantes en el contexto de la pandemia por covid-19 en Antioquia, Colombia, 2020-2021. En este estudio participaron 345 mujeres gestantes que tenían acceso a un medio tecnológico como celular, computador o Tablet y acceso a internet. El instrumento que se utilizó fue la escala de depresión de Edimburgo mediante una encuesta virtual por web Google. El 30.4% presenta riesgo de depresión y el 8.4% indicó haber pensado en hacerse daño en los últimos 7 días.

La prevalencia y riesgo de depresión en mujeres gestantes evaluadas en distintos puntos de Latinoamérica representan un promedio del 25% teniendo como factor de riesgo la condición socioeconómica, factores genéticos y problemas de pareja. Para su estudio se emplearon instrumentos validados como la Escala Postnatal de Edimburgo, Test de Apgar familiar, cuestionario instrumento SQR20 (Self Reporting Questionnaire) entre otros, que sirvieron para ampliar la investigación. La población de estudio en otros países fue en promedio 200 gestantes que participaron de manera voluntaria y activa.

Antecedentes nacionales

Mendoza Maldonado C y Salvatierra Y (2020) demostraron el nivel de ansiedad y depresión por el coronavirus en gestantes atendidas en establecimientos de salud de Huancayo durante el año 2020. En este estudio participaron 135 gestantes que se atendieron en los Centros de Salud de los distritos de Chilca, Huancayo y El Tambo que asistían a su control prenatal. Para la recolección de datos se utilizaron como instrumento la escala de Beck y de Hamilton. Se identificó que el 0.7% padece depresión muy severa ,4.5% depresión severa,11.1% depresión moderada,40% depresión ligera y no están deprimidas 43,7%.

Pariona E, Moquillaza V,Garcia J y Cuya E (2018) estudiaron los factores psicosociales asociados a la depresión en gestantes atendidas en un centro materno infantil peruano durante el año 2018.En este estudio participaron 95 gestantes que fueron atendidas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo .Los instrumentos utilizados fueron una ficha de recolección de datos y el PHQ-9 .El 57.14% de gestantes presento depresión leve y un 36.73% depresión moderada ,asimismo se demuestro que el 44.9% recibía insultos por parte de la familia y 28.57% violencia física intrafamiliar para las gestantes con depresión.

Lena M y Salinas J (2009) evaluaron la Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú durante el año 2009. En este estudio se recopiló información de 222 gestantes que fueron atendidas en el por consulta externa en el departamento de Obstetricia en el Instituto Materno Perinatal de Lima. Para este estudio se utilizó la Escala de Depresión de Edimburgo y un cuestionario sobre los datos obstétricos y sociodemográficos. El 40.1% de mujeres gestantes presentaron depresión mayor, las gestantes que no tenían pareja y no planificaron su embarazo presentaron mayor depresión de aquellas que estaban casadas.

Las investigaciones realizadas en el Perú fueron captadas en Centro de Salud y Hospitales donde las participantes acceden de manera voluntaria a participar en los estudios valorados por los investigadores. Las gestantes atendidas representan el 25% de la población, también fueron sometidas a entrevistas donde se aplicaron instrumentos validados como la Escala de Beck y de Hamilton, Cuestionario PHQ9, Escala de Depresión de Edimburgo, entre otros. Se demostró que los factores asociados a la depresión son su situación familiar, emocional y estado civil

2.2 Bases teóricas

Definición de depresión durante el embarazo

Es una condición de salud mental común, que puede ser originado por factores genéticos, ambientales, psicológicos y biológicos además posee diferentes grados que pueden ir de leve y de corta duración, también grave y de tiempo prolongado, algunos pacientes se verán afectados más de una vez y otros una sola vez depende de los factores externos. La depresión puede desencadenar en suicidio por lo tanto este desenlace se puede prevenir y tratar (11).

De acuerdo con la DSM-5, la depresión perinatal, es un suceso que se presenta durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas después del parto manifestándose con distimia, dificultad para dormir, pensamientos negativos y en casos graves, tendencia suicida (17).

La gestante con depresión, no se alimenta correctamente y tampoco busca ayuda o acude voluntariamente a sus controles prenatales. Se descuida en su aseo personal, inasistencias laborales, llanto incontrolable, entre otros. (4), la naturaleza de la depresión se acrecenta más cuando no acude a un centro médico para identificar las enfermedades que pueden estar implicadas. Se puede diagnosticar a tiempo los cuadros depresivos, si el médico realiza las preguntas adecuadas apoyándose en diversos Test, además debe generar un ambiente de confianza y empatía. Algunas de las gestantes con depresión tienen facilidad para comunicar lo que sienten, si en caso se siente en confianza (12).

La depresión se puede presentar en cualquiera de los tres trimestres de la gestación, no solo puede afectar la salud de la madre sino también la salud del o la bebe y puede repercutir en su salud mental hasta en tres generaciones de toda una familia, según Vanessa Herrera, especialista del equipo técnico de la dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud (Minsa) (15).

Prevalencia y Fisiopatología

En investigaciones de otros países, el trastorno depresivo está ubicados en el 5-10% de la población adulta (siendo el 10-15% en mujeres y del 5-12% en varones. Va en aumento en aquellos pacientes que padecen alguna patología física y en el adulto mayor alcanza un 15% (2).

En el Perú se realizó un estudio de investigación, en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima; dirigida a madres gestantes, donde se identificó una prevalencia de 13.5% con depresión en mujeres de 32 semanas de gestación que vivían en los alrededores del Hospital, y otro realizado en un Centro Materno del Perú que fue una proporción de 17%, demostrándose en esta investigación que es mayor el grado de depresión perinatal comparado con la depresión post parto que va de 8.1%-9.1% (5).

Un estudio realizado por Borda et al demuestra que el 19% de madres que padecen depresión durante la gestación y en madres adolescentes una prevalencia de 32.8%. En el Perú se registra una prevalencia de 40.1% ,30.7% en México y 29% en Sudamérica (4).

Existen factores tipo biológico, que cumplen un rol importante en la depresión gestacional, donde se ha demostrado que la presencia de anticuerpos anti tiroideos puede conllevar a disminuir los niveles de la hormona tiroidea en sangre por ende disminución del estado de ánimo, distimia y anhedonia. Durante la gestación, existe un incremento de las hormonas tiroideas T3 y T4 y de la hormona ligadora de estrógeno que también permanece después de la gestación y del parto, además se presenta un súbito cambio de estas concentraciones (13). Para poder desencadenar esta patología, hay un factor genético cuando los familiares de primer grado de la embarazada padecen cuadros depresivos. Algunos estudios indican que la noradrenalina y serotonina son los neurotransmisores involucrados en los cuadros depresivos, se ha comprobado que existe la disminución del metabolito de la noradrenalina en sangre y orina de pacientes que padecen depresión y además reducción de la recaptación de serotonina hallados en las células sanguíneas de enfermos con depresión (14). A medida que progresa el embarazo, los niveles de progesterona, estradiol y CRH que son los principales reguladores del eje LHPA, estimulan la secreción e incremento de cortisol y glucocorticoides secretados por la corteza adrenal, el aumento de CRH influye en la depresión melancólica, alcoholismo crónico y trastornos alimentarios (19)

Sintomatología de la depresión gestacional

Los cuadros depresivos que se presentan en cualquier época de la vida son similares a la semiología de la depresión del embarazo. Se manifiesta con síntomas cardinales como, por ejemplo: desconcentración, irritabilidad, síntomas de angustia, desánimo y desinterés por las actividades que solía realizar antes. También puede presentarse ira o sentimientos negativos en relación al embarazo, rechazo sobretodo si no es planificado. La persistencia del desánimo es un requisito de diagnóstico muy importante que no se puede dejar de lado, es fundamental diagnosticar los episodios de depresión (14).

Es importante diagnosticar los episodios de depresión mayor en las pacientes gestantes. Según la Asociación Americana de Psiquiatría para diagnosticar una depresión, se requiere evaluar los signos y síntomas, siempre y cuando se prolongue por al menos dos semanas (15).

