



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES GESTANTES Y
FACTORES ASOCIADOS EN EL CENTRO DE SALUD DEL
DISTRITO DE MÓRROPE EN EL PERÍODO DE JULIO –
NOVIEMBRE 2016**

**PRESENTADA POR
LUZ ESTEPHANY TIRADO LOPEZ**

ASESORES

**CRISTIAN DÍAZ VÉLEZ
VICTOR HUMBERTO GONZALES SABOGAL**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA**

CHICLAYO – PERÚ

2018



**Reconocimiento - Compartir igual
CC BY-SA**

La autora permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES GESTANTES Y
FACTORES ASOCIADOS EN EL CENTRO DE SALUD DEL
DISTRITO DE MÓRROPE EN EL PERÍODO DE JULIO –
NOVIEMBRE 2016**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADA POR

TIRADO LOPEZ LUZ ESTEPHANY

ASESORES

Dr. CRISTIAN DÍAZ VÉLEZ

Dr. VICTOR GONZALEZ SABOGAL

CHICLAYO, PERÚ

2018

DEDICATORIA

“A la mujer más especial en mi
vida a quien le debo muchas
enseñanzas y muestras de fortaleza;
quien es símbolo de los valores
inculcados en mí, mi abuela Marina
Heredia de López.”

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por haberme permitido concluir esta etapa profesional; a mis padres por haber sido mi sostén, por apoyarme en cada decisión y cada paso que he dado. A mis hermanas por las demostraciones de cariño a diario. A Aaron y a mi hijo por la paciencia y el amor infinito; por ser mi constante motivación.

ÍNDICE

	Páginas
PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIALES Y MÉTODOS	3
III. RESULTADOS	5
IV. DISCUSIÓN	10
V. CONCLUSIONES	
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13
VII. ANEXOS	15

RESUMEN

Objetivos: Estimar la frecuencia de depresión en mujeres gestantes y estudiar los factores psicológicos y sociales asociados a éste. **Material y métodos:**

Estudio observacional transversal entre los meses de julio y noviembre del 2016, 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; $p < 0.001$). **Conclusiones:** La frecuencia de riesgo de depresión en las gestantes estudiadas fue elevada. Se debe hacer seguimiento a las gestantes con síntomas depresivos desde el primer contacto, principalmente embarazadas en el segundo trimestre gestacional, hasta el momento de post parto. Además prestar atención especializada a las mujeres que manifiesten antecedente de violencia psicológica y relación regular con la familia y con la pareja; además se debe hacer seguimiento a las gestantes con síntomas depresivos desde el primer contacto.

Palabras claves: Depresión, embarazo, población rural, salud mental (Fuente: DECS – BIREME)

ABSTRACT

Objective: To estimate the frequency of depression in pregnant women and to study the psychological and social factors associated with it. **Methods:** A cross-sectional observational study between July and November of 2016 included 108 pregnant women attending the Morrope District Health Center. The general data were recorded and a form of psychological and social factors, a socio-economic level questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) were applied. **Results:** The estimated frequency of risk of depression in pregnant patients was 30.56%. Regarding the frequency determined by gestational trimester, it was found that 54.55% of the pregnant women with risk of depression were in the second trimester. The independent associated factors for risk of depression were regular family relationship (RR: 3.45, 95% CI: 5.66 - 2.11, $p < 0.001$), regular relationship with the partner (RR: 3.94, 95% CI 6.24-2.49%, $p < 0.001$) and the antecedent of psychological violence (PR: 2.84; 95% CI: 4.87 - 1.66; $p < 0.001$). **Conclusion:** The frequency of risk of depression in the pregnant women studied was high. Pregnant women with depressive symptoms should be monitored from the first contact, mainly pregnant in the second gestational trimester, until the moment of postpartum. In addition to providing specialized care for women who report a history of psychological violence and regular relationship with the family and the couple; In addition, pregnant women with depressive symptoms should be monitored from the first contact.

Key words: Depression, pregnancy, rural population, mental health (Fuente: MeSH –NLM)

I. INTRODUCCIÓN

La depresión consiste en la disminución del estado de ánimo asociado a un grado de pérdida de interés o dificultad para gozar de las actividades habituales. Es considerado un trastorno afectivo de gran importancia y es una de las causas de consultas más comunes en el área psicológica y psiquiátrica, aproximadamente la depresión afecta a más de 350 millones de personas en el mundo (1,2).

