

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**RELACIÓN ENTRE RIESGO DE DEPRESIÓN Y EDAD GESTACIONAL
EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, AREQUIPA 2018**

Tesis presentada por el Bachiller:

Medina Delgado, Omar Roger

para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujano

Asesora:

Dra. Del Castillo Solórzano, Noemí

**Arequipa - Perú
2018**



55

Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 352 - FMH-2017

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“RELACIÓN ENTRE RIESGO DE DEPRESIÓN Y EDAD GESTACIONAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2018”

Presentado por el (la) Sr. (ta):

OMAR ROGER MEDINA DELGADO

Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:

Arequipa, *23 de abril 2018*

JE
DR. JOSÉ ELISEO ALVARADO ACO
Dr. José E. Alvarado Aco
MÉDICO PSIQUIATRA
RNE 9605 CMP 14051

Justo
DR. JUSTO ENRIQUE TIZZO CORNEJO
Dr. Justo Enrique Tizzo Cornejo
JEFE DEL PTO DE GINECOLOGIA - OBSTETRICIA
C. M. P. 12797 - R. N. E. 8843
Mag. Lic. Carlos A. Segura Espinoza
AREQUIPA - PERÚ

Germán
DR. GERMÁN VARGAS OLIVERA

Germán A. Vargas Olivera
MÉDICO-CIRUJANO
MAGISTER EN SALUD MENTAL
CMP 36097

AGRADECIMIENTOS

A quien guió cada uno de mis pasos, y me dió la fuerza para continuar adelante, a Dios, El que nunca me abandona.

A mis padres quienes con su cariño, experiencia y paciencia me brindaron su apoyo incondicional.

A mis Hermanos quienes siempre estuvieron conmigo y me brindaron su alegría y su cariño.

A Mariana quien es una inspiración en mi trabajo diario, quien me tuvo paciencia, me brindó su amor, ayuda y apoyo desde el primer día.

A mis amigos, especialmente a Joel y Jashira, quienes me enseñaron que cualquier camino no tiene porque no ser divertido. Todos ellos fuente de experiencia incomparable que nunca olvidaré.

INDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	III
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN.....	X
CAPITULO I: MATERIALES Y MÉTODOS.....	1
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	2
2. Campo de Verificación	2
3. Tipo de investigación:	3
4. Nivel de investigación:.....	3
5. Estrategia de Recolección de datos	3
CAPÍTULO II RESULTADOS	6
CAPÍTULO III DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	23
DISCUSIÓN	24

CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	28
CONCLUSIONES.....	29
RECOMENDACIONES:	30
BIBLIOGRAFÍA.....	31
ANEXOS	33
ANEXO 1: TEST DE EDIMBURGO.....	34
ANEXO 2: FICHA DE DATOS.....	36
ANEXO 3: DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO/AUTORIZACION.....	37
ANEXO 4:MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN.....	38
ANEXO 5:PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	49

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de gestantes según edad	7
Tabla 2: Estado civil.....	9
Tabla 3. Frecuencia de Gestantes según su Paridad	11
Tabla 4. Frecuencia de Gestantes según Trimestre de embarazo	13
Tabla 5. Frecuencia de Riesgo de Depresión en Gestantes.....	15
Tabla 6. Asociación Riesgo de Depresión con Trimestre de Embarazo	17
Tabla 7. Asociación entre Riesgo de Depresión con Paridad.....	19
Tabla 8. Asociación entre Estado Civil y Riesgo de Depresión	21



INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Distribución de gestantes según edad	8
Gráfico 2. Estado Civil	10
Gráfico 3. Frecuencia de Gestantes según su Paridad.....	12
Gráfico 4. Frecuencia de Gestantes según Trimestre de embarazo.....	14
Gráfico 5. Frecuencia de Riesgo de Depresión en Gestantes	16
Gráfico 6. Relación Riesgo de Depresión con Edad Gestacional.....	18
Gráfico 7. Asociación entre Riesgo de Depresión con Paridad.	20
Gráfico 8. Asociación entre Estado Civil y Riesgo de Depresión.....	22



RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el riesgo de depresión de las gestantes y la edad gestacional; además de los principales factores sociodemográficos de las gestantes en el servicio de hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Métodos: Se trata de un estudio prospectivo, descriptivo, transversal, que evaluó 226 gestantes de los tres trimestres de gestación, en el servicio de Obstetricia del hospital Hospital Regional Honorio Delgado que cumplieron criterios de selección; se evaluó riesgo de depresión, edad gestacional, paridad, edad y estado civil. Se comparó las diversas mediciones y se usó pruebas probabilísticas.

Resultados: Se determinó que en 226 encuestadas, 48 (21.24%) pacientes presentaban depresión, ya sea de forma leve, moderada o grave; asimismo se encontró que el 19.51% de las gestantes en el primer trimestre se encontraban con riesgo de depresión; el 9.38% de gestantes en el segundo trimestre de embarazo se encontraban con riesgo de depresión; mientras el 27.50% de gestantes del tercer trimestre de embarazo se encontraban con riesgo de depresión. Asimismo se determinó diferencia significativa con respecto al trimestre de embarazo ($p=0.034$), pero no se encontró diferencia significativa con respecto a las otras variables sociodemográficas.

Conclusiones: El riesgo de depresión en las gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza es alta, pero muy similar a la encontrada en otros países del mundo, observándose además que esta se da en mayor proporción en el tercer trimestre de embarazo, seguida del primer trimestre de embarazo.

PALABRAS CLAVE: Depresión, gestación, trimestre de embarazo.

ABSTRACT

Objective: To determine the relation between risk of depression and gestational age of pregnancy, besides the main sociodemographic factors in pregnancy in the service of Obstetrics of Regional Honorio Delgado Espinoza Hospital.

Methods: A prospective, descriptive and transversal study evaluated 226 pregnant of 3 trimester in the service of Obstetrics of Regional Honorio Delgado Espinoza Hospital. who met selection criteria, risk of depression, trimester of pregnancy, parity, age and civil status. The various measurements were compared and probabilistic tests were used.

Results: It was determined that 226 pregnant surveyed, 48 (21.24%) patients presented depression, wheter in a case mild, moderate or several depression, Likewise the 19.51% of pregnant in the first trimester have risk of depression, 9.38% pregnant of the second trimester have risk of depression and 27.50% pregnant of third trimester have risk of depression.

Also a highly significant was determined between risk of depression and gestational age ($p=0.034$, but no significant difference was found with the others sociodemographic variables.

Conclusions: The pregnancy depression risk in Honorio Delgado Espinoza Hospital is high, but it's similar than other countries around the world and this happens in a greater proportion in the third trimester of pregnancy

Key words: Depression, pregnancy, trimester of pregnancy.

INTRODUCCIÓN

Se sabe que el bienestar emocional es un aspecto básico en la persona, para poder desarrollarse con normalidad con su medio externo.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que en la actualidad está de “moda” al estar alcanzando niveles nunca antes vistos, la cual interfiere con la capacidad del ser humano en desempeñarse adecuadamente en el ambiente en el cual se encuentra.

Su registro dentro de la historia de la humanidad data entre el siglo I y II antes de Cristo, entre los cuales diversos pensadores y filósofos griegos tales como Hipócrates y Plutarco describían vívidamente cuadros de “melancolía” aludiendo a síntomas sorprendentemente similares a los que se encuentran en las descripciones de las clasificaciones psiquiátricas actuales sobre la depresión. (1) Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requerirá tratamiento médico en algún momento de su vida. (2) (3) (4)

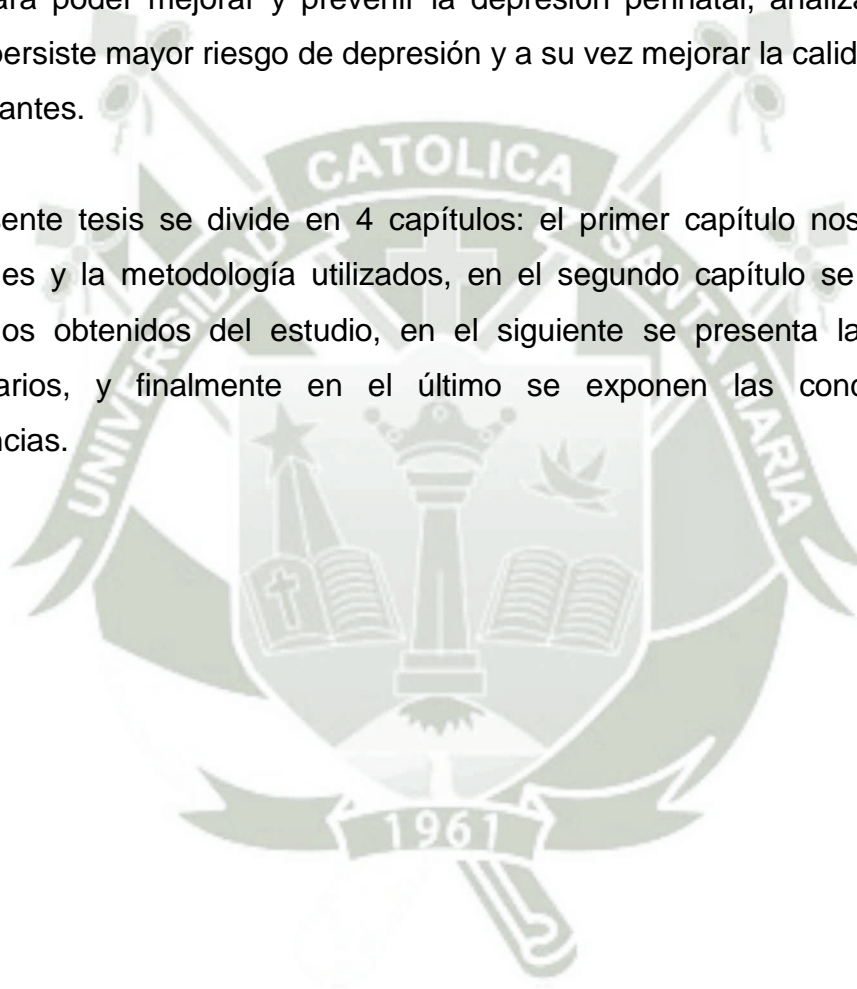
Afecta a aproximadamente 300 millones de personas en el mundo aproximadamente. Las mujeres presentan con más frecuencia trastornos del estado de ánimo, siendo dos veces más en las mujeres adultas que en los varones, con una prevalencia de 14 y 21% de prevalencia (5). Alrededor de 1 de cada 5 mujeres tiene depresión en algún momento de su vida. Además, se trata a 1 de cada 7 mujeres por depresión en algún momento entre el año antes del embarazo y el año después del embarazo. (6)