Es importante resaltar que los especialistas en psiquiatría perinatal (21) describen con el nombre de depresión perinatal a aquellos síntomas depresivos que comienzan durante la gestación o un año después del alumbramiento, esta denominación permite limitar los cuadros depresivos en las primeras semanas del puerperio. Aun no existen evidencias científicas o estudios que demuestren si existe algún tipo de daño o perjuicio a la descendencia de aquellas pacientes con depresión perinatal (20).

Tratamiento

En los últimos 20 años, se ha visto en aumento la demanda del uso de medicamentos antidepressivos en mujeres embarazadas. El cerebro sintetiza neurotransmisores que regulan el estado de ánimo, los más estudiados adrenalina y serotonina. El riesgo de las madres que toman antidepressivos tenga hijos con defectos congénitos es muy bajo (4).

Muchas veces la sintomatología depresiva en la gestación no se llega a tratar o se hacen tratamientos insuficientes a pesar de tener el diagnóstico; es importante indicar a la paciente, dejar los hábitos nocivos, posteriormente iniciar la terapia farmacológica con la finalidad de establecer su estado ánimo, de esta manera disminuir los riesgos en el feto. Siempre, será preferible, no utilizar fármacos antidepressivos durante el primer trimestre debido a que en esta etapa se forman los principales órganos en el bebe. Se van a emplear en la terapia los inhibidores de receptación de serotonina (ISRS), sobretodo Paroxetina; porque el riesgo de presentar

malformaciones congénitas, según estudios, es de 2/1000 nacimientos. No hay otros medicamentos antidepresivos empleados en la gestación, que los antes mencionados; otros grupos farmacológicos incrementan el riesgo de teratogenicidad por ende los más recomendados son ISRS (24).

Desde 1950 el tratamiento de primera línea fue el uso de los antidepresivos tricíclicos, pero hoy en día han sido reemplazados por otros medicamentos con mejor tolerancia. Los antidepresivos tricíclicos por ser altamente lipofílico han sido causantes de malformaciones cardiacas como defectos septales. Otros estudios demuestran que existe un 2-4% de malformaciones cardiacas con el uso de sertralina. Wichman demostró en el año 2009 que no hay riesgo de malformaciones cardiacas con el uso de venlafaxina (13).

Enfoque en salud Pública

Sin duda, la salud materna perinatal puede considerarse como la gran olvidada en el sistema sanitario del Perú, muy pocas veces el personal de salud pregunta sobre el estado de ánimo de las pacientes, cómo se siente en la consulta, qué expectativas tiene sobre la maternidad durante y después del parto. La OMS, ha creado el Plan de Acción para la Salud Mental en el mundo, que consiste en mejorar los servicios de salud en los hospitales y centros asistenciales para beneficio de la gestante durante su hospitalización y después de ella. El impacto de la Salud perinatal en el Perú, debe enfocarse empezando por la unidad familiar de la gestante, con el compromiso de seguimiento y evaluación (20).

Sistemáticamente es necesario evaluar si las estrategias implementadas en política pública y a nivel institucional, logran objetivos y metas planteadas; lo que hace más eficiente la atención primaria en salud. Es necesario, sensibilizar e informar acerca de la importancia de la salud materna perinatal, qué beneficios tiene en la madre y el niño, asimismo qué problemas pueden conllevar a futuro en la salud del nuevo ser en su vida adulta (6).

En Chile, existe el Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo, posparto y apoyo al tratamiento (2014), donde han creado estrategias sanitarias en el contexto para detectar depresión en la gestante, sin embargo, en el Perú aún no se ha planteado (22).

Es fundamental, identificar a qué eventualidades negativas se expondrá el niño o niña al nacer, cuál será su realidad social, cultural, económico y mental. Es importante, la intervención del estado y principalmente de Psiquiatría perinatal para tamizar a los niños de madres que padecieron depresión perinatal, y por qué no; realizar un estudio prospectivo a fin de disminuir los indicadores negativos de la salud (23).

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis alterna

- Existen factores asociados a la sintomatología depresiva en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023

2.3.2 Hipótesis nula

- No existen factores asociados a la sintomatología depresiva en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023

3 CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Método de investigación

Método hipotético-deductivo

3.2 Enfoque investigativo

Enfoque cuantitativo

3.3 Tipo de investigación

Investigación básica

3.4 Diseño de investigación

Investigación observacional de corte transversal

3.5 Población, muestra y muestreo

Se realizará un estudio de enfoque cuantitativo, diseño observacional, analítico, prospectivo y transversal. Se incluirá a todas las gestantes que se atendieron en el Centro de Salud, entre febrero y marzo 2023. Sólo se considerarán a aquellas que tengan entre 18 y 45 años de edad, que quieran participar voluntariamente y no tengan impedimentos físicos ni mentales.

Criterios de inclusión:

- Gestantes mayores de 18 años
- Gestantes que no tengan problemas físicos ni mentales que impidan su participación en el estudio
- Madres que acuden al Centro Materno Infantil El Progreso
- Madres gestantes que accedan voluntariamente a contestar los cuestionarios

Criterios de exclusión:

- Gestantes menores de edad
- Gestantes que no acuden a atenderse en el Centro Materno Infantil El Progreso

3.6 Variables y operacionalización

VARIABLE		DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	TIPO VARIABLE	DE	ESCALAS DE MEDICION	DE	CRITERIOS DE MEDICION	DE	INSTRUMENTOS DE MEDICION
VARIABLES Socio Demográficas	Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ser vivo	Entre 18-25 años Entre 26-35 años Entre 36 -45 años	Cuantitativa		discreta		Entre 18-45 años		Ficha de recolección de datos
	Estado civil	Conjunto de condiciones de una persona física que determina su situación jurídica	Soltera Casada Conviviente	Cualitativa		nominal		Soltera Casada Conviviente		Ficha de recolección de datos
	Grado de instrucción	Grado o nivel de estudios realizados	Primaria completa Secundaria Completa Superior técnica Primaria incompleta Secundaria incompleta Superior universitaria	Cualitativa		nominal		Primaria completa Secundaria Completa Superior técnica Primaria incompleta Secundaria incompleta Superior universitaria		Ficha de recolección de datos
	Situación laboral	Situación o privilegio de un trabajador	Empleada Desempleada	Cualitativa		nominal		Empleada Desempleada		Ficha de recolección de datos
VARIABLES Clínicas y obstétricas	Antecedentes patológicos	Enfermedades que presento un paciente	Diabetes mellitus TBC HTA Asma Gastritis	Cualitativa		nominal		Diabetes mellitus TBC HTA Asma Gastritis		Ficha de recolección de datos
	Complicaciones del embarazo	Problemas de salud durante el periodo de gestación	Anemia ITU Eclampsia Preeclampsia	Cualitativa		nominal		Anemia ITU Eclampsia Preeclampsia		Ficha de recolección de datos
	Hábitos nocivos	Consumo frecuente de sustancia dañina para la salud	Alcohol Tabaco Drogas	Cualitativa		nominal		Alcohol Tabaco Drogas		Ficha de recolección de datos

Sintomatología depresiva		Presencia de síntomas referidas al estado de salud mental de la gestante	Síntomas depresivos percibidos	Cuantitativa	Intervalo	<p>Se trata de una escala que tiene 10 ítems. A las respuestas se le otorga un puntaje de 0 a 3 puntos.</p> <p>a)0 b)1 c)2 d)3</p> <p>Un puntaje de 13 a 33, indica sospecha de depresión durante el embarazo.</p> <p>Cualquier puntaje distinto a 0 en la pregunta número 10 requiere evaluación adicional dentro de 24 horas.</p>	Escala de depresión postnatal de Edimburgo,
Apgar-familiar	Apoyo de los padres y/o familiares	Oportunidad de conocer y compartir situaciones, donde esté involucrado el altruismo y afecto familiar	Características propias de cada familia que influyen	Cuantitativa	Intervalo	<p>El Apgar familiar es un instrumento que muestra cómo percibe los miembros de la familia. Casi siempre (2 puntos) Algunas veces (1 punto) Casi nunca (0 puntos)</p> <p>Puntuación de 7 a 10 (familia muy funcional) 4-6 (familia moderadamente disfuncional) 0-</p>	Escala de Apgar familiar

		en el comportamiento psicológico y social de la gestante			3(familia con grave disfunción)	
Buen trato familiar	Los miembros de la familia brindan bienestar físico y/o psicológica a la gestante		Cuantitativa	Intervalo		Escala de Apgar familiar
Recreaciones familiares	Interacción activa por todos los integrantes de una familia		Cuantitativa	Intervalo		Escala de Apgar familiar
Soporte familiar	Convivencia sana en unión, comunicación, confianza que existe en los miembros de la familia		Cuantitativa	Intervalo		Escala de Apgar familiar
Apoyo del conyugue o pareja	Consiste en brindar estímulo, aceptación y tranquilidad en la relación de pareja	Características objetivas de compromiso emocional de la pareja de la gestante	Cualitativa	Intervalo	Siempre La mayoría del tiempo A veces Nunca o casi nunca	Cuestionario
Intención de aborto	Deseo voluntario de interrumpir el embarazo	Actitudes emocionales tomadas durante la gestación	Cualitativa	Intervalo	Lo tome como posibilidad No, nunca lo pensé	Cuestionario