Se conoce al embarazo como una etapa de maduración donde se pone a prueba la estabilidad emocional de la mujer y la capacidad de ella para lograr adaptarse a las necesidades de esta nueva etapa; además aquí trascienden los conflictos psicológicos previos al embarazo.

Estudios coinciden que la depresión es un trastorno frecuente en el embarazo y que sin tratamiento llega a ser un factor de riesgo para depresión postparto en un 50 a 60%, además se ha demostrado que la depresión no tratada en mujeres gestantes está asociada a retraso y lento desarrollo de los hijos, así como también un aumento de 4.7 veces el riesgo de éstos en padecer depresión durante la adolescencia (3). La prevalencia a nivel mundial de depresión en mujeres embarazadas es de 30%; en países de Centro América como es el caso de México se evidenció que el 21.7% de mujeres gestantes padecía un probable episodio depresivo (4). En un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno perinatal Lima - Perú se determinó una prevalencia de depresión de 40.1% en mujeres embarazadas (5).

Se han establecido que existen diversos factores de riesgo asociados a depresión gestacional entre los que se encuentran factores biológicos y

psicosociales; dentro de los factores biológicos se asocian los antecedentes previos de la mujer como desórdenes de estado de ánimo, cuadros de ansiedad, historia de enfermedad psiquiátrica personal o familiar, etc. En los factores psicosociales englobamos a los factores psicológicos, los cuales según diversos estudios realizados en el Perú se obtuvo que las mujeres que no planificaron su embarazo tenían un riesgo de 2.2 la probabilidad de presentar depresión gestacional (6).

En una revisión sistemática se informó que los factores más importantes asociados a depresión antenatal o ansiedad fueron: ausencia de la pareja, falta de apoyo social, historia de abuso o violencia, antecedentes de enfermedad mental, embarazo no deseado; siendo estos factores de riesgo para complicaciones durante el embarazo, así como también riesgo de aborto espontáneo (7).

El estudio es relevante puesto que no se han reportado antecedentes en los que se estudien poblaciones rurales. Además, se ha planteado la importancia de los cuidados preconcepcionales en los cuales se asesora a la madre y se identifican los diversos factores de riesgo durante el proceso gestacional, con el fin de reducirlos mediante los controles prenatales periódicos; sin embargo, en muchas comunidades las mujeres no han programado sus embarazos y no cuentan con acceso a los programas integrales que le permita llevar una gestación en buenas condiciones.

Por lo tanto el presente estudio tiene como objetivo medir la frecuencia de depresión en las mujeres gestantes del Centro de Salud del distrito de Morrope, así como también identificar y analizar los factores relacionados a este trastorno

ya que si en las primeras consultas se determina que existen síntomas depresivos y factores de riesgo, éstos pueden ser tratados como síntomas previos para desencadenar depresión postparto.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de corte transversal, analítico y prospectivo; en mujeres gestantes mayores de 19 años de edad, atendidas en el Centro de Salud del distrito de Mórrope, Lambayeque – Perú.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se aplicó el programa estadístico EPIDAT versión 3.1, tomamos un nivel de confianza de 95% de una población conocida de 155 gestantes atendidas en el Centro de Salud, dato brindado por el jefe del establecimiento de dicho distrito. Una precisión absoluta de 5% y una proporción esperada de 35%, dato obtenido de los resultados del estudio piloto previo; obteniéndose así un tamaño de muestra de 108 gestantes.

Se incluyó en el estudio a las gestantes mayores de 19 años de edad, atendidas en dicho Centro de Salud con gestación única y que no tengan antecedentes de patología psiquiátricas; y se excluyó a todas las gestantes que no cumplían con el siguiente criterio: gestantes con limitaciones físicas o psíquicas que le impidan participar del estudio. Se realizó un muestreo no probabilístico.