Actualmente es un problema grave en nuestra sociedad que poco se le da importancia; por lo cual es imperativo analizar, diagnosticar y poder crear una solución a este problema que acosa a muchas pacientes en la etapa de gestación y pueden afectar al binomio madre-feto. (7)

La depresión durante el embarazo puede afectar de forma negativa a la salud materno-infantil. La mayoría de los estudios se centran en la depresión postparto, observándose también una falta de estudios sobre la repercusión del embarazo (8)

El objetivo del presente estudio fue determinar la relación que existe entre el riesgo de depresión y la edad gestacional de las pacientes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia de un hospital de Perú, con el fin de poder crear una línea base para poder mejorar y prevenir la depresión perinatal, analizar las etapas donde persiste mayor riesgo de depresión y a su vez mejorar la calidad de vida de las gestantes.

La presente tesis se divide en 4 capítulos: el primer capítulo nos muestra los materiales y la metodología utilizados, en el segundo capítulo se exponen los resultados obtenidos del estudio, en el siguiente se presenta la discusión y comentarios, y finalmente en el último se exponen las conclusiones y sugerencias.





**CAPITULO I:
MATERIALES Y MÉTODOS**

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de Encuestas.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de Encuesta del Test de Edimburgo y ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Hoja de consentimiento informado
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de Verificación

2.1. Ubicación espacial: El presente estudio se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizó en forma coyuntural durante el año 2018.

2.3. Unidades de estudio: Población de gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza-MINSA 2018

2.4. Población: Toda la población de gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza- MINSA Arequipa 2018

2.5. Muestra: Se tomó a 226 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de elegibilidad.

2.6. Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**
 - ✓ Pacientes gestantes en hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2018
 - ✓ Participación voluntaria en el estudio
 - ✓ Cualquier paridad

- ✓ Gestantes divididas en Primer, Segundo y Tercer trimestre de gestación.

- **Exclusión**

- ✓ Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas
- ✓ Pacientes con trastornos psicológicos- psiquiátricos demostrados en su Historia Clínica.
- ✓ Pacientes sin antecedentes de abortos, y/o malformaciones en anteriores embarazos.
- ✓ Gestantes menores de edad
- ✓ Pacientes con embarazo no deseado

3. Tipo de investigación:

Se trata de un estudio de campo.

4. Nivel de investigación:

Se trata de un estudio observacional, prospectivo y transversal.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se solicitó el permiso y la autorización al director del Área de Gineco-obstetricia para la realización del estudio, además de solicitar el permiso al Director del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Se realizó además la petición del permiso a la Comisión de ética de la Universidad Católica de Santa María.

Una vez obtenida la autorización por parte del Hospital, del Servicio de Gineco-obstetricia y del Comité de ética se procedió a la ejecución del proyecto.

Se inició a contactar a las gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza- MINSA Arequipa en horas posteriores a la visita médica, y con el permiso del médico de turno; se procedió a explicar a las pacientes los motivos del estudio y solicitar la participación

voluntaria y anónima, además de explicarles del consentimiento informado. Se aplicó las fichas de estudio y recolección de datos a todas las gestantes que estaban dispuestas a colaborar con el estudio, además de cumplir con los criterios de selección. Una vez llenadas estas fichas con el Test de Edimburgo y la ficha de recolección se procedió a organizar en la bases de datos

El análisis y procesamiento de datos se realizará tomando en cuenta las variables de interés, para luego pasar a la parte estadística y elaborar el informe final.

Se presentó dicho informe final a la Facultad de Medicina Humana.

5.2. Validación de los instrumentos

El test de Edimburgo es un test previamente validado no solamente para depresión postparto sino para depresión en gestantes por el Dr. Rubén Alvarado de la Universidad de Chile en el año 2012 donde un puntaje con punto de corte mayor de 9-10 puntos indicaba posibilidad de depresión postparto y un puntaje superior a los 11-12 puntos como punto de corte para depresión perinatal. (9) (10) (11) así como en el estudio de Scherrer en la Revista Latinoamericana de Enfermedades de Brasil. (12)

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento de las autoridades hospitalarias.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en las encuestas fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se

transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de Análisis

Se utilizó estadística descriptiva además de usar medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico.



Relación entre Riesgo de Depresión y Edad Gestacional en pacientes hospitalizadas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2018

Tabla 1. Distribución de gestantes según edad

Edad	Valor (años)
Mediana	24
Rango intercuartílico	22-29
Valor mínimo	18
Valor máximo	40
Media	25,36

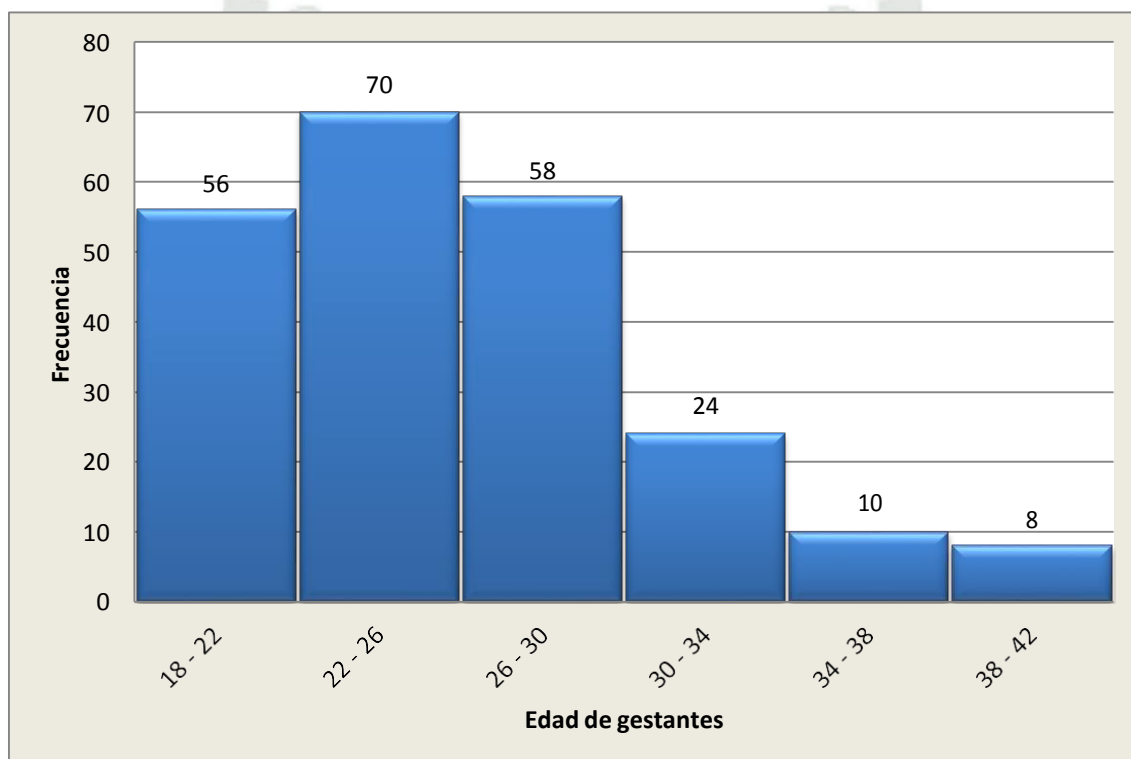
Fuente: Elaboración propia.