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

Técnica encuesta

3.7.2 Descripción

Las madres gestantes, serán abordadas durante el servicio de atención de Obstetricia en el Centro Materno Infantil El Progreso, se les entregará a cada embarazada un consentimiento informado que autorice de manera voluntaria su participación en el estudio (ANEXO I); luego se cuenta con una ficha de recolección que contiene datos epidemiológicos, datos médicos previos al embarazo, antecedentes obstétricos previos al embarazo actual y datos obstétricos (ANEXO II); finalmente se elaboró un cuestionario de autoreporte que incluyó las variables principales (ANEXO III).

Para la detección de depresión gestacional se utilizará como instrumento la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, cuyas preguntas son una serie de 10 ítems con un enfoque a su situación emocional y depresiva

3.7.3 Validación

Se demostró mediante una revisión sistemática, que las características de esta Escala son de alto rendimiento y para demostrarlo se realizaron 25 estudios pertinentes cuyo punto de corte es mayor igual a 9 para depresión, con una consistencia de 84%, un Índice de Confianza de 95% y una especificidad de 77%; es una prueba validada en Colombia de fácil aplicación traducida en varios idiomas incluido el español y bien aceptada por la población femenina. En esta escala se considera depresión si el puntaje es mayor o igual a 13 indicando depresión. (1) El Apgar familiar es un cuestionario creado por Gabriel Smilkstein, médico neurólogo en el año 1978, contiene 5 elementos con escala tipo Likert (nunca=0, algunas veces=2 y siempre=4). Esta escala esta validada en muchas poblaciones latinoamericanas, con índices de correlación entre 0.7 y 0.8. Con una confiabilidad de 87%, sensibilidad del 67% en la población de Bucaramanga en el año 2015. Con este Test, se logra medir de manera global como percibe o se siente un individuo dentro de su ambiente familiar. Se creó una variable ordinal, sus ítems establecieron: función familiar normal con un puntaje de 18 a 20, disfunción familiar leve, con un puntaje de 14-17, disfunción familiar moderada con el puntaje 10-13 y disfunción familiar grave con un puntaje por debajo de 9. (1)

Por último, se elaboró un cuestionario de 5 preguntas donde se responde a la relación de pareja aplicando 4 ítems de siempre, la mayoría del tiempo, a veces, nunca o casi nunca. Con respecto a la última pregunta de la idea de abortar siendo dos alternativas: lo tuve como una posibilidad y no, nunca lo pensé.

3.7.4 Confiabilidad

Se demostró mediante una revisión sistemática, que las características de esta Escala son de alto rendimiento y para demostrarlo se realizaron 25 estudios pertinentes cuyo punto de corte es mayor igual a 9 para depresión, con una consistencia de 84%, un Índice de Confianza de 95% y una especificidad de 77%; es una prueba validada en Colombia de fácil aplicación traducida en varios idiomas incluido el español y bien aceptada por la población femenina. En esta escala se considera depresión si el puntaje es mayor o igual a 12 indicando depresión postnatal y mayor igual a 13 en etapa prenatal. (1)

3.8 Procesamiento y análisis de datos

Para las técnicas de procesamiento es fundamental controlar la calidad de los instrumentos además que estén validados actualmente, asimismo los instrumentos están conformados por la Escala de depresión Posnatal de Edimburgo, Apgar familiar y un cuestionario que contenía datos enfocados a descubrir la relación de pareja y la idea de aborto. Se realizará el análisis estadístico de los datos recopilados, se seleccionará toda la información y verterá a una base de dato tipo Excel. Los datos recopilados serán ingresados al programa estadístico SPSS versión 23.0 Para elaborar la información se usarán estadísticos de naturaleza descriptiva (de frecuencia o de tendencia central) y analíticos (diferencia de medias según ANOVA y prueba T de Student para muestras que no son dependientes). Se considerará como significativo todo valor de p menor a 0,05.

3.9 Aspectos éticos

El presente trabajo de investigación es confidencial, se guardará en el anonimato; además se brindará un consentimiento informado a cada participante que forma parte del estudio. Una vez aprobado el consentimiento, se procederá a aplicar la ficha de recolección de datos y el cuestionario de autoreporte a cada participante. Este trabajo de investigación se basa en principios éticos y normas del Comité Institucional de Ética de la Universidad Privada Norbert Wiener.

La población puede decidir libremente participar o no en la aplicación, en caso no desee participar, no afectará el proceso de la investigación. Recibirán orientación y seguimiento para la atención. Este estudio no compromete la salud física o mental de las participantes, además la información brindada tendrá resguardo y privacidad. Se garantiza la transparencia y equidad del proceso de investigación.

4 CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1 Análisis descriptivo de resultados

4.1.1.1 Características sociodemográficas

De 120 gestantes entrevistadas, el perfil socio demográfico fue: edad promedio fue de 28.99 años \pm 6.13 (rango: 18-44); el 90% vivía en pareja y el 10% no vivía con la pareja. En relación a su estado civil, 77.50% de las gestantes son convivientes, 12.5% son solteras y 10% están casadas. En cuanto al grado de instrucción, el 53.3% de la población tenía secundaria completa, 20% superior técnica, 10.83% superior universitaria, 9.7% secundaria incompleta, 4.17% primaria completa y 2.5% primaria incompleta. En cuanto al estado laboral, el 73.3% estaba desempleada y el 25.83% empleada. En relación a la procedencia el 62.5% nació en Lima y 37.5% nació en provincia. Estos resultados se muestran en la Tabla 1.

Table 1 Características sociodemográficas de las gestantes participantes

Variables		n	%
Vive con la pareja	No	12	10.00%
	Sí	108	90.00%
Estado civil	Casada	12	10.00%
	Conviviente	93	77.50%
	Soltera	15	12.50%
Nivel de educación	Primaria Completa	5	4.17%
	Primaria Incompleta	3	2.50%
	Secundaria Completa	64	53.33%
	Secundaria Incompleta	11	9.17%
	Superior Técnica	24	20.00%
	Superior Universitaria	13	10.83%
Estado laboral	Desempleada	88	73.33%
	Empleada	31	25.83%
Lugar de nacimiento	Lima	75	62.50%
	Provincia	45	37.50%

4.1.1.2 Características Obstétricas

Del total de 120 gestantes 83.33% disminuyó de peso durante el embarazo, 8.33% mantiene su peso durante el embarazo y otro 8.33% disminuyó su peso. Asimismo 88.33% no es primigesta y un 11.67% sí es primigesta. El 88.33% no presenta hijos previos, 32.50% al menos tiene un hijo y 31.67% tiene 2 hijos a más. En relación al aborto antes de su actual embarazo el 66.67% no tuvo antecedentes de aborto y 33.33% sí lo tuvo. En cuanto al número de embarazos hasta el actual se obtiene un mínimo de 0,0 y un máximo de 7,0 y una desviación estándar de 1,45. Para el número de controles prenatales, una media de 3,96 y una desviación estándar de 2,36, con un mínimo de 1 y un máximo de 9. En relación a la condición del peso previo según su IMC, 46,60% están en normopeso, en obesidad 23,30%, con sobrepeso grado I 13,30%, sobrepeso grado II 13,30% y bajo peso un 3,30%. Las gestantes entrevistadas en un 56,60% estaban en el tercer trimestre de embarazo, 28,30% en el segundo trimestre y un 15% en el primer trimestre. Los resultados se expresan en la tabla 2