Se utilizó el Test de Edimburgo como instrumento para medir el riesgo de depresión en las gestantes, éste ha sido validado en un trabajo “Comparación de dos cuestionarios autoaplicables para detección de síntomas depresivos en gestantes”, este test ha sido usado en diversos estudios de tamizaje de

depresión prenatal; La Escala postnatal de depresión de Edimburgo (EPDS) cuenta con 10 preguntas y un puntaje mayor de 12 sirve como tamizaje positivo para la detección de un posible cuadro depresivo con una sensibilidad de 76.7% y una especificidad de 92.5% (8,9). Además se aplicó un formulario de datos generales, un cuestionario de factores asociados en los que se incluyen factores psicológicos y sociales y un formulario para evaluar el nivel socioeconómico familiar, APEIM versión modificada 2011- 2012, el cual consta de 5 ítems en donde se evalúan las siguientes variables: instrucción del jefe de familia, consulta médica, número promedio de habitantes, material predominante en pisos, número promedio de habitaciones y salario mensual aproximado; esta versión tiene una confiabilidad excelente con un alfa de Crombach 0.9017 (10); se evalúa según el puntaje 33 o más puntos, 27-32, 21-26, 13-30, 5-12; alto, medio, bajo superior, bajo inferior, marginal respectivamente.

La técnica de recolección de la información fue a través de una entrevista realizada en el Centro de Salud de Mórrope a todas las gestantes que acudían al servicio de Admisión para desarchivar su historia clínica. Se les pedía consentimiento para realizar la entrevista y se les acompañaba al servicio donde deberían ser atendidas; se realizaban los 4 cuestionarios en un tiempo aproximado de 15 – 20 minutos por paciente.

Para el análisis descriptivo se realizaron frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas; mediana y rangos intercuartílicos estándar para las variables cuantitativas. El análisis inferencial se realizó con modelos lineales generalizados, usando familia Poisson en función enlace log y ajustado por robust. La información se tabuló y procesó en el programa estadístico STATA

V.14.0 y posteriormente se resumieron los resultados en tablas y gráficos para su presentación.

Este proyecto fue aprobado por la Unidad de tesis de nuestra Universidad San Martín de Porres y contó con el permiso del jefe de la Microrred del distrito de Mórrope. Para la realización de la investigación las entrevistadas firmaron un consentimiento informado en donde se les explicaba en qué consistía su participación así como cualquier otra interrogante que tuviesen; en todo momento se protegió la confidencialidad de las participantes pues se crearon códigos para la posterior tabulación de datos.

III. RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 108 gestantes con un promedio de edad de 25 años (rango 23 – 29) (Tabla 1).

Tabla 1. Características epidemiológicas de gestantes del Centro de Salud de Mórrope en el periodo julio – noviembre 2016.

Características epidemiológicas	n	%
Edad*	25	23-29
Depresión Postnatal Edimburgo		
Si	33	30,56
No	75	69,44
Estado civil		
Conviviente	55	50,93
Casada	34	31,48
Soltera	19	17,59
Grado de instrucción		
Primaria	70	64,81
Secundaria	30	27,78
Superior	8	7,41
Procedencia		
Caserío	23	21,3
Mórrope	85	78,7
Trimestre de gestación		
Primer	35	32,41
Segundo	47	43,52

Tercer	26	24,07
Número de controles		
Uno	30	27,78
Dos	21	19,44
Tres	20	18,52
Cuatro	18	16,67
Cinco	13	12,04
Seis	5	4,63
Siete	1	0,93
Número de Partos		
Ninguno	37	34,26
Uno	41	37,96
Dos	22	20,37
Tres	8	7,41
Tipo de Vivienda		
Esteras	19	17,59
Madera	32	29,63
Adobe	49	45,37
Material noble	8	7,41
Agua	108	100
Luz		
Si	93	13,89
No	15	86,11
Desagüe		
Si	39	36,11
No	69	63,89

*Mediana y rangos intercuartílicos

Gráfico 1. Frecuencia de riesgo de depresión en gestantes del Centro de Salud de Mórrope en el periodo julio – noviembre 2016