Total encuestadas 226 pacientes

De las 226 encuestas realizadas, se encontró una distribución no normal, por lo que se determinó la mediana de la edad de las pacientes en 24 y se ubicó a la mitad de los datos entre 22 y 29 años

Relación entre Riesgo de Depresión y Edad Gestacional en pacientes hospitalizadas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2018

Gráfico 1. Distribución de gestantes según edad



Fuente: Elaboración propia

De las 226 encuestas realizadas, se encontró una distribución no normal, por lo que se determinó la mediana de la edad de las pacientes en 24 y se ubicó a la mitad de los datos entre 22 y 29 años

Relación entre Riesgo de Depresión y Edad Gestacional en pacientes hospitalizadas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2018

Tabla 2: Estado civil

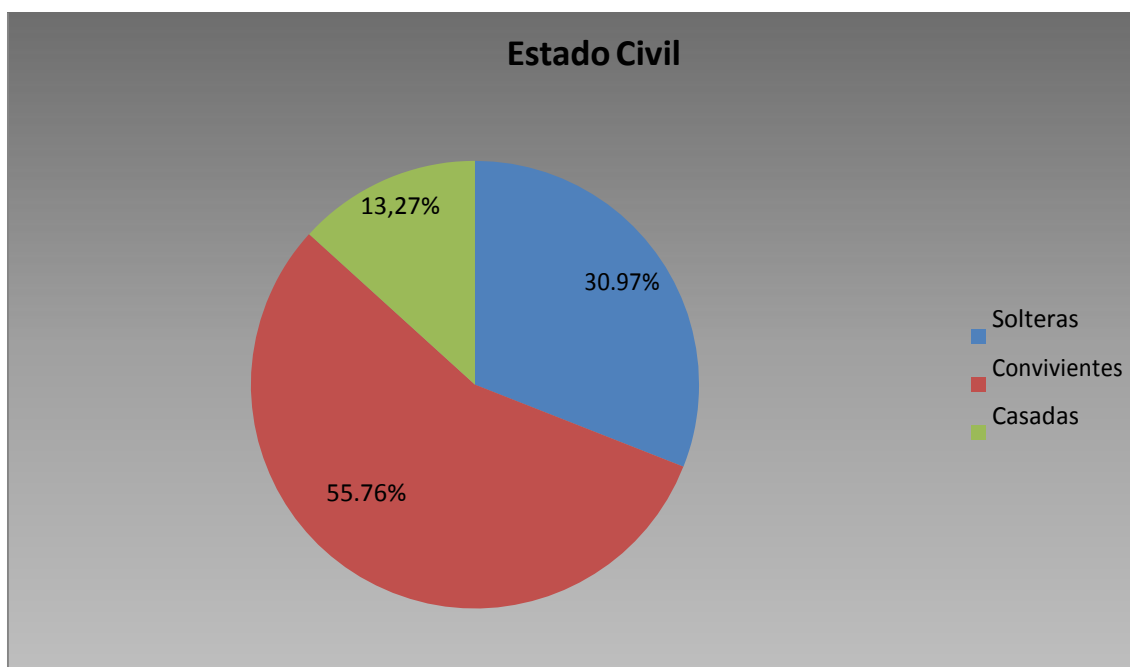
Estado Civil	Frecuencia (n=226)	Porcentaje (%)
Solteras	70	30,97%
Convivientes	126	55,75%
Casadas	30	13,27%

Fuente: Elaboración propia.

De las 226 gestantes encuestadas, se encontró que el 30.27% eran solteras, el 57.52% eran convivientes y sólo el 11.5% eran casadas

Relación entre Riesgo de Depresión y Edad Gestacional en pacientes hospitalizadas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2018

Gráfico 2. Estado Civil



Fuente: Elaboración propia

De las 226 gestantes encuestadas, se encontró que el 30.27% eran solteras, el 57.52% eran convivientes y sólo el 11.5% eran casadas

Relación entre Riesgo de Depresión y Edad Gestacional en pacientes hospitalizadas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2018

Tabla 3. Frecuencia de Gestantes según su Paridad

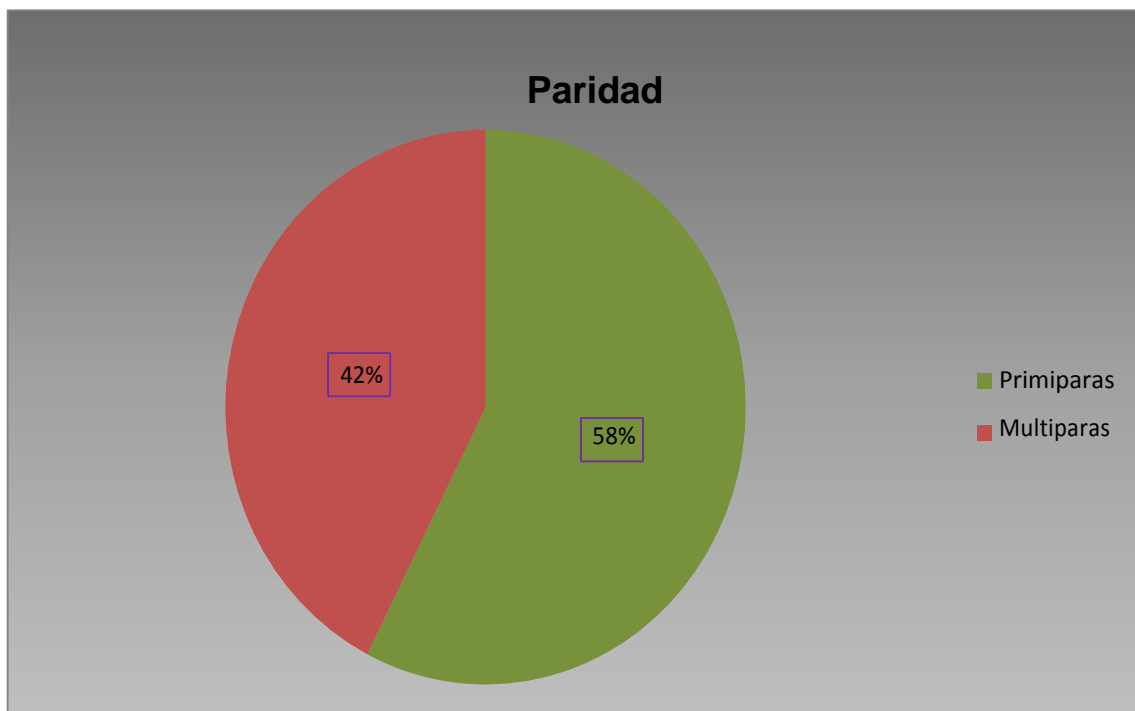
Paridad	Frecuencia (n=226)	Porcentaje (%)
Primiparas	130	57,52
Multiparas	96	42,48

Fuente: Elaboración propia.

De las 226 encuestas, se encontró que el 57.52% eran primíparas mientras el 42.82% de las encuestadas eran múltiparas (a partir de la 2da gestación)

**Relación entre Riesgo de Depresión y Edad Gestacional en pacientes hospitalizadas del
Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza,
Arequipa - 2018**

Gráfico 3. Frecuencia de Gestantes según su Paridad



Fuente: Elaboración propia

De las 226 encuestas, se encontró que el 57.52% eran primíparas mientras el 42.82% de las encuestadas eran multiparas (a partir de la 2da gestación)

Relación entre Riesgo de Depresión y Edad Gestacional en pacientes hospitalizadas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2018

Tabla 4. Frecuencia de Gestantes según Trimestre de embarazo

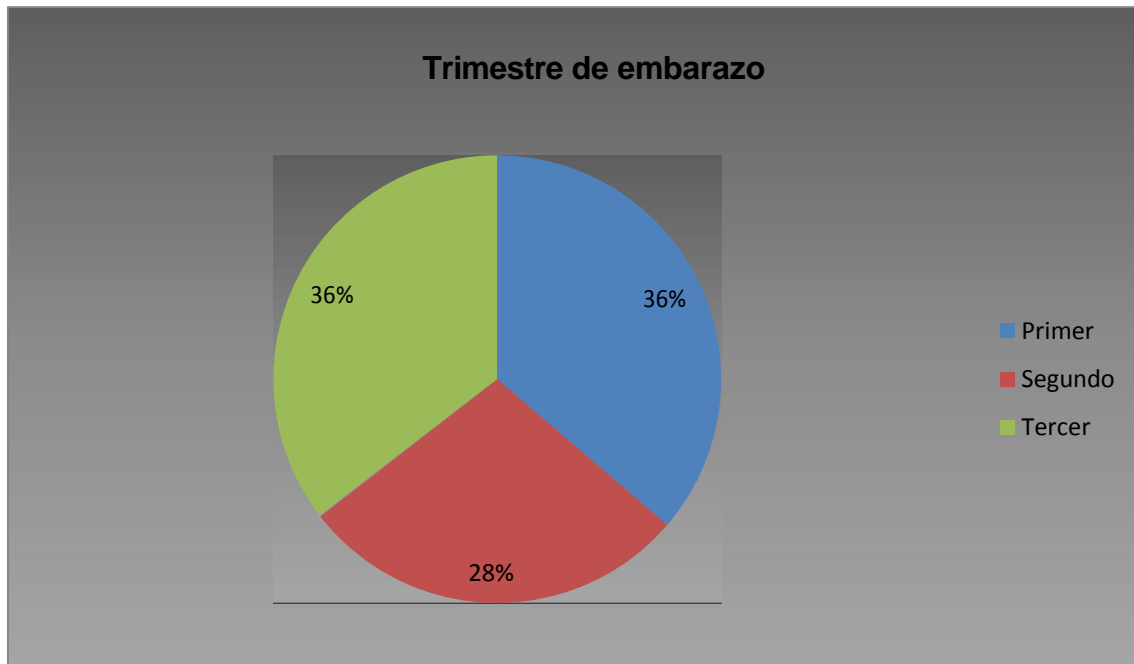
Trimestres	Frecuencia (n=226)	Porcentaje (%)
Primer	82	36,28
Segundo	64	28,32
Tercer	80	35,40

Fuente: Elaboración propia.