Table 2 Características obstétricas de las gestantes participantes

Variables		Descripción	
		n	%
Variación peso durante el embarazo	<i>Peso se mantiene durante el embarazo</i>	10	8.33%
	<i>Incremento de peso gestacional</i>	100	83.33%
	<i>Disminución de peso durante el embarazo</i>	10	8.33%
Primigesta	<i>No</i>	106	88.33%
	<i>Sí</i>	14	11.67%
Sin hijos y con hijos previos	<i>Sin hijos</i>	43	35.83%
	<i>Al menos un hijo</i>	39	32.50%
	<i>2 hijos a más</i>	38	31.67%
Aborto antes de su actual embarazo	<i>No</i>	80	66.67%
	<i>Sí</i>	40	33.33%
Número de embarazos hasta el actual		1.9 ± 1.45 (0-7)	
Número de controles prenatales		3.96 ± 2.36 (1-9)	
Condición peso previo según IMC		n	%
	<i>Bajo peso</i>	4	3.30%

	<i>Normopeso</i>	56	46.60%
	<i>Sobrepeso grado I</i>	16	13.30%
	<i>Sobrepeso grado II</i>	16	13.30%
	<i>Obesidad</i>	28	23.30%
	<i>Total</i>	120	100%
Trimestre		n	%
1	<i>Primer trimestre</i>	18	15%
2	<i>Segundo trimestre</i>	34	28.30%
3	<i>Tercer trimestre</i>	68	56.60%
	<i>Total</i>	120	100%

4.1.1.3 Características de la depresión mayor según EPDS

Del total de 120 gestantes 3,35% no ha sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas y el 60,83% si ha sido capaz de ver el lado bueno de las cosas. En relación de haber sentido miedo y pánico sin motivo alguno el 49,17% no lo ha sentido y el 4,17% si lo ha sentido bastante. Por otro lado, al 40,83% de gestantes las cosas no le oprimen ni le agobian sin embargo el 5% si están agobiadas. El 47,50% no se ha sentido infeliz que ha tenido dificultad para dormir, pero el 9,17% si ha tenido bastante dificultad para dormir. El 49,17% de gestantes no se ha sentido triste y desgraciada, sin embargo ,4,17% si se ha sentido así. En relación que la gestante ha sido tan infeliz que ha estado llorando el 53,33% lo niega y el 10% si ha estado tan infeliz que estuvo llorando esta última semana. El 97,50% no ha pensado en hacerse daño a si misma pero el 0,83% si lo ha pensado.

La prevalencia de depresión mayor para las gestantes es de 29,2% (35 pacientes del total de 120) Los resultados se expresan en la tabla 3

Table 3 Sintomatología de depresión mayor según EPDS

Ítem	Respuestas							
	Si, bastante		Si, a veces		No, casi nunca		No, nada	
He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	n	%	n	%	n	%	n	%
	73	60,83%	22	18,33%	21	17,50%	4	3,35%

He mirado el futuro con placer	87	72,50%	22	18,33%	10	8,33%	1	0,83%
Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien	17	14,17%	46	38,33%	15	12,50%	42	35%
He estado ansiosa y preocupada sin motivo	13	10,83%	53	44,17%	5	4,17%	49	40,83%
He sentido miedo y pánico sin motivo alguno	5	4,17%	40	30,33%	16	13,33%	59	49,17%
Las cosas me oprimen o me agobian								
	6	5%	54	45%	11	9,17%	49	40,83%
Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir								
	11	9,17%	20	16,67%	32	26,67%	57	47,50%
Me he sentido triste y desgraciada	5	4,17%	21	17,50%	35	29,17%	59	49,17
He sido tan infeliz que he estado llorando	12	10%	16	13,3%	28	23,33%	64	53,33%
He pensado en hacerme daño a mí misma	1	0,83%	2	1,67%	0	0	117	97,50%
Resultados globales	8.14 ± 6.8 (0-26)							

4.1.1.4 Características de la relación familiar

Del total de 120 gestantes para Apgar Familiar, 78,4% tienen alta funcionalidad familiar, 15,8% funcionalidad familiar moderada y un 5,8% disfunción familiar severa.

En cuanto a la relación con la pareja, es cálida y cercana en un 68,3%, tienen desacuerdos puntuales 24,2% y la relación es fría y distante en un 7,5%. Para el ítem apoyo de la pareja, siempre tienen la ayuda de su pareja un 51,7%, la mayoría de veces tienen el apoyo un 22,5%, a veces cuentan con el apoyo un 20% y nunca cuentan con su apoyo un 5,8%. En relación a los problemas con la pareja, nunca lo tienen un 40,8%, a veces tienen problemas un 52,5%, la mayoría del tiempo un 4,2% y nunca tienen problemas un 2,5%. En cuanto a la reacción del padre al enterarse de su embarazo, un 65% le agrado la noticia, el 30% no le agrado la noticia al inicio pero después fue cambiando de parecer y un 5% hasta ahora no le agrada la noticia. En relación a la idea de aborto un 64,2% nunca lo pensó y el 35,8% al inicio lo tomo como una posibilidad. Los resultados se expresan en la tabla 4

Table 4 Características de relación familiar

Variable	n	%	
Puntaje Apgar familiar	Disfunción severa	7	5.8%
	Funcionalidad moderada	19	15.8%
	Alta funcionalidad	94	78.4%
Relación con la pareja	Cálida y cercana.	82	68.3%
	Desacuerdos puntuales	29	24.2%
	Fría y distantes	9	7.5%
Ayuda de la pareja	Siempre	62	51.7%
	La mayoría	27	22.5%
	A veces	24	20%
	nunca	7	5.8%
Problemas con la pareja	Siempre	3	2.5%
	La mayoría	5	4.2%
	A veces	63	52.5%

	<i>nunca</i>	49	40.8%
<i>Reacción del padre al enterarse de su embarazo</i>	<i>Desde el inicio le agradó</i>	78	65%
	<i>Al inicio no pero luego sí acepto</i>	36	30%
	<i>No nunca hasta ahora</i>	6	5%
<i>Idea de abortar</i>	<i>Sí al inicio,</i>	43	35.8%
	<i>No nunca</i>	77	64.2%

4.1.1.5 Tabla de análisis Apgar familiar

Del total de 120 gestantes, el 74,17% casi siempre puede recurrir a su familia en busca de ayuda, el 5,83% casi nunca puede recurrir a su familia. El 77,50% de gestantes casi siempre comparte con sus familiares sus problemas, el 5,83% casi nunca comparte sus problemas con su familia. El 75% de gestantes refiere que casi siempre su familia apoya sus proyectos, el 5,83% indica que casi nunca apoya sus proyectos. El 75,83% de embarazadas casi siempre está satisfecha de como manifiesta el afecto su familia, otro 5% casi nunca está satisfecha. El 76.67% de gestantes casi siempre pasa tiempo en familia sin embargo un 5% casi nunca pasa tiempo en familia. Los resultados se expresan en la Tabla 5

Table 5 Análisis de Apgar Familiar

Variables		n	%
<i>Apgar familiar 1</i>	Casi Nunca	7	5.83%
	Algunas Veces	24	20.00%
	Casi Siempre	89	74.17%
<i>Apgar familiar 2</i>	Casi Nunca	7	5.83%
	Algunas Veces	20	16.67%
	Casi Siempre	93	77.50%
<i>Apgar familiar 3</i>	Casi Nunca	7	5.83%
	Algunas Veces	23	19.17%
	Casi Siempre	90	75.00%
<i>Apgar familiar 4</i>	Casi Nunca	6	5.00%
	Algunas veces	23	19.17%

	Casi Siempre	91	75.83%
<i>Apgar familiar 5</i>	Casi nunca	6	5.00%
	Algunas veces	22	18.33%
	Casi Siempre	92	76.67%
	Total	120	100%