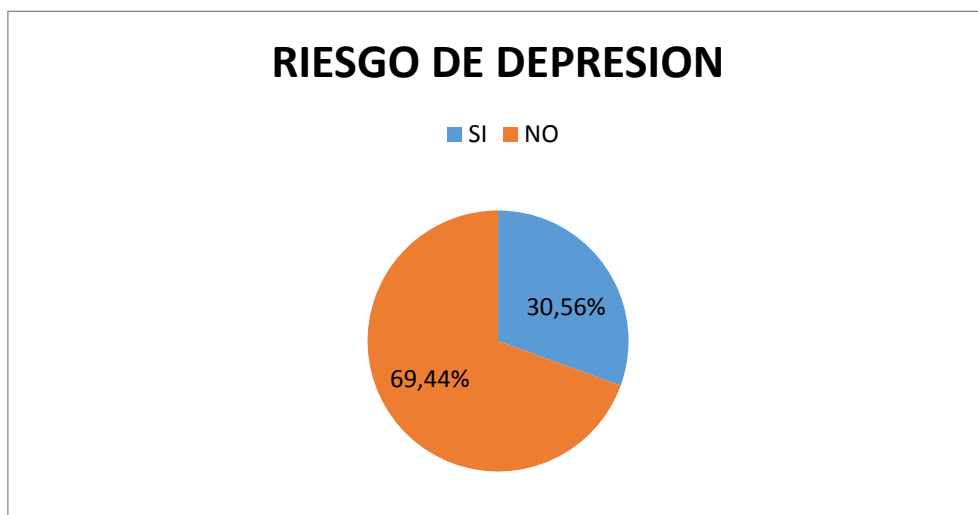


Tabla 2. Frecuencia de riesgo de depresión según trimestre gestacional en gestantes del Centro de Salud de Mórrope en el periodo julio – noviembre 2016

Trimestre gestacional	Depresión	
	SI (%)	NO (%)
Primer Trimestre	8 (24,24)	27 (36,00)
Segundo Trimestre	18 (54,55)	29 (38,67)
Tercer Trimestre	7 (21,21)	19 (25,33)

Tabla 3. Frecuencia y Factores sociales relacionados a riesgo de depresión en gestantes del Centro de Salud de Mórrope en el periodo julio – noviembre 2016.

Factores sociales	Depresión		RP*	IC 95%*		p*
	SI (%)	NO (%)		Superior	Inferior	
Complicaciones de embarazo						
SI	15 (45,45)	21 (28,00)	1,67	2,91	0,95	0,07
NO	18 (54,55)	54 (72,00)				
Nivel socioeconómico						
Bajo inferior	2 (6,06)	8 (10,67)	0,63	2,27	0,18	0,48
Marginal	31 (93,94)	67 (89,33)				
Fuma						
SI	3 (9,09)	0 (0)	Valores no calculados por tener valores "0"			
NO	30 (90,91)	75 (100,00)				
Consume Alcohol						
SI	4 (12,12)	0 (0)	Valores no calculados por tener valores "0"			
NO	29 (87,88)	75 (100,00)				

*Obtenido con modelos lineales generalizados, usando familia Poisson en función de enlace log y ajustado por robust

Tabla 4. Frecuencia y Factores psicológicos relacionados a riesgo de depresión en gestantes del Centro de Salud de Mórrope en el periodo Julio – Noviembre 2016.

Factores psicológicos	Depresión		RP*	IC 95%*		p*
	SI (%)	NO (%)		Superior	Inferior	
Antecedente de Aborto						
SI	2 (6,06)	1 (1,33)	2,26	5,32	0,96	0,06
NO	31 (93,94)	74 (98,67)				
Embarazo Planificado						
SI	0 (0)	27 (36,00)	Valores no calculados por tener valores			
NO	33 (100)	48 (64,00)	"0"			
Familia						
Nuclear	26 (78,79)	61 (81,33)	0,90	1,78	0,45	0,76
Monoparental	7 (21,21)	14 (18,67)				
Apoyo emocional Familiar						
SI	27 (81,82)	68 (90,67)	0,62	1,21	0,31	0,16
NO	6 (18,18)	7 (9,33)				
Relación Familiar						
Buena	16 (48,48)	68 (90,67)	0,27	0,45	0,16	<0,001
Regular	15 (45,45)	6 (8,00)	3,45	5,66	2,11	<0,001
Mala	2 (6,06)	1 (1,33)	1,66	6,87	0,40	0,49
Apoyo emocional Pareja						
SI	21 (63,64)	75 (100)	Valores no calculados por tener valores			
NO	12 (36,36)	0 (0)	"0"			
Relación Pareja						
Buena	14 (42,42)	72 (96,00)	0,19	0,31	0,11	<0,001
Regular	14 (42,42)	3 (4,00)	3,94	6,24	2,49	<0,001
Mala	5 (15,15)	0 (0)	Valores no calculados por tener valores "0"			
Violencia Física Pareja						
SI	3 (9,09)	0 (0)	Valores no calculados por tener valores			
NO	30 (90,91)	75 (100)	"0"			
Violencia Psicológica Pareja						
SI	4 (12,12)	1 (1,33)	2,84	4,87	1,66	<0,001
NO	29 (87,88)	74 (98,67)				