De las 226 encuestas, se encontró que el 36.28% se encontraban en el primer trimestre de gestación, el 28,32% en segundo trimestre de gestación; y el 35,40% en el tercer trimestre de gestación.

Relación entre Riesgo de Depresión y Edad Gestacional en pacientes hospitalizadas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2018

Gráfico 4. Frecuencia de Gestantes según Trimestre de embarazo



Fuente: Elaboración propia

De las 226 encuestas, se encontró que el 36,28% se encontraban en el primer trimestre de gestación, el 28,32% en segundo trimestre de gestación; y el 35,40% en el tercer trimestre de gestación.

Relación entre Riesgo de Depresión y Edad Gestacional en pacientes hospitalizadas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2018

Tabla 5. Frecuencia de Riesgo de Depresión en Gestantes

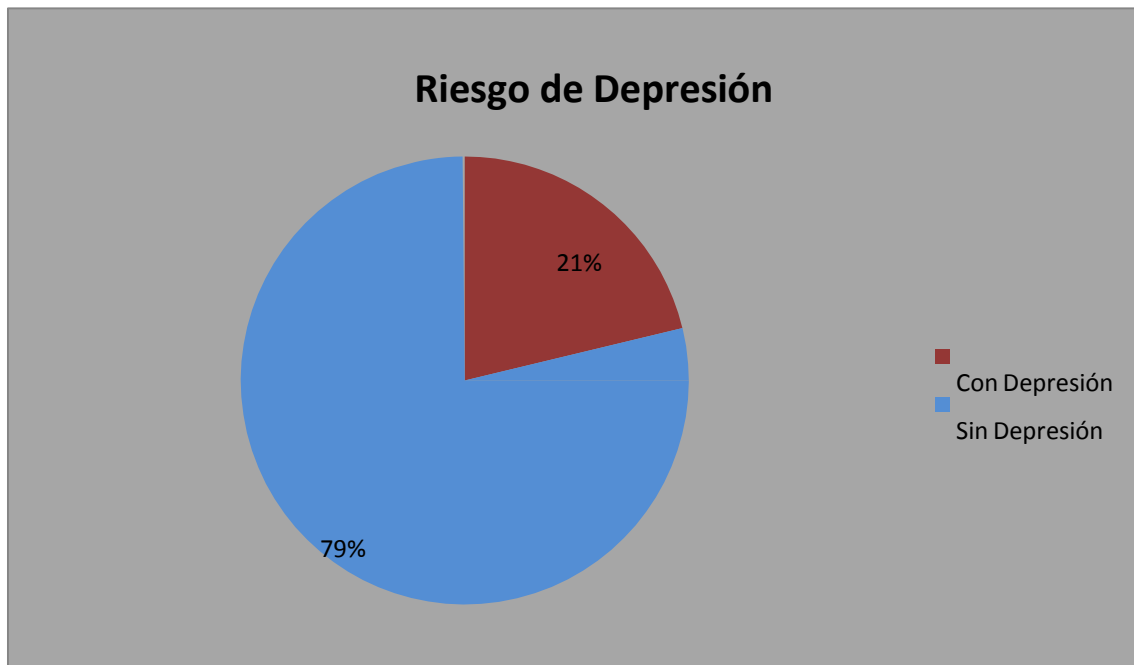
Riesgo Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Con Riesgo Depresión	48	21,24
Sin Riesgo Depresión	178	78,76

Fuente: Elaboración propia.

De las 226 encuestadas, se encontró que el 19,47% de las gestantes se encontraban con riesgo de depresión, mientras el 80,53% no se encontraban con riesgo de depresión.

Relación entre Riesgo de Depresión y Edad Gestacional en pacientes hospitalizadas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2018

Gráfico 5. Frecuencia de Riesgo de Depresión en Gestantes



Fuente: Elaboración propia

De las 226 encuestadas, se encontró que el 19,47% de las gestantes se encontraban con riesgo de depresión, mientras el 80.53% no se encontraban con riesgo de depresión

Relación entre Riesgo de Depresión y Edad Gestacional en pacientes hospitalizadas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2018

Tabla 6. Asociación Riesgo de Depresión con Trimestre de Embarazo

Riesgo Depresión	Trimestre de embarazo			p [^]
	Primer trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre	
Con Riesgo Depresión	16 (19,51)	8 (12,50)	24 (30,00)	P =0.034
Sin Riesgo Depresión	66 (80,49)	56 (87,50)	56 (70,00)	
Total	82 (100%)	64 (100%)	80(100%)	

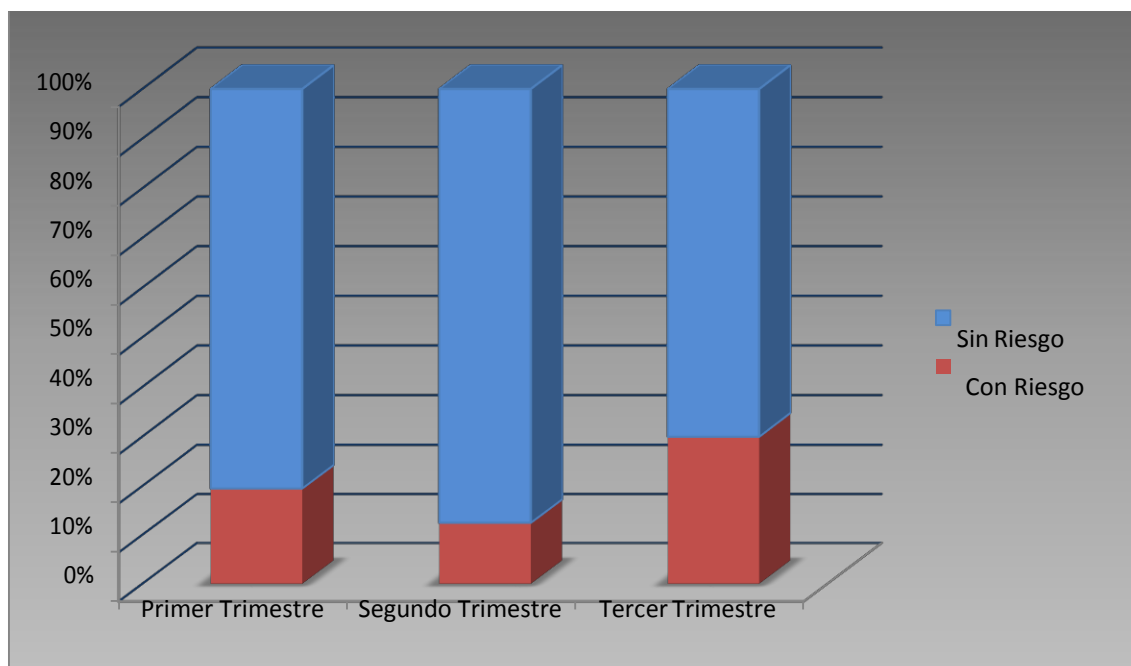
Fuente: Elaboración propia.

* Pruebas estadística Chi2

Se observa que hay relación significativa entre riesgo de depresión y trimestre de embarazo

Relación entre Riesgo de Depresión y Edad Gestacional en pacientes hospitalizadas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2018

Gráfico 6. Relación Riesgo de Depresión con Edad Gestacional



Fuente: Elaboración propia

Se observa que hay relación significativa entre Riesgo de Depresión y Trimestre de Embarazo

Relación entre Riesgo de Depresión y Edad Gestacional en pacientes hospitalizadas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa - 2018

Tabla 7. Asociación entre Riesgo de Depresión con Paridad.