4.1.1.6 Análisis Bivariado No Significativo de EPDS y características sociodemográficas

Del total de 120 gestantes, el 68,57% que padecen probable depresión mayor son convivientes y el 8,57% con probable depresión mayor son casadas, el 22,86% de gestantes que padecen probable depresión mayor son solteras. El 48,57% que tienen como grado de instrucción secundaria completa tienen una probable depresión mayor, sin embargo, el 55,29% no tiene depresión cuando solo tienen secundaria completa. Aquellas gestantes que tienen estudios universitarios tienen una probable depresión mayor de 14,29% y no hay depresión en el 9,41% de gestantes con estudios universitarios. En relación al estado laboral el 68,57% de gestantes que están desempleadas tienen probable depresión mayor y 28,57% que están empleadas tienen probable depresión mayor. En relación a las gestantes que nacieron en Lima 62,86% tienen probable depresión mayor y 37,65% que nació en provincia no presenta depresión. Los resultados se expresan en la tabla 6

Table 6 Análisis Bivariado No significativo EPDS y características sociodemográficas

Variables					
		NO HAY DEPRESION		HAY PROBABLE DEPRESION MAYOR	
		n	%	n	%
Estado civil	Casada	9	10.59%	3	8.57%
	Conviviente	69	81.18%	24	68.57%
	Soltera	7	8.24%	8	22.86%
Nivel de educacion	Primaria Completa	2	2.35%	3	8.57%
	Primaria Incompleta	2	2.35%	1	2.86%
	Secundaria Completa	47	55.29%	17	48.57%
	Secundaria Incompleta	8	9.41%	3	8.57%
	Superior Técnica	18	21.18%	6	17.14%
	Superior Universitaria	8	9.41%	5	14.29%
Estado laboral	Desempleada	64	75.29%	24	68.57%
	Empleada	21	24.71%	10	28.57%
Lugar de nacimiento	Lima	53	62.35%	22	62.86%
	Provincia	32	37.65%	13	37.14%

4.1.1.7 Análisis bivariado No Significativo de EPDS y la Relación de pareja

De 120 gestantes de las que tienen una probable depresión mayor, el 57,14% tiene una relación cálida y cercana a su pareja. El 14,29% de gestantes con probabilidad de depresión mayor mantienen una relación fría y distante con su pareja. El 20 % de gestantes que tienen probabilidad de depresión mayor a veces cuenta con la ayuda de su pareja y el 52,94% de gestantes que no tienen depresión siempre tienen ayuda de su pareja.

En relación a los problemas que existen en la pareja se demostró que el 8,57% de gestantes con probable depresión mayor siempre tiene problemas con su pareja y el 3,53% que no tiene depresión presenta problemas con su pareja la mayoría del tiempo. En relación de la reacción de su pareja frente al embarazo el 54,29% de gestantes con probable depresión mayor, su pareja recibió con agrado la noticia de su embarazo; sin embargo, aquellas gestantes que tienen probable depresión mayor el 8,57% de gestantes a su pareja no le agrado la noticia hasta ahora.

En cuanto a la idea de abortar las gestantes que tienen probabilidad de depresión mayor un 42,86% lo tomo como una posibilidad frente a las gestantes que no tienen depresión el 67,06% nunca tuvo la idea de abortar. Los resultados se expresan en la tabla 7

Table 7 Análisis bivariado No Significativo de EPDS y la relación de pareja

Variables					
	<i>No hay depresión</i>		<i>Hay probable depresión mayor</i>		
	n	%	n	%	
<i>Relación con la pareja</i>	Calida y cercano	62	72.94%	20	57.14%
	Desacuerdos puntuales	19	22.35%	10	28.57%
	Fria y distante	4	4.71%	5	14.29%
	Mi embarazo fue producto de abuso sexual	0	0.00%	0	0.00%
<i>Ayuda de la pareja</i>	Siempre	45	52.94%	17	48.57%
	La mayoría del tiempo	19	22.35%	8	22.86%
	A veces	17	20.00%	7	20.00%
	Nunca casi nunca	4	4.71%	3	8.57%
<i>Problemas con la pareja</i>	Siempre	0	0.00%	3	8.57%
	La mayoría del tiempo	3	3.53%	2	5.71%
	A veces	49	57.65%	14	40.00%
	Nunca casi nunca	33	38.82%	16	45.71%
<i>Reacción de pareja a su embarazo</i>	Desde el inicio le agrado la noticia	59	69.41%	19	54.29%
	Al inicio no le agrado la noticia ,pero luego fue cambiando de parecer	23	27.06%	13	37.14%
	Desde inicio no le agrado hasta ahora	3	3.53%	3	8.57%
<i>Idea de abortar</i>	Lo tome como una posibilidad	28	32.94%	15	42.86%
	No nunca lo pense	57	67.06%	20	57.14%

4.1.1.8 Variables asociadas con sintomatología depresiva

Los ítems de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS), presentaron un coeficiente alfa de Cronbach de 0.86; con un rango de interrelación ítem-total de: 0.453 a 0.658 ($p < 0.001$). Al análisis dimensional, la EPDS presentó una dimensión única, que explicaba el valor $p < 0.041$.

Se demuestra que el 82.05% de embarazadas con al menos un hijo no presenta depresión y el 17,95% de embarazadas que tiene un hijo tiene probabilidad de padecer depresión mayor. EL 67.44% de gestantes sin hijos no tiene depresión y el 32.56% de gestantes sin hijos presentan probabilidad de depresión mayor. El 63.16% de gestantes que tienen de 2 a más hijos no padecen depresión sin embargo el 36,84% de gestantes que tienen de dos hijos a más presentan probable depresión mayor. Los ítems del Cuestionario Apgar Familiar, presentaron un coeficiente alfa de Cronbach de 0.7-0.8; con un rango de interrelación ítem-total de: 0.354 a 0.456 ($p < 0.001$). Al análisis dimensional, el Apgar Familiar presentó una dimensión única, que explicaba el valor $p < 0.022$. Se demuestra que el 57,14% de gestantes presentan probable depresión mayor en relación con la disfunción familiar severa, por otro lado, el 42.86% de embarazadas no tiene depresión a pesar de presentar una disfunción familiar severa. El 31,58% de gestantes presenta probable depresión mayor para la funcionalidad familiar moderada y el 68,42% no presenta depresión a pesar de presentar funcionalidad familiar moderada. El 26,60% de embarazadas presenta probable depresión mayor a pesar de tener alta funcionalidad familiar y el 73,40% no padece depresión con alta funcionalidad familiar. Los resultados se expresan en la Tabla 8

Table 8 Variables asociadas con sintomatología depresiva

<i>Variable</i>		<i>Sintomatología total EPDS</i>	<i>Valor p</i>
<i>Disfunción del APGAR</i>	<i>Disfunción severa</i>	14 ± 0.02	0.022
	<i>Moderada</i>	9.84 ± 6.31	
	<i>Alta función</i>	7.36 ± 6.64	
<i>Antecedentes de hijos</i>	<i>Sin hijos</i>	9.02 ± 6.85	0.041
	<i>Un hijo</i>	5.90 ± 5.72	
	<i>Dos o más</i>	9.45 ± 7.44	

4.1.2 Prueba de Hipótesis

4.1.2.1 Hipótesis general

H1: Existen factores asociados a la sintomatología depresiva en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero –marzo 2023

H0: No existen factores asociados a la sintomatología depresiva en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero –marzo 2023

Nivel de significancia: < 0.05

Estadístico de prueba: Prueba de chi cuadrado

4.2 Discusión de los resultados

En la presente tesis se encontró que los factores asociados a la sintomatología depresiva en gestantes es 36,84%, casi la tercera parte de la población, y esto resalta para aquellas que tienen dos hijos a más debido a la gran responsabilidad que conlleva la crianza; y si a esto sumamos un nuevo embarazo, el riesgo y alta probabilidad de padecer depresión se incrementa. Sin duda alguna; estos resultados difieren con el estudio de Osma S et al (2019), que indica que la prevalencia de depresión en gestantes fue un 24,6% y esto asociado al consumo de alcohol, mala calidad de vida junto con los hábitos nocivos, pero también menciona que un factor protector fue los ingresos económicos y el apoyo de la pareja (1).

El 11,6% de población gestante es primigesta, este factor no es significativo para padecer alguna sintomatología depresiva en las gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso y esto se puede deber a la vulnerabilidad del lugar ya que la mayoría de mujeres tienen más de un hijo ; sin embargo, esto difiere de Chaves M et al (2021) donde estudió la detección precoz de depresión prenatal en gestantes de Lugo donde se observó un valor $p < 0,05$, siendo significativa para padecer síntomas depresivos cuando son primigestas, no planifican el embarazo, presentan antecedentes de salud mental y tener una vivencia negativa del embarazo (2).