*Obtenido con modelos lineales generalizados, usando familia Poisson en función de enlace log y ajustado por robust

El análisis según el punto de corte reveló una frecuencia de probables casos de riesgo de depresión de 30.56%. No se encontraron asociaciones significativas

en relación a los factores sociales. Y en cuanto a los factores psicológicos solo el antecedente de violencia psicológica se asoció de forma significativa a presentar riesgo de depresión ($p < 0.001$).

Tabla 5. Análisis descriptivo de Escala de depresión de Edimburgo, por ítems en gestantes del Centro de Salud del distrito de Mórrope en periodo julio – noviembre 2016

ESCALA DE EDIMBURGO	Contenido requerido del ítem	% por ítem			
		0	1	2	3
Disforia	1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	61 (56,5%)	29(26,9%)	16(14,8%)	2(1,9%)
	2. He disfrutado mirar hacia adelante	55(50,9%)	28 (25,9%)	25 (23,2%)	0%
	7. Me siento tan desdichada que tenido dificultades para dormir	23(21,3%)	44(40,7%)	22 (20,4%)	19(17,6%)
	8. Me siento triste o desgraciada	52(48,1%)	22(20,4%)	21 (19,4%)	13 (12,1%)
	9. Me siento tan desdichada que he estado llorando	24(22,2%)	50 (46,3%)	20 (18,5%)	14 (12,9%)
Ansiedad	4. He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	30 (27,8%)	26(24,1%)	50 (46,3%)	2 (1,9%)
	5. He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo	61(56,5%)	18 (16,7%)	20 (18,5%)	9 (8,3%)
Sentimiento de culpa	3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma	40(37,1%)	32 (29,6%)	31 (28,7%)	5 (4,6%)
Dificultad de concentración	6. Las cosas me han estado abrumando	48 (44,4%)	23 (21,3%)	35 (32,4%)	2 (1,9%)
Ideación suicida	10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	0%	0%	0%	0%

En la tabla 5 se presenta el análisis descriptivo de la EPDS por ítems en las gestantes participantes del estudio. Para el indicador de disforia, las alternativas de respuesta mostraron tendencia a la respuesta 1 tanto para los ítems 1 y 2; por otro lado para los ítems 7,8 y 9 la tendencia se observó para la alternativa 0 y 1.

Así tenemos que para el indicador de ansiedad, se observó que la alternativa para el ítem 4 fue la 3, mientras que para el ítem 5 la alternativa que presentó mayor tendencia fue 0.

Además, para el indicador sentimiento de culpa, donde se evalúa un ítem, la alternativa que mostró mayor tendencia en las respuestas fue 0. Para el indicador dificultad de concentración, la respuesta más escogida por las gestantes fue 0.

Por último, para el indicador de ideación suicida, la alternativa que mostró una mayor tendencia fue la número 0.

IV. DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró que 30.56% de las gestantes que acudieron al Centro de Salud del distrito de Mórrope presentaban riesgo de depresión; dato encontrado similar en literatura internacional (4), sin embargo este porcentaje es menor al presentado en un estudio en el INMP de Lima que fue de 40.1% (5); es muy probable que la frecuencia de riesgo de depresión gestacional en nuestra población de estudio sea menor que lo referido en la revisión anterior mencionada puesto que en un centro de salud rural el número de población atendida es menor en comparación a Hospitales de mayor categoría y referenciales. Estudios similares no han sido realizados en este medio por lo tanto este valor encontrado puede servir como cifra referencial para próximas investigaciones.