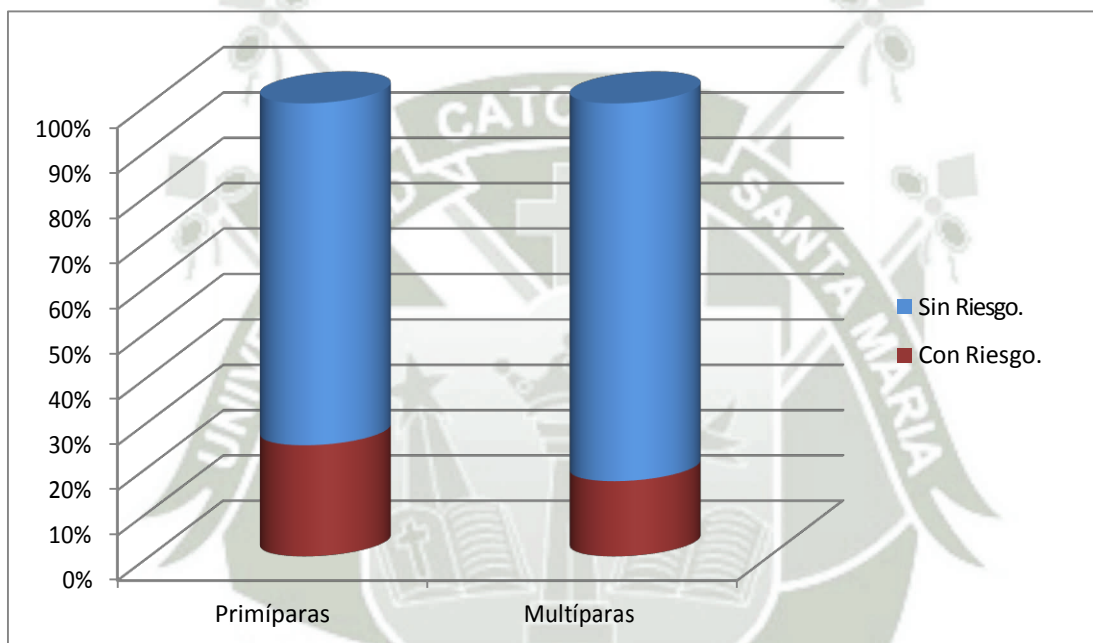
Riesgo Depresión	Paridad		p [^]
	Primiparas	Multiparas	
Con Riesgo Depresión	32(24,62)	16 (16,67)	P 0,149
Sin Riesgo Depresión	98 (75,38)	80 (83,33)	

Fuente: Elaboración propia.
* Pruebas estadística Chi2

Se observa que no hay relación significativa entre Riesgo de Depresión y Paridad.

**Relación entre Riesgo de Depresión y Edad Gestacional en pacientes
hospitalizadas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza,
Arequipa - 2018**

Gráfico 7. Asociación entre Riesgo de Depresión con Paridad.



Fuente: Elaboración propia.

Se observa que no hay relación significativa entre Paridad y Riesgo de Depresión.

Relación entre Riesgo de Depresión y Edad Gestacional en pacientes hospitalizadas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2018

Tabla 8. Asociación entre Estado Civil y Riesgo de Depresión

	Soltera	Conviviente	Casada	p [^]
Riesgo Depresión	18 (25,71)	26 (20,63)	4 (13,33)	P=0,370
No Riesgo Depresión	52 (74,29)	100(79,37)	26 (86,67)	
Total	70 (100%)	130 (100%)	26 (100%)	

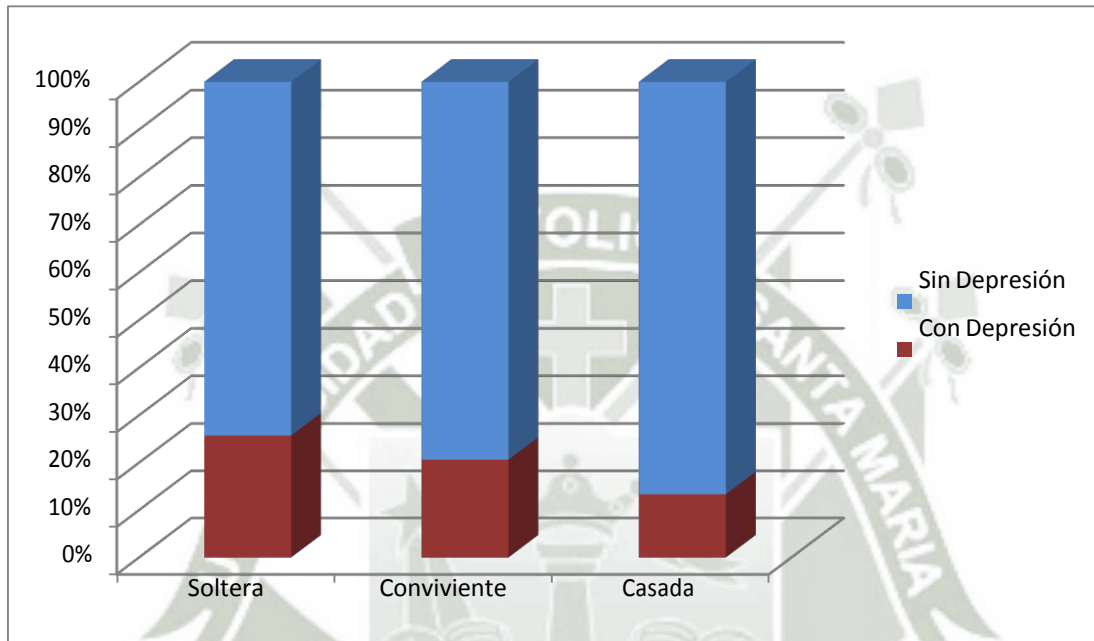
Fuente: Elaboración propia.

* Pruebas estadística Chi2

Se observa que no hay relación significativa entre Estado Civil y Riesgo de depresión al obtenerse un $p=0.370$

Relación entre Riesgo de Depresión y Edad Gestacional en pacientes hospitalizadas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2018

Gráfico 8. Asociación entre Estado Civil y Riesgo de Depresión



Fuente: Elaboración propia.

Se observa que no hay relación significativa entre Estado Civil y Riesgo de Depresión



CAPÍTULO III
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN

En este proyecto estudiamos (tabla 1) a una población de gestantes mayores de edad, con rangos de edad entre los 18 y 40 años de edad encontrando una media de 25.36 entre las edades de las participantes. Usando sólo pacientes mayores de edad

Se encontró además (tabla 2) que de las 226 encuestadas, el 30.97% eran solteras, el 57.52% eran convivientes y el 11.5% eran casadas, demostrando una mayor cantidad de gestantes con estado civil conviviente.

Además de observarse (tabla 3) que del total de pacientes encuestadas el 57.52% eran pacientes primíparas, en contraposición del 42.48% eran múltiparas (incluye segundíparas)

Se dividió la población en tres grupos de acuerdo al trimestre de embarazo en el cual cursa la gestación: primer, segundo y tercer trimestre de embarazo, de las cuales el 36.38% de las encuestadas eran del primer trimestre de embarazo, 28.22% eran del segundo trimestre de embarazo y 35.40% eran del tercer trimestre de embarazo.

En un estudio de Veracruz- México publicado por Ruiz G (13). se evaluó a 89 mujeres; con población de estudio de 114 gestantes con diversas edades, además de encontrarse en diferentes trimestre de gestación quienes acudían a dicho centro de salud en Veracruz – México para su control prenatal; obteniéndose como resultado que las embarazadas encuestadas se encontraban en un rango de edad entre 16 y 42 años; además que la prevalencia de depresión encontrada fue de 23,6%. De acuerdo a la edad gestacional se encontró que en el tercer trimestre existe una mayor prevalencia de depresión (66,6%). Haciendo un énfasis en el estado civil donde existe una mayor prevalencia de depresión en mujeres que viven en unión libre (42,9%).

Extrapolando estos datos a los resultados que obtuvimos en nuestro estudio se encuestó pacientes con rangos de edad entre 18 y 40 años, obteniendo que la

prevalencia de riesgo de depresión es del 21,24 %, obteniéndose niveles menores. De acuerdo al trimestre de embarazo se encontró que el riesgo de depresión era mayor en el tercer trimestre de embarazo con 30%, siendo casi el doble de la encontrada en gestantes del primer y segundo trimestre de embarazo. Además se encontró mayor prevalencia de este riesgo en madres en unión libre (solteras y convivientes) siendo estas en 25.71% y 20.63% respectivamente; en comparación 42.9% del anterior estudio, siendo claramente inferior, siendo una población similar; esta diferencia amplia puede deberse a diferencias sociales y/o culturales de ambos países, lo cual brinda una oportunidad de estudios posteriores sobre este tema.

Con respecto al estudio de Jadresic E. (14) de Depresión en el embarazo y puerperio en Santiago de Chile se obtuvo como resultados que aproximadamente un tercio de las gestantes chilenas presenta algún síntoma de depresión y/o ansiedad durante el embarazo, mientras que más del 40% presentan depresión en el posparto, además en dicho trabajo también se determinó que el instrumento de tamizaje para depresión, usado más comúnmente durante la gestación en todo el mundo es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS), En comparación con este trabajo se observó, que el riesgo de depresión en gestantes de este hospital de Arequipa es menor (21,24 %).

En el estudio de Wisner llamado Risk- Benefit decision making for treatment of depression during pregnancy (15), fue un estudio donde se analizó el riesgo-beneficio de dar tratamiento antidepresivo durante la gestación, en dicho trabajo además se demostró que entre el 10 al 25% de la población gestante se encontraban con depresión, teniendo un pico de prevalencia entre 25 y 44 años de edad, además de observarse que el 9 % de las gestantes comenzó su depresión en el embarazo. Con respecto a este trabajo el riesgo de depresión fue de niveles muy similares.

En el meta-análisis de Gavin NI (16) se revisó 109 artículos médicos, en los cuales se observó que un rango entre 6.5 y 12.9% de la población gestante en promedio tenía depresión en los diferentes trimestres de embarazo y el 1er año de puerperio. La prevalencia de periodos combinados muestra que el 19.2% de

mujeres tiene episodios depresivos durante el postparto además, muy similar al 21,24% encontrado en este estudio.