El 17,14% de gestantes que tienen educación superior técnica, tienen probable depresión mayor y esto se asemeja al estudio realizado por Monterosa A et al (2022) donde el 18% de las gestantes con estudios superiores refirió sentirse deprimida, esto considerando dentro del formulario que incluían las características sociodemográficas, esto puede deberse a la responsabilidad laboral que no es remunerada como tal ,los salarios son bajos y las horas de labor se incrementan muchas veces superando las 8 horas diarias (3).

El 68,57% que tienen probable depresión mayor están sin empleo, el contexto se debe principalmente porque la mayoría de gestantes entrevistadas con convivientes y sus parejas sostienen el hogar, dedicándose enteramente a ser amas de casa; este resultado supera a los datos obtenidos en el estudio de Gaviria S et al (2021) donde evaluaron la prevalencia del riesgo de depresión en mujeres gestantes que no laboraban en el contexto de la pandemia por covid-19 donde el 30,8% presentó probable depresión mayor debido al uso de celulares, tablets y elementos de tecnología debido al encierro y la poca actividad que realizaron, por ende, el riesgo

de padecer depresión mayor aumenta debido al encierro y las expectativas que tenía la letalidad de la enfermedad por SARVS COV 2.,asimismo el 24,71% de gestantes entrevistadas tienen empleo ,por lo tanto, reciben salarios mensuales o quincenales; sin embargo dentro de este mismo estudio realizado en pandemia indica que el 25% presenta como factor de riesgo de padecer depresión mayor respecto a la condición socioeconómica ya que los salarios son mínimos y los gastos se distribuyen en las necesidades básicas (5).

El 74,7% casi siempre puede contar con su familia ante un problema o eventualidad adversa que pueda suceder, según el test de Apgar familiar pero el 5,83% casi nunca puede recurrir a su familia y esto se debe a desacuerdos, problemas del pasado o incompatibilidad de caracteres, sin embargo, esto difiere del estudio realizado por Pariona E (2018) donde el 44,9% presentó depresión mayor tras recibir insultos por parte de sus familiares y 28,57% violencia física intrafamiliar. Este estudio se realizó en el Centro Materno Infantil de Villa María del Triunfo Lima -Perú demostrando que la situación familiar es un factor asociado a la sintomatología depresiva en gestantes (7).

Existen 22,86% casos de depresión mayor en aquellas gestantes que están solteras, este factor asociado a sintomatología depresiva puede deberse a la falta de apoyo emocional que brinda una pareja durante la etapa de gestación, dichas gestantes no gozaban con esa oportunidad así que este resultado es inferior comparado con el estudio de Lena M(2009) realizado en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima –Perú donde el 40,1% de mujeres gestantes presentaron probable depresión mayor estando solteras comparado con las casadas además de aquellas que no planificaron su embarazo (8).

El 75,83% casi siempre está satisfecha como manifiesta el afecto y sentimientos hacia ella su familia según es test de Apgar Familiar, y esto concuerda con el estudio realizado por Mendoza M et al en el distrito de Chilca Huancayo donde el 43,7% de gestantes están satisfechas con el trato que le da su familia al poder contar con ellos, además se evaluó si tienen depresión ligera la cual fue representada por un 40% de embarazadas atendidas sin embargo también se demostró en este estudio que 4,5% padece depresión severa asociado a los eventos traumáticos familiares suscitados en la infancia, además de los factores socioeconómicos que no permiten llevar una actividad pacífica y en su entorno familiar(9) .

Existen variables que se encontraron significativas como es la cantidad de hijos previos, donde el 36,84% de gestantes que tienen de dos hijos a más, presentan probable depresión mayor y esto se debe a que las condiciones socioeconómicas que no son favorables para la gestante, sobretodo la falta de apoyo del estado; otros estudios internacionales, realizado por Lever T.et al (2019) afirman que tener apoyo social y sobretodo por parte del Estado brinda más seguridad a la gestante que tiene más hijos como es el caso de Inglaterra donde los profesionales de la salud mental crean más espacio para la representación de las necesidades de la mujer y sus hijos, demostrando un factor protector(25).

Otra de las variables significativas que se encontró fue la relación familiar donde el 57,14% de gestantes presentan probable depresión mayor debido a la disfunción familiar severa, otro estudio internacional realizado por MCGill.M.et.al (2022) afirma que existe una gran importancia social de brindar apoyo oportuno y efectivo a la salud mental de las embarazadas lo que puede tener consecuencias duraderas tanto para la madre como para el niño demostrando que los lazos familiares son protectores (26).

En este estudio tenemos varios resultados donde nos muestra una tendencia, pero no hay significancia, la razón es el tamaño de la muestra. El estado laboral es otro tipo de variable que llama la atención, las madres desempleadas tienen mayor probabilidad de presentar depresión mayor en un 68,57% y las que tienen empleo pueden presentar depresión mayor en un 28,57%. Roddy A.et al (2023) en un estudio internacional demuestran que la prevalencia de depresión fue mayor en países con bajos ingresos económicos, representada por 25,5 % (IC del 95 %, 23,8 %-27,1 %) realizado en 23 países (31). Wassef A et al (2022) afirma que en otros países de Europa se ha introducido la telemedicina gratuita dirigida por obstetras y psiquiatras sobretodo para gestantes que no trabajan y pueden realizar consultas desde su hogar (27). Otra variable que llama la atención es la idea de abortar donde el 42,86% de gestantes tuvo la idea de abortar y presentan probable depresión mayor asimismo el 0,83% de embarazadas tuvo la idea suicida , un estudio internacional de Dudeney E(2022) busca el desarrollo de una medida independiente que evalúe específicamente la tendencia suicida en mujeres gestantes ,asimismo la detección de tendencias suicidas perinatales ocurre en el contexto de depresión habiendo mayor vulnerabilidad y se debe prestar más atención (28).

Según este estudio nos lanza una alarma porque no hay la especialidad de Psiquiatría perinatal aplicados en la actualidad en los sistemas de salud ya que es un muy importante porque nos permite asegurar la salud mental del feto. El nivel de estrés metabólico determina la formación del feto y esto se debe a la Programación fetal; donde ocurren cambios a largo plazo en el bebe por la exposición a estímulos ambientales y también al de la madre, en cualquier edad gestacional (32). Huang H (2023) realizó un estudio internacional con búsquedas en la literatura a través de las bases de datos PubMed, Embase, Cochrane Library y Web of Science donde indican que la actividad física disminuye la incidencia y la gravedad de depresión perinatal al disminuir los niveles metabólicos de la gestante (29). Liping H (2023) asocio la calidad de sueño con la depresión perinatal y el riesgo es 3,27 veces mayor de aquellas gestantes que si duermen, por eso este estudio se interesa en conocer los riesgos que implica la mala calidad de sueño en la embarazada(30). Si bien es cierto, muchos estudios se preocupan por conocer los factores asociados a sintomatología depresiva también contribuyen con aportar un guía ,como es el caso del Psiquiatra Perinatal que sería relevante colocar en cada Centro Materno Infantil y realizar estudios de otros factores asociados a la sintomatología depresiva en gestantes.

En cuanto las limitaciones del presente estudio, la escala de autoreporte es confiable y tiene el respaldo; pero no tiene el mismo peso de una entrevista clínica que sí brindaría un caso verdadero de depresión Aún cuando se ha identificado la relación de la salud mental materna con el bienestar de la salud del bebe se limita porque este estudio es teórico ya que no se ha levantado data para ver los efectos sobre los efectos en la salud del feto , por eso este estudio es un campo fértil para otras investigaciones. La psiquiatría perinatal ya ha dado grandes avances específicos como crear nuevos tratamientos que no pueden ser cubiertos por psicólogos sino por Psiquiatras Perinatales y en el Perú urgen nuevos estudios que complementen la presente investigación sea en el uso del instrumento como en relación a la depresión perinatal.

5 CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Se determinó que los factores asociados a la sintomatología depresiva en gestantes fueron el número de hijos previos y el Apgar familiar.