La frecuencia de riesgo de depresión obtenida por trimestre gestacional se comparó con una revisión de Cochrane en donde se halló una prevalencia de episodios de depresión en el segundo trimestre de 12.8% (11).

Se encontraron diferencias significativas entre las gestantes deprimidas y no deprimidas con respecto a la exposición a ciertos factores tanto psicológicos como sociales (Tabla 3 y 4) puesto que no todas estuvieron expuestas a éstos en su totalidad. Investigaciones previas han demostrado que los antecedentes de trastornos depresivos previos, consumo de alcohol, tabaco y complicaciones en el proceso gestacional se asociaron significativamente a riesgo de depresión en el embarazo (12) sin embargo en el estudio no se encontraron asociaciones significativas en cuanto riesgo de depresión y factores sociales (Tabla 3). Por otro lado los resultados encontrados en las asociaciones con factores psicológicos; se obtuvo que la relación regular tanto familiar como de pareja y el antecedente de violencia psicológica, estuvieron significativamente asociadas a presentar riesgo de depresión, corroborando resultado similar en otras investigaciones. Además en cuanto a los factores de antecedente de aborto, planificación de embarazo, apoyo familiar y de pareja, antecedente de violencia física, no se encontraron asociación significativa no afirmando lo hallado en investigaciones previas (7), esto puede deberse a la baja prevalencia que se encontró en nuestra muestra para dichos factores. Es bueno resaltar que el factor psicológico que respalda este estudio de antecedente de violencia psicológica; coincide con otros resultados en donde la depresión antenatal es mucho más frecuente en casos de violencia de género; siendo el 34.1% en relación al 29.1% de la población total (Tabla 4). (6)

Por otro lado, existe asociación de riesgo de depresión en primigestas; siendo así un factor protector tener el antecedente de partos anteriores (RP: 0.490, IC 95%: 0.857-0.281; p 0.012), afirmando lo que tradicionalmente se conoce que las mujeres primerizas tienen más riesgo de presentar síntomas depresivos.

Es importante resaltar que el EPDS no solo permitió el tamizaje de riesgo de depresión en las pacientes gestantes atendidas en el Centro de atención primaria, sino también cuantificar su distribución porcentual según ítems del instrumento para así poder trabajar de acuerdo a la alternativa obtenida por síntoma; teniendo que en la ansiedad la alternativa más escogida es 3, recordando que un test favorable está en relación a su cercanía a las alternativas 0 (Tabla 5).

En cuanto a las limitaciones del presente estudio se puede mencionar el muestreo no probabilístico debido a la poca cantidad de población que acude al Centro de Salud del distrito de Mórrope basado en las creencias por lo tanto nuevas investigaciones para el estudio de la realidad problemática de esta población rural debe realizarse en múltiples centros de salud de dicho distrito. El diseño de estudio transversal no permitió evaluar con certeza en que trimestre gestacional se produjo el primer episodio depresivo, un estudio longitudinal es necesario para conocer la evolución de este factor para determinar el trimestre gestacional asociado a riesgo de depresión.

Por último, se sugiere continuar con otros estudios similares en los que se incluya un tamaño de población mayor, por ejemplo un análisis de la misma población rural mediante un estudio multicéntrico. Además la ampliación en la investigación de nuevos factores que podrían estar asociados a presentar riesgo de depresión puesto que obtener un 30.56% de depresión en dicha población es un porcentaje alto que amerita detectar a tiempo los factores de riesgo para poder trabajar en ellos. Y por último un estudio longitudinal que abarque el seguimiento desde el primer control del primer trimestre hasta el término de la gestación para lograr

detectar con certeza el periodo de mayor frecuencia para presentar este tipo de trastorno.

V. CONCLUSIONES

La frecuencia de riesgo de depresión en la población gestante estudiada fue elevada por lo cual se requiere tamizaje con EPDS en el primer contacto con estas mujeres en etapa de vulnerabilidad.