En el estudio mexicano de Ortega L (17) se llevó una investigación en la consulta externa del Instituto Nacional de Perinatología, en una muestra de 360 mujeres, que oscilaban entre 28-34 semanas de gestación, donde se realizó diversas pruebas entre las que se encontraba la Escala de Edimburgo, de donde se obtuvo que el 21.7% de las mujeres sometidas a la prueba, podrían estar experimentando "un probable episodio depresivo", este estudio es en el que se encuentra la prevalencia de riesgo de depresión más semejante a nuestra población, a diferencia de otros estudios en países europeos o de USA donde la media es ligeramente menor.

Con respecto a otro estudio de Latinoamérica, en Brasil en 2010 Silva RA (18) hizo un estudio transversal en población de gestantes asistidas por el sistema público de salud usando la Escala de Depresión de Edimburgo; se tomó una muestra de 1264 mujeres con edades entre 12 y 46 años, en el cuál el 21.1% presentaron episodio depresivo durante la gestación. Además fue asociada a la edad gestacional avanzada, menor grado educacional, unión libre, ser primigesta, embarazo no planeado, ideas de aborto, tratamiento psicológico- psiquiátrico, consumo de tabaco / alcohol durante la gestación o haber sufrido evento estresante. En comparación con este estudio, la prevalencia depresiva fue similar, en contraposición se encontró en este estudio que la edad no tenía asociación significativa y que en el caso de la gravidez, el riesgo de depresión era en mayor proporción en las primigestas, aunque no tenía una asociación significativa (0.149).

En el ámbito local Bao-Alonso (19) hizo un estudio en el Hospital Cayetano Heredia en Lima donde se analizó a 203 pacientes gestantes que acudían al Consultorio Externo de Obstetricia, donde se les tomó datos personales, sociodemográficos y psiquiátricos, además de aplicarles la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), obteniéndose como resultados: Que un 34,7% de las gestantes evaluadas tenían un puntaje positivo mayor a 13,5. La prevalencia estimada de riesgo depresión mayor en las pacientes gestantes, tomando en cuenta la sensibilidad y especificidad de la EPDS para el punto de

corte 13,5, fue 22,25%. De los puntajes totales de la EPDS se obtuvo una media de 11,3 y una desviación estándar de 6,2. De los factores sociodemográficos evaluados, los que mayor significancia tuvieron fueron: ser soltera ($p < 0,001$), ausencia de educación superior ($p = 0,039$), embarazo no deseado por la pareja ($p = 0,004$) o por la paciente ($p = 0,021$) e historia de depresión previa a la gestación ($p = 0,003$). En nuestro estudio se obtuvieron puntajes similares de depresión en una población del mismo país pero usando un punto de corte de 12, inferior al usado en este trabajo, además de encontrarse también mayor cantidad de pacientes con depresión en solteras o en unión libre con respecto a las pacientes casadas.

Luna Matos (20) hizo otro estudio también en nuestro medio, descriptivo, transversal de asociación simple, en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, con una muestra de 222 pacientes gestantes con edades que oscilaban entre los 16 a 42 años con bajo riesgo obstétrico que acudieron a la consulta externa del Departamento de Obstetricia. Se les aplicó también la Escala de Depresión de Edimburgo además de un cuestionario sobre datos sociodemográficos y obstétricos; se sometió a diversos pruebas probabilísticas donde se obtuvo de resultado que, 89 (40,1%) presentaron depresión mayor, también que las mujeres con estado civil soltera se deprimían más, las que presentaron embarazo no planeado y complicaciones durante el embarazo tenían mayor depresión que el resto de las estudiadas. No se encontró que otras de las variables estudiadas como edad, número de hijos, edad gestacional, nivel educacional, antecedentes de aborto, consumo de bebidas alcohólicas, la falta de apoyo familiar y la percepción de tener problemas de pareja, familiares, económicos o personales influyeran en la frecuencia de depresión. En este trabajo en comparación al nuestro se ve claras diferencias con respecto a la prevalencia de depresión siendo aún el mismo país, siendo en este trabajo casi el doble, y también superior a la mayoría de estudios a nivel mundial, además se encontró en nuestro trabajo que si había relación con respecto al trimestre de embarazo.



CAPÍTULO IV
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se obtuvo en el estudio que la prevalencia de Riesgo de Depresión en gestantes se encuentra en un 21.24%.

SEGUNDA: Se demostró que el Riesgo de Depresión en el primer trimestre de embarazo se encuentra en un 19.51%, en el segundo trimestre se encuentra en el 12.50 % y en el tercer trimestre se encuentra en un 30% de las gestantes, siendo esta predominante en el tercer trimestre de embarazo.

TERCERA: Se concluyó que si existe relación significativa entre riesgo de depresión y trimestre de embarazo, al obtener un χ^2 de 0.034

CUARTA: Se concluyó además que el riesgo de depresión no se asocia con la paridad de las gestantes, al obtener una diferencia no significativa de 0.149, pero si observándose mayor prevalencia entre las pacientes primíparas (24.62%) con respecto a las multíparas (16.67%).

RECOMENDACIONES:

1. Se recomienda al Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado a poder realizar un trabajo más estrecho de la mano del Servicio de Psiquiatría para poder mejorar la atención de las pacientes no solo a nivel físico sino a nivel emocional.
2. Se insta al Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado a poner énfasis en campañas de salud mental con las pacientes de hospitalización del servicio de Ginecoobstetricia.
3. Se insta a la comunidad médica a tomar mayor atención al bienestar mental, en especial a no infravalorar la depresión,
4. Se sugiere al Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza a continuar y mejorar el diagnóstico de depresión, especialmente evitando subdiagnosticar ni sobrediagnosticar dicho trastorno.
5. Se recomienda el uso de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo como instrumento de uso rutinario dentro de los hospitales del MINSA para hallar riesgo de depresión durante la gestación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Romero E. Representaciones Mentales del Self en un grupo de pacientes con depresión mayor. Tesis doctoral. Lima: PUCP; 2010.
2. Medina C, Coffin N, Alvarez M. El Médico general como primer contacto en usuarios con depresión e ideación suicida. Revista Electrónica de Psicología Itzcala. 2010; 13(4): p. 183 - 196.
3. Chávez M, Hernández A, Arce E. Experiencia grupal de mujeres embarazadas y en etapa posparto, y su relación con la depresión y algunos factores sociales. Perinatol Reproducción Humana. 2008; 22: p. 270 - 278.
4. De Molina I, Rubio L. Ansiedad y Meidos de las Gestantes ante el parto: La importancia de su detección. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2015 Junio; 13.
5. Bixo I, Sundstrom-Poromaa M. Patients with psychiatric disorders in gynecologic practice. Canadian Family Physician. 2005.
6. Ceballos G, Suárez C, Arenas K, Salcedo N. Adolescentes gestantes: características sociodemográficas, depresión e ideación suicida. Revsita de Psicología Universidad de Antioquía. 2013.
7. Ricardo C, Álvarez M, Ocampo M. Prevalencia de Tamizaje positivo para Depresión y Ansiedad en gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en uina clínica de Medellín (Colombia), Entre Eneero y Agosto de 2013. Factores de Rriesgo Asociados. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2015 Abril - Junio; Volumen 66(2).
8. Castellanos-Cabañas G, Gascón-Buendía A, Lapeña-Moñux Y, López-de Castro F, Pozo-Mula S, Rodríguez Rojas M. Ansiedad y depresión en el embarazo. Revista Presencia. 2011 Enero; 1.
9. Alvarado R. Validación de la Escala de Edimburgo para embarazadas. Tesis doctoral. Santiago: Universidad de Chile, Facultad de Medicina Humana. Escuela de Salud Pública.; 2012.
10. Rojas I. Protocolo de Detección de la Depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento. Santiago de Chile.; Subsecretaría de Salud Pública División, Prevención y Control de enfermedades. Departamento de Ciclo Vital. Depatamento de Salud Mental.; 2014.

11. Jadresic E. Depresión Perinatal: Detección y Tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014; 1.
12. Scherrer W, García W, Zandonade E. Los efectos de la relajación sobre los niveles de depresión en mujeres con embarazos de alto riesgo: un ensayo clínico aleatorizado. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2016; 24.
13. Ruiz G, Organista G, Armida R. Prevalencia de Depresión en Embarazadas de una Institución de Salud de Primer Nivel. Revista de Salud y Administración. 2017 Septiembre-Diciembre; Volumen 4(Número 12).
14. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2010 Diciembre; Volumen 48(Número 4).
15. Wisner K. Risk- Benefit decision making for treatment of depression during pregnancy. The American Journal of Psychiatry. 2000 Diciembre; Volumen 157(Número 12).
16. Gavin N. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Revista de Obstetricia Ginecología. 2005 Noviembre;: p. 1071-83.
17. Ortega L, Lartigue T, Figueroa M. Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. Revista de reproducción humana perinatal. 2001 Enero – marzo; Volumen 15(1).
18. Silva R, Jansen K, Souza L:MI, Tomasi E, Silva G, al. e. Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. Revista Brasileira de Psiquiatría. 2010; 32(2): p. 139-144.
19. Bao-Alonso M, Vega-Dienstmaier J, Saona-Ugarte P. Prevalencia de depresión durante la gestación. Revista de Neuropsiquiatría. 2010; 73(3).
20. Luna Matos L, Salinas J, A. LF. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Revista Panamericana de salud pública. 2009; Volumen 26(Número 4).