Con respecto a la variable hijos previos se demuestra que el 36,84% de gestantes tienen de dos hijos a más por ende tienen alta probabilidad de padecer depresión, y esto puede estar relacionado a las condiciones de vida, economía u otros factores que pueden servir de estudio para otras investigaciones.

Se concluye que sí existen factores asociados a la sintomatología depresiva en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso, entre febrero y marzo 2023.

5.2 Recomendaciones

Se recomienda realizar un seguimiento oportuno a estas madres, debido a que los factores asociados a la depresión están arraigados, y pueden exacerbarse por muchas más condiciones y estilos de vida que ella y sus familiares viven día a día.

Concientizar a los profesionales de la salud sobretodo del Área de Obstetricia para brindar charlas e interconsultas a Psicología a las madres con alta probabilidad de depresión

Se motiva al estado peruano a impulsar dentro de la cartera de Servicios la especialidad de Psiquiatría perinatal, ya que a la fecha hay muchos bebés que se ven afectados por la condición de la salud mental de sus madres, esto ayudaría a proteger la salud mental perinatal y por ende el bienestar potencial del feto. Ellas no reciben el apoyo profesional debido y muchas veces no saben qué hacer y dónde acudir. Lo más factible es a su centro de salud más cercano para que pueda recibir la orientación y apoyo adecuado para la crianza de su bebé y si nota algún problema de conducta, detectar a tiempo para que a futuro sea un ciudadano que pueda valerse por sí mismo y evite trastornos que perjudiquen su crecimiento psíquico y físico.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1** Osma Zambrano S. Lozano Osma MD. Mojica Parilla Redondo Rodríguez S. Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia). Art 2019;22(2):171-185
- 2** Chaves Martínez M. Roson Mantilla Detección precoz de depresión prenatal en gestantes de Lugo 2021;22(2):88-94
- 3** Monterrosa Castro A. Rodeo Correo A. Monterrosa Blanco A. Morales Castellán Factores psicosociales y obstétricos asociados con depresión, ansiedad o estrés psicológico en embarazadas residentes en el Caribe Colombiano. Art 2022;90(2):134-147
- 4** Martínez Paredes JF. Jalome Pérez Depresión en el embarazo. Art 2019;48(1):58-65
- 5** Luna Matos ML. Salinas Piélago J. Luna Figueroa A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Peru. Rev Panamá Salud Publica. 2009;26(4):310-314
- 6** Jorge Guimanes F. Juliany Da Silva Santos F. Flaudiano Bem Leite A. Rolim de Holanda V. Silva de Sousa Albuquerque Perrelli J. Enfermedad mental en mujeres embarazadas. Art 2019; vol 53:1-12
- 7** Pariona Gutiérrez E. Moquillaza Alcántara V. García Cajaleon J. Cuya Candela E. Factores psicosociales asociados a la depresión en gestantes atendidas en un Centro Materno Infantil peruano, 2018. Art 2020;85(5):494
- 8** Gómez Sánchez García Banda Sergio Vera M. Esther Cardo A. Beneficios del Mindfulness en mujeres embarazadas. Art 2020; vol. 80:47-52
- 9** Mendoza Vilcahuaman Maldonado Gómez Mauricio Salvatierra Y. Nivel de ansiedad y depresión por el coronavirus en gestantes atendidas en establecimiento de salud de Huamayo, 2020 Art 85; vol. 6:15-22
- 10** Veguez Marín García de Y. Gilé D. Depresión en embarazadas en el segundo trimestre de gestación y su impacto en la presión arterial. Art 2013; Vol. 17(1):1-6
- 11** Depresión y suicidio: lo que debes saber y lo que puedes hacer (internet). Organización Panamericana de la Salud; (citado 16 de febrero 2023) URL: <https://www.paho.org/es/documentos/folleto-depresion-durante-embarazo>
- 12** Enrique Jadresic Depresión perinatal: detección y tratamiento. Art 2014; vol. 25(6):1019-1028
- 13** Latirgue Maldonado Duran JM. Gonzales Pacheco Saucedo García JM. Depresión en la etapa perinatal. Art 2019; vol22:111-131

14 Alarcón Terroso.R et al. Guía Práctica Clínica de los Trastornos depresivos (internet)Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias Servicio Murciano de Salud (citado 27 de febrero 2023) URL: file:///C:/Users/001/Downloads/DOC-20230225-WA0002..pdf

15 Ministerio de Salud del Perú. Situación de la depresión durante el embarazo. MINSA: Lima – Perú; 2019. [Fecha de acceso: 10 de abril del 2020]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-minsa-recomienda-poner-atencion-la-saludmental-durante-embarazo-756740.aspx>

16 Wu Y-T, Zhang C, Liu H, Duan C-C, Li C, Fan J-X, et al. Perinatal Depresión of Women Along with 2019 Novel Coronavirus Breakout in China. Social Science Research Network (SSRN). 2020. do: 10.2139/ssrn.3539359

17 Bermejo Sánchez F. Peña Ayudante W. Espinoza Portilla E. Depresión Perinatal en tiempos del covid-19: Rol de las redes sociales en internet. Art 2020;37(1):88-93

18 OMS. Salud Mental (Internet). WHO (citado 10 de diciembre de 2020). Disponible en: http://www.who.int/mental_health/es/

19 Luna Matos M. Otarola Gutiérrez F. Almendra Jaramillo M. Jara Pereda L. Chuquizan Ramos. La depresión no respeta la Gestación.Rev. de Psicología y Salud Mental.Art 2006; Vol. (7):41-47.

20 Contreras Cameto N. Moreno Sánchez P. Márquez Sánchez E. Vásquez Solares Pichardo Cuevas Ramírez Montiel Salud Mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstetricos. Art 2022;90(4):564-57

21 Prego Dorca R. Bejar Trancor A. Psiquiatría Perinatal y del Niño de 0-3 años. Asociación Española de Neuropsiquiatría;2015 (revisado 04/03/2023) Disponible en: file:///C:/Users/001/Downloads/psiquiatria-perinatal-y-del-ni%C3%B1o-de-0-a-3-a%C3%B1os.pdf

22 Protocolo de la Detección de la Depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento. Dpto. Salud Mental de Chile;2014(revisado 01/03/2023) Disponible en: <file:///C:/Users/001/Downloads/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>

23 OPS/OMS. Indicadores de Salud Aspectos conceptuales y Operativos. Washington ;2018(revisado 28/02/2023)Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49058/9789275320051_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

- 24** Jadrisic Maldonado E. Depresión Perinatal detección y tratamiento. Art:2019;25(6):1019-1028.
- 25** Lever Taylor B. Mosse Stanley N. Experiences of social work intervention among mothers with perinatal mental health needs .2019;27(6):1586-1596
- 26** McGill. Pokhyisneva I. Clappison Andrews.Mcnewen L.et al. Materna prenatal anxiety and the fetal origins of epigenetic aging.2022;91(3):303-312
- 27** Wassef A. Wassef Telemedicine in perinatal mental health perspectives.2022;43(2)224-227
- 28** Dudeney E. Coates R. Ayers McCabe R. Measures of suicidality in perinatal women. A sistematyc review.2023;3(24):210-231
- 29** Huang H. Khaza F. Geok H. Vorashiva S. Chen A. The impact of physical activity intervention on perinatal depression: A systematic review and meta-analysis.2023;15(1):304-319
- 30** Tingting F. Wang Ch. Yan J. Zeng Q. Chenjuan M. Relationchip between antenatal sleep quality and depression in perinatal women. A comprehensive meta-analysis of observational studies.2023;14(3):38-45
- 31** Roddy A. Gordon Lindquist A.et al. Prevalence of Perinatal Depression in low-and Middle-Income Countries: A systematic Reviewend Meta –analysis .2023;80(5):425-431.
- 32** Aguayo Guerrero J. León Cabrera S. Escobedo Galdo.G. Molecular mechanisms involved in fetal progranine in disease origin in adulthood .2023;4(2):491-496.

7 ANEXOS

ANEXO I

Título de proyecto de investigación : Factores asociados a sintomatología depresiva en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023

Investigadores : Mery Isabel Cortez Toma

Institución : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “**Factores asociados a sintomatología depresiva en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023**”. de fecha 12/08/2022 y versión.01. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener(UPNW).