Se debe realizar seguimiento a las mujeres con riesgo de depresión hasta el postparto, sobre todo en mujeres en el segundo trimestre de gestación en donde se evidenció mayor frecuencia de este trastorno afectivo. Además se debe prestar atención especializada y de forma integral a todas aquellas mujeres con antecedente de violencia psicológica y relación regular tanto con la familia como con la pareja.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diaz M, Amato R, Chávez JG, Ramirez M, Rangel S, Rivera L, et al. Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus*. agosto de 2013;17(2):32-40.
2. La depresión. OMS.WHO. Abril 2016. Link: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
3. Jadresic M E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. diciembre de 2010;48(4):269-78

4. Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatología Reproductiva Humana*. 2001;15(1):11-20.
5. Matos L, Lena M, Salinas Piélagos J, Luna Figueroa A. Major depression in pregnant women served by the National Materno-Perinatal Institute in Lima, Peru. *Revista Panamericana de Salud Pública*. octubre de 2009;26(4):310-4.
6. Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Lam-Figueroa N, Quino-Villanueva K, Espinoza-Lecca E, Yancachajlla-Apaza M, et al. Happiness in puerperal women. A multicenter study in Lima Metropolitana and Callao. *Revista peruana de Epidemiología* abril 2012; 16 (1)
7. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*. febrero de 2016; 191:62-77.
8. Lam N, Contreras H, Mori E. Comparación de dos cuestionarios autoaplicables para la detección de síntomas depresivos en gestantes. *UNMSM*. 2009; 70 (1).
9. Alvarado R, Guajardo V, Rojas G, Jadresic E. Validación de la escala de Edimburgo para embarazadas. Universidad de Chile. 2012.
10. Vera-Romero O, Vera – Romero F. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Revista del cuerpo médico HNAAA* 6 (1) 2013.
11. Mercado Y, Paccori L, Diaz C, Munares O. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2012.

12. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord.* febrero de 2016; 191:62-77.
13. Molero K, Urdaneta J, Sanabria Ch, col. Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología.* Vol 79 n°4. Santiago 2014.
14. Lara M., Navarrete L. Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES –D. *Salud Mental* 2012; 35: 57 -62.
15. Sumano M, Vargas J. Frecuencia de depresión en mujeres embarazadas. *Magazine Conducttitlán* 2014; 1(1): 33-47.

VII. ANEXOS

ANEXO 1

“Frecuencia de depresión en mujeres gestantes y factores asociados en el Centro de salud del distrito de Mórrope en el periodo de Julio – Noviembre 2016”

Consentimiento informado

Estephany Tirado López

Alumna de pre – grado
Escuela de Medicina Humana
USMP
DNI: 73204632

El presente estudio tiene el objetivo de analizar los factores asociados a la depresión en la gestante, tanto caracteres psicológicos como sociales, así como también determinar los efectos de este cuadro depresivo en las embarazadas con el fin de brindar una atención integral e individualizada a la paciente.

Estimada señora,

Estamos llevando a cabo un estudio de investigación con el fin de determinar la frecuencia de depresión en mujeres gestantes atendidas en este Centro de salud así como también averiguar los factores asociados a la depresión en el embarazo, su participación es importante pero voluntaria. Para ellos, se está pidiendo su autorización mediante este documento, si usted acepta quiere decir que la investigadora le ha indicado las características del estudio, el procedimiento, el propósito, los riesgos y beneficios y ha aclarado todas sus inquietudes.

La clínica depresiva se evaluará mediante el test de Edimburgo y serán comparados con el grupo que no presente sintomatología depresiva; los factores asociados se analizarán según sus respuestas brindadas al formulario de características asociadas.

¿En qué consistirá su participación?

Después de autorizar su participación, la investigadora le aplicará un formulario epidemiológico, donde constarán sus datos personales los cuales se mantendrán en total confidencialidad; luego se le aplicara el test de Edimburgo y por último se procederá a la entrevista según formulario de factores asociados ya mencionado.

Beneficios, riesgos y costos de su participación:

Los beneficios consisten en que la institución obtendrá información completa de las pacientes que se atienden en dicho Centro de salud, logrando que se les

brinde un manejo integral e individualizado; para la investigadora el beneficio es profesional y académico; no se ha encontrado riesgos hacia su persona puesto que todo se manejará en base a códigos manteniendo la confidencialidad de los datos obtenidos. El estudio no generará gastos para su persona.

Resolución de interrogantes:

Se procurará en todo momento resolver sus inquietudes sobre el procedimiento de la investigación; así como también si usted desea retirarse del estudio por alguna incomodidad o imposibilidad, deberá comunicarse con la investigadora para el retiro de su participación.

Consentimiento y participación voluntaria:

Por lo expuesto en el presente documento comprendo que mi autorización es importante para el proyecto de investigación. Sé que mis respuestas serán utilizadas para fines de investigación y se mantendrá en todo momento la confidencialidad de los datos que yo exprese.

También se me informó que, si participo o no, es decisión voluntaria y no afectará a mi derecho de recibir los servicios de atención médico en el Centro de salud de Mórrope.

Comprendo que el resultado de la investigación será presentado a la comunidad científica para su mejor comprensión.

Declaración de la Paciente:

He leído y he entendido la información escrita en este documento y firmo estos papeles autorizando mi participación en el estudio. Mi firma indica que recibido una copia de este documento.

Nombres y apellidos de la paciente

DNI:

Firma de la paciente

ANEXO 2

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

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.

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

- 0 Tanto como siempre
- 1 No tanto 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 Sí, 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 Sí, a veces
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:

- 3 Sí, 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 Sí, bastante a menudo
- 1 Sólo 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 3

Formulario Epidemiológico

I. DATOS GENERALES:

1. Edad (años):

2. Estado civil:

Soltera Conviviente Casada Viuda divorciada

3. Grado de instrucción (terminada):

Primaria Secundaria Superior

4. Ocupación (actividad):

5. Lugar de procedencia:

II. DATOS OBSTÉTRICOS:

1. Edad gestacional:

I Trimestre II Trimestre III trimestre

2. Número de controles:

3. Número de partos

III. DATOS DE VIVIENDA:

1. Tipo de vivienda:

Esteras Madera Adobe Material noble

2. Servicios públicos:

Agua Luz Desague

ANEXO 4

Formulario de evaluación de factores asociados

Marca con una X la opción que más le parezca:

FACTORES PSICOLÓGICOS:

1. Factores personales:

Si No

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Embarazo planificado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Antecedente de aborto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Antecedente de episodio depresivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Factores familiares:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Familia tipo nuclear (padre, madre, hnos) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Familia monoparental (mamá o papá) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Relación familiar buena | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Relación familiar regular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Relación familiar mala | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Apoyo emocional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Factores conyugales:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Apoyo emocional de la pareja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Relación con la pareja es buena | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Relación con la pareja es regular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Relación con la pareja es mala | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- e. Violencia física por la pareja
- g. Violencia psicológica por la pareja

FACTORES SOCIALES:

4. Factores relacionados a la salud personal:

- a. Complicaciones durante el embarazo
- b. Hábito de fumar
- c. Hábito de alcohol

ANEXO 5

FORMULARIO NIVEL SOCIOECONÓMICO

Cód.	ÍTEMS
N1	¿Cuál es el grado de estudios de Padres? Marque con un aspa (X); para ambos padres (M= Madre y P=Padre)
1	Primaria Completa / Incompleta
2	Secundaria Incompleta
3	Secundaria Completa
4	Superior No Universitario (p. ej. Instituto Superior, otros)
5	Estudios Universitarios Incompletos
6	Estudios Universitarios Completos (Bachiller, Titulado)
7	Postgrado
N2	¿A dónde acude el Jefe de Hogar para atención médica cuando él tiene algún problema de salud?
1	Posta médica / farmacia / naturista
2	Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de la Solidaridad
3	Seguro Social / Hospital FFAA / Hospital de Policía
4	Médico particular en consultorio
5	Médico particular en clínica privada
N3	¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?
1	Menos de 750 soles/mes aproximadamente
2	Entre 750 - 1000 soles/mes aproximadamente
3	1001 - 1500 soles/mes aproximadamente
4	> 1500 soles/mes aproximadamente
N4-A	¿Cuántas habitaciones tienen su hogar, exclusivamente para dormir?
N4-B	¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar? (sin incluir el servicio doméstico)
N5	¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda?
1	Tierra / Arena
2	Cemento sin pulir (falso piso)
3	Cemento pulido / Tapizón
4	Mayólica / loseta / cerámicos
5	Parquet / maderapulida / alfombra / mármol / terrazo