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es determinar cuáles son los factores asociados a la sintomatología depresiva en la población gestante del Centro Materno Infantil El Progreso. Su ejecución permitirá desarrollar nuevas guías de apoyo para mejorar la salud mental de la población gestante

Duración del estudio: 3 meses

Nº esperado de participantes: 120

Criterios de Inclusión

- Madres gestantes mayores de 18 años
- Madres gestantes que no tengas problemas físicos ni mentales que impidan su participación en el estudio
- Madres que acuden al Centro Materno Infantil El Progreso
- Madres gestantes que accedan voluntariamente a contestar los cuestionarios

Criterios de exclusión:

- Madres gestantes menores de edad
- Madres que no acuden a atenderse en el Centro Materno Infantil El Progreso

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

- Se brindará el consentimiento informado
- Se recopilará información en una ficha de recolección de datos
- Procederá a llenar un cuestionario de autoreporte.

La *encuesta* puede demorar unos 05 minutos y *cualquier duda será resuelta al instante*.

Los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

Riesgos:

Su participación en el estudio *no* presenta riesgos para su salud ni para su niño(a).

Beneficios:

Usted se beneficiará del presente proyecto con respecto a la esfera de la salud mental y orientación.

Costos e incentivos: Usted no pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

Derechos del paciente: La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el Investigador Principal: Mery Isabel Cortez Toma, celular:982336467, correo:meryct8.1985@gmail.com.

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, **Email:** comité.etica@uwiener.edu.pe

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado(FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Nombre **participante:**

DNI:

Fecha: 06/03/2023

Mery Isabel Cortez Toma

DNI:45459908

Fecha:06/03/2023

Nombre testigo o representante legal:

DNI:

Fecha:06/03/2023

***Nota:** La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir*

ANEXO II

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CODIGO: 1

FECHA DE ENTREVISTA: / /

I DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

-Edad:

-Estado civil: Casada Conviviente Soltera

-Grado de Instrucción: Primaria completa Primaria incompleta
Secundaria completa Secundaria incompleta
Superior Técnica Superior universitaria

Estado laboral: Empleada Desempleada

(_____)

II ANTECEDENTES PATOLOGICOS

HTA DM 1 DM 2 TBC Asma

Enf. Renales (_____) Enf. Cardiacas (_____)

Enf. Autoinmunes (_____) Otras (_____)

Talla _____ Peso antes: _____ Peso actual: _____

III COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ACTUAL

Edad gestacional:

FUR:

Nro. de CPN: _____ Primer CPN: 1 tri 2 tri 3 tri

Tipo de parto: Vaginal Cesárea (_____)

Complicaciones asociadas:

Diabetes gestacional: Eclampsia: Anemia: TBC Rubeola:

Placenta previa: Polihidramnios: Hiperémesis:

Amenaza de aborto: ITU:

Otras:

IV HABITOS NOCIVOS

Alcohol: Sí No

Tabaco: Sí No

Drogas: Sí No

ANEXO III

CODIGO O NUMERO DE FICHA: 1

CUESTIONARIO DE AUTOREPORTE

Estimada Sra.:

A continuación, se le va hacer una serie de preguntas donde no hay calificaciones, no hay respuestas buenas ni malas, se le pide que usted que sea lo más honesta posible con sus respuestas, los resultados de este estudio servirán para proponer cambios en nuestro sistema de salud. Agradezco su colaboración, su apoyo y su tiempo. Proceda por favor a responder marcando las alternativas propuestas:

- **Queremos saber cómo se siente si está embarazada. Por favor indique la respuesta correcta que más se acerque ha como se ha sentido en los últimos 7 días, no solamente como se sienta hoy**

1) He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:

- a) Tanto como siempre 0
- b) No tanto ahora 1
- c) Mucho menos 2
- d) No, no he podido 3

2) He mirado el futuro con placer

- a) Tanto como siempre
- b) Algo menos de lo que solía hacerlo
- c) Definitivamente menos
- d) No, nada 3

3) Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

- a) Si, la mayoría de las veces
- b) Si, algunas veces
- c) No, muy a menudo
- d) No, nunca

4) He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- a) No, para nada
- b) Casi nada

c) Si, a veces

d) Si, a menudo

5) He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

a) Si, bastante

b) Si, a veces

c) No, no mucho

d) No, nada

6) Las cosas me oprimen o me agobian

a) Si, la mayor parte de las veces

b) Si, a veces

c) No, casi nunca

d) No, nada

7) Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

a) Si, la mayoría de las veces

b) Si, bastante a menudo

c) No muy a menudo

d) No, nada

8) Me he sentido triste y desgraciada

a) Si, casi siempre

b) Si, bastante a menudo

c) No muy a menudo

d) No, nada

9) He sido tan infeliz que he estado llorando

a) Si, casi siempre

b) Si, bastante a menudo

c) Solo en ocasiones

d) No, nunca

10) He pensado en hacerme daño a mí misma

a) Si, bastante a menudo

b) A veces

c)Casi nunca

d)No, nunca

- **Responda con toda la sinceridad del caso, queremos saber cómo esta su situación familiar estando embarazada**

11) Estoy contenta de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa

a) Casi siempre 2

b) Algunas veces 1

c)Casi nunca 0

12 Estoy satisfecha con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas

a) Casi siempre

b) Algunas veces

c)Casi nunca

13) Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección

a) Casi siempre

b) Algunas veces

c)Casi nunca

14)Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y como responde a mis emociones, cómo cólera, tristeza y amor

a) Casi siempre

b) Algunas veces

c)Casi nunca

15)Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos

a) Casi siempre

b) Algunas veces

c)Casi nunca

- **En las siguientes preguntas se evalúa su estado de relación con su pareja sus amigos y familia, por favor responda del modo más sincero posible**

16) ¿Cómo califica su relación de pareja?

- a) Cálida y cercana 1
- b) Desacuerdos puntuales 2
- c) Fría y distante 3
- d) Mi embarazo es producto de un abuso sexual 4

17) Mi pareja me ayuda bastante

- a) Siempre
- b) La mayoría del tiempo
- c) A veces
- d) Nunca o casi nunca

18) Tengo problemas con mi pareja

- a) Siempre
- b) La mayoría del tiempo
- c) A veces
- d) Nunca o casi nunca

19) ¿Cómo reaccionó su pareja ante la noticia de su embarazo?

- a) Desde el inicio le agrado la noticia
- b) Al inicio no le agrado, pero luego fue cambiando de parecer
- c) Desde el inicio no le agrado la noticia

20) En el inicio de su embarazo, ¿Se le ocurrió la idea de abortar?

- a) Lo tome como una posibilidad
- b) No, nunca lo pensé

ANEXO IV: Matriz de consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema General</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados a la sintomatología depresiva en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero-marzo 2023?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar los factores asociados a la sintomatología depresiva en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023</p>	<p>Hipótesis alterna:</p> <p>Existen factores asociados a la sintomatología depresiva en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023</p>	<p>Variable Independiente:</p> <p>Factores asociados</p> <p>Dimensiones:</p> <p>1) Factores sociodemográficos</p> <p>2) Factores obstétricos</p>	<p>Tipo de Investigación</p> <p>Investigación básica</p> <p>Método</p> <p>Método hipotético-deductivo</p> <p>Diseño</p> <p>Observacional de corte transversal</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuáles son las variables sociodemográficas en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023?</p> <p>¿Cuáles son las variables clínicas y obstétricas en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023??</p> <p>¿Cuáles es el nivel sintomatología depresiva en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023?</p> <p>¿Cuáles son las dimensiones de apoyo familiar asociadas en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar las variables sociodemográficas en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023.</p> <p>Caracterizar las variables clínicas y obstétricas en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023.</p> <p>Cuantificar la sintomatología depresiva en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023.</p> <p>Describir las dimensiones de apoyo familiar asociadas en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023</p>	<p>Hipótesis nula</p> <p>No existen factores asociados a la sintomatología depresiva en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023</p>	<p>Variable dependiente</p> <p>Sintomatología depresiva</p> <p>Dimensiones:</p> <p>1) Escala de Depresión prenatal de Edimburgo</p> <p>2) Características obstétricas.</p> <p>3) Apgar Familiar.</p>	<p>Población y Muestra</p> <p>La población del estudio estuvo conformada por 120 gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil El Progreso entre febrero y marzo 2023.</p>