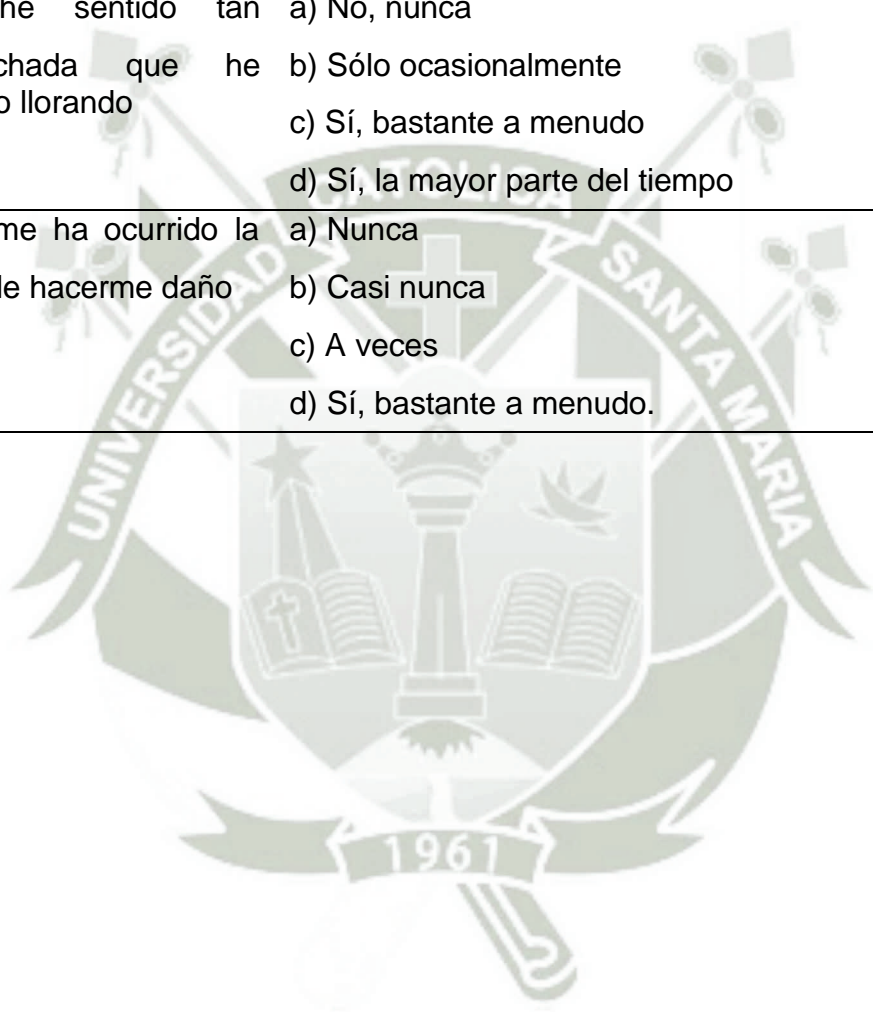
ANEXO 1: TEST DE EDIMBURGO

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo.

Por favor marque con una X en el casillero con la respuesta que más se acerca a como se ha sentido usted en los últimos 7 días.

1. He sido capaz de reírme y ver el lado positivo de las cosas	a) Tanto como siempre b) No tanto como ahora c) Mucho menos ahora d) No, nada.
2. He disfrutado mirar hacia adelante	a) Tanto como siempre b) Menos que antes c) Mucho menos que antes d) Casi nada
3. Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi innecesariamente	a) No, nunca b) No con mucha frecuencia c) Sí, a veces d) Sí, la mayor parte del tiempo
4. He estado nerviosa o inquieta sin motivo	a) No, nunca b) Casi, nunca c) Sí, a veces d) Sí, con mucha frecuencia
5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	a) No, nunca b) No, no mucho c) Sí, a veces d) Sí, bastante
6. Las cosas me han estado abrumando	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre d) Su, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto

7. Me he sentido tan a) No, nunca desdichada que he b) No con mucha frecuencia tenido dificultades para c) Sí, a veces dormir. d) Sí, la mayor parte del tiempo
8. Me he sentido triste o a) No, nunca desgraciada b) No con mucha frecuencia c) Sí, a veces d) Sí, la mayor parte del tiempo
9. Me he sentido tan a) No, nunca desdichada que he b) Sólo ocasionalmente estado llorando c) Sí, bastante a menudo d) Sí, la mayor parte del tiempo
10. Se me ha ocurrido la a) Nunca idea de hacerme daño b) Casi nunca c) A veces d) Sí, bastante a menudo.



ANEXO 2: FICHA DE DATOS

1. Datos Generales:

- Edad: _____
- Nivel Socioeconómico:
Alto () Medio () Bajo ()
- Estado Civil:
Soltera () Conviviente () Casada ()
- Primigesta () Multigesta ()
- Trimestre de embarazo ()
- Puntaje: _____



ANEXO 3: DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO/AUTORIZACION

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además, entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio estoy dando permiso para se procese la información que he respondido en los cuestionarios. En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

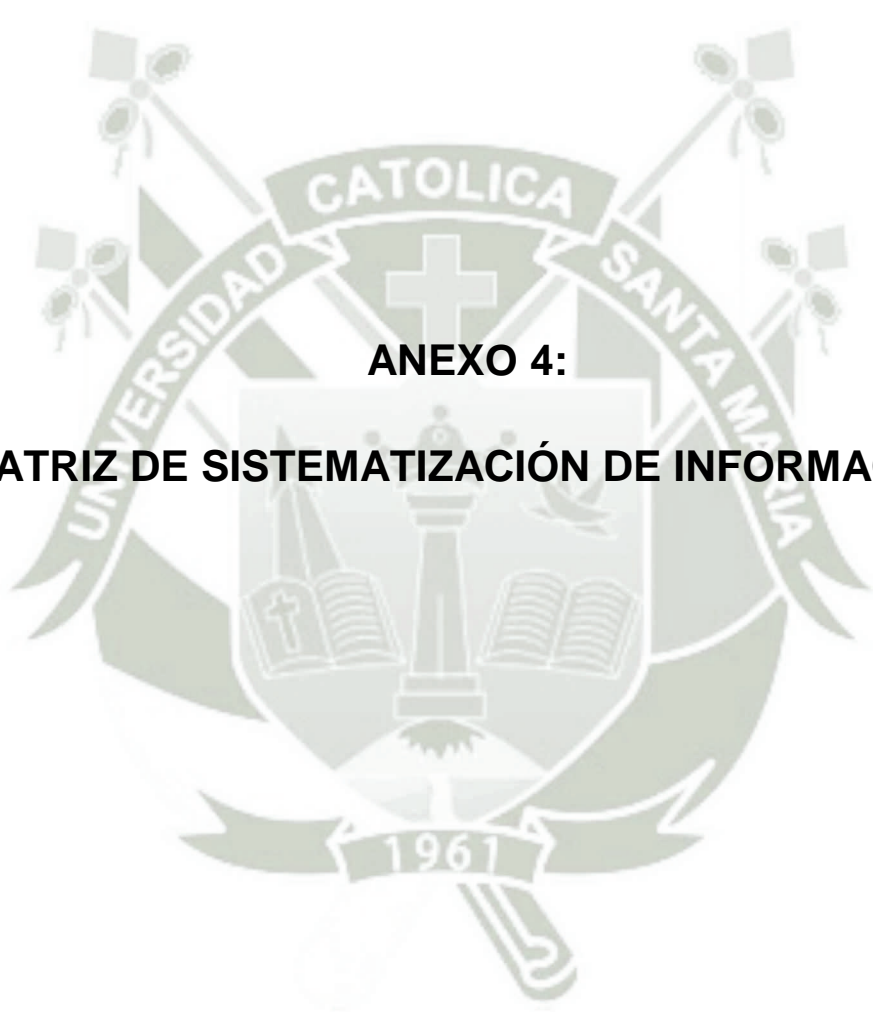
Nombre de participante que da su autorización	
DNI:	

Firma y/o huella digital del participante que da su autorización	
--	--

Nombre del Investigador principal Omar Roger Medina Delgado

Documento de identidad	70873386
------------------------	----------

FECHA:



ANEXO 4:
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN

id	trimestre	edad	paridad	edo_civil	x01	x02	x03	x04	x05	x06	x07	x08	x09	x10	total	depre
66	2	39	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50	2	29	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
56	2	34	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
68	2	19	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
53	2	23	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
96	3	25	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
112	3	34	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
33	1	28	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
21	1	19	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
35	1	19	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
67	2	19	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
47	2	21	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
85	3	20	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
20	1	23	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
45	2	23	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
51	2	28	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
72	2	29	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
97	3	30	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
55	2	21	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3
92	3	24	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	3
77	3	33	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	3
65	2	25	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	3
109	3	27	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	3
54	2	28	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
7	1	29	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	3
40	1	39	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3
49	2	22	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	3
28	1	30	1	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
44	2	19	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	4
57	2	19	1	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	4
10	1	23	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	4
18	1	23	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	4
34	1	23	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	4
17	1	27	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	4
71	2	27	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	4
24	1	24	1	2	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	4
46	2	25	1	2	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	4
23	1	22	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	5
48	2	20	0	1	0	0	0	2	1	0	1	0	1	0	0	5
76	3	21	0	1	0	0	0	3	1	0	1	0	0	0	0	5
14	1	23	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	1	0	0	5
25	1	26	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	1	1	0	5
52	2	26	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	5
5	1	27	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	5
94	3	31	1	2	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	5
110	3	33	1	2	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	5
13	1	21	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	6
19	1	22	0	1	1	1	1	0	0	2	0	1	0	0	0	6
42	2	24	0	1	0	0	0	1	1	0	2	0	1	1	0	6
8	1	27	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	6
30	1	27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	6
41	1	27	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	6
70	2	29	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	2	0	0	6
61	3	29	0	1	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	6
108	3	30	1	3	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	6
3	1	29	0	2	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	6
29	1	20	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	7
99	3	20	0	0	0	0	0	2	0	0	2	1	1	1	0	7
101	3	23	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2	2	1	0	7
60	2	28	0	0	1	1	1	0	0	0	2	0	1	1	0	7
27	1	23	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	7
74	3	35	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	7
15	1	19	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	8
62	2	19	0	0	1	0	0	2	1	1	2	1	0	0	0	8
63	2	24	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	8
103	3	24	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	0	8
106	3	21	0	1	1	0	1	2	1	0	2	1	0	0	0	8
82	3	22	0	1	1	0	1	2	1	0	1	1	0	0	0	8
104	3	25	1	1	1	1	2	1	0	1	0	1	1	1	0	8
86	3	25	0	1	0	0	0	1	1	0	2	2	2	0	0	8
9	1	28	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	8
36	1	29	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	8
38	1	31	1	1	1	0	1	1	0	0	2	1	2	0	0	8
89	3	32	1	1	2	2	2	1	2	0	2	1	0	0	0	12
43	2	33	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	8
69	2	24	0	2	1	1	24	1	1	0	1	1	0	0	0	8
84	3	24	0	0	1	1	2	2	0	0	2	0	0	1	0	9
11	1	20	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
91	3	20	1	0	0	1	3	0	0	1	0	0	1	1	2	9
105	3	23	1	0	1	0	1	2	2	2	0	1	0	0	0	9
79	3	29	0	0	2	0	0	2	1	0	1	1	1	0	0	9
78	3	22	0	1	1	0	1	2	2	2	0	1	0	0	0	9
39	1	36	0	2	1	1	1	1	1	2	0	1	1	0	0	9
75	3	38	0	2	2	2	2	0	0	2	0	0	1	0	0	9
4	1	22	0	0	1	1	0	1	0	0	2	2	2	0	0	10
16	1	27	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	2	1	0	10
73	2	40	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	10
32	1	22	0	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	11
98	3	22	0	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	0	0	11
90	3	23	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	0	0	11
61	2	24	0	0	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	0	12
1	1	18	0	0	2	2	2	2	1	1	2	0	1	1	0	12
26	1	18	0	0	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	0	12
58	2	23	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	0	0	12
37	1	24	1	1	0	2	2	2	2	1	1	1	2	2	0	12
2	1	33	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	0	0	12
93	3	18	1	1	0	1	2	0	2	2	2	2	2	1	0	12
6	1	23	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	0	0	12
31	1	23	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	0	0	12
64	2	31	1	2	1	1	1	1	1	2	0	2	2	2	1	12
107	3	18	0	0	2	2	2	2	2	0	2	1	1	0	0	13
12	1	19	0	0	2	2	2	1	1	2	1	1	1	0	0	13
95	3	19	0	0	0	1	2	1	2	2	2	2	2	1	0	13
22	1	21	0	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	0	0	13
83	3	27	0	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	0	13
102	3	33	1	1	1	1	2	2	0	2	1	2	2	0	0	13
87	3	37	1	1	2	0	2	2	0	2	1	2	2	0	0	13
111	3	28	0	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	0	14
113	3	23	0	0	0	0	0	2	2	3	2	2	3	1	0	16
80	3	24	0	0	0	0	0	2	2	3	2	2	3	2	0	16
100	3															

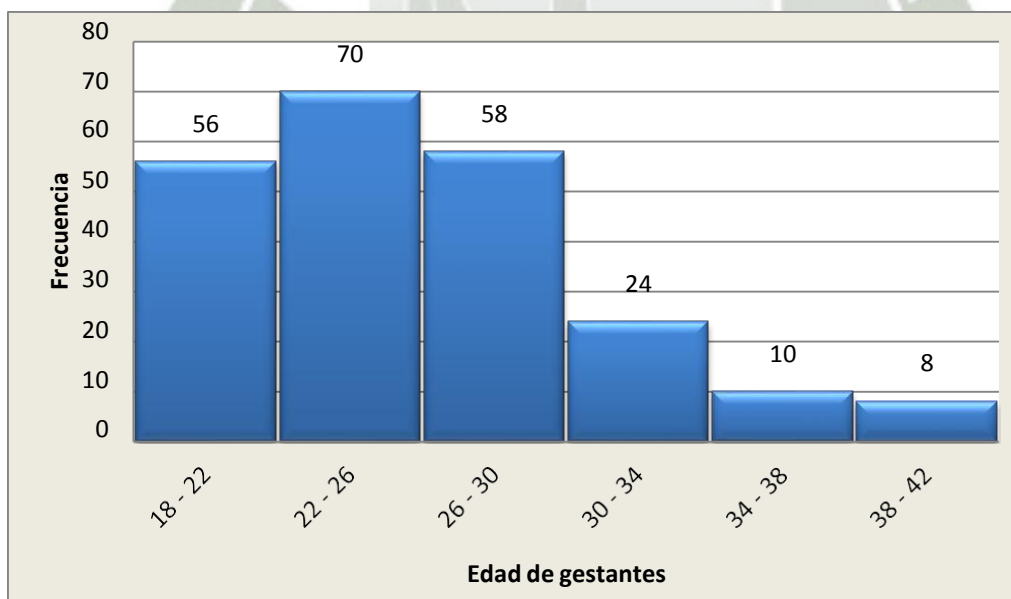
66	2	39	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50	2	29	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
56	2	34	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
68	2	19	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
53	2	23	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
96	3	25	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
112	3	34	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
33	1	28	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
21	1	19	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0
35	1	19	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
67	2	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0
47	2	21	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
85	3	20	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
20	1	23	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
45	2	23	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0
51	2	28	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0
72	2	29	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0
97	3	30	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0
55	2	21	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	3	0
92	3	24	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	0
77	3	33	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3	0
65	2	25	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	0
109	3	27	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3	0
54	2	28	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0
7	1	29	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0
40	1	39	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0
49	2	22	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	3	0
28	1	30	1	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0
44	2	19	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	4	0
57	2	19	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4	0
10	1	23	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	4	0
18	1	23	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	4	0
34	1	24	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	4	0
17	1	27	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	4	0
71	2	27	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	4	0
24	1	24	1	2	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0
46	2	25	1	2	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	4	0
23	1	22	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	5	0
48	2	20	0	1	0	0	0	2	1	0	0	1	0	1	0	0	0	5	0
76	3	21	0	1	0	0	0	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	5	0
14	1	23	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2	1	0	0	5	0
25	1	26	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1	1	0	0	5	0
52	2	26	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	5	0
5	1	27	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	5	0
94	3	31	1	2	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	5	0
110	3	33	1	2	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	5	0
13	1	21	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	6	0
19	1	22	0	1	1	1	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	6	0
42	2	24	0	1	0	0	0	1	1	0	0	2	0	1	1	0	0	6	0
8	1	27	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	6	0
30	1	27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	6	0
41	1	27	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	6	0
70	2	29	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	2	0	0	6	0
81	3	29	0	1	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	6	0
108	3	30	1	1	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	6	0
3	1	29	0	2	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	6	0
29	1	20	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	7	0
99	3	20	1	0	0	0	0	2	0	0	2	1	1	1	0	0	0	7	0
101	3	23	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	2	1	0	0	7	0
60	2	28	0	0	1	1	1	1	0	0	2	0	1	1	0	0	0	7	0
27	1	23	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	7	0
74	3	35	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	7	0
15	1	19	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	8	0
62	2	19	0	0	1	0	0	2	1	1	2	1	0	0	0	0	0	8	0
63	2	24	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	8	0
103	3	24	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	0	0	0	8	0
106	3	21	0	1	1	0	0	1	2	1	0	2	1	0	0	0	0	8	0
82	3	22	0	1	1	0	0	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	8	0
104	3	25	1	1	1	1	2	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	8	0
86	3	26	0	1	0	0	0	1	1	0	2	2	2	0	0	0	0	8	0
9	1	28	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	8	0
36	1	29	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	8	0
38	1	31	1	1	1	0	0	1	1	0	0	2	1	2	0	0	0	8	0
89	3	32	1	1	2	2	2	2	1	2	0	2	1	0	0	0	0	12	1
43	2	33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	8	0
69	2	24	0	2	1	1	2	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	8	0
84	3	18	0	0	1	1	2	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	9	0
11	1	20	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	9	0
91	3	20	1	0	0	1	3	0	0	1	0	1	0	1	1	2	0	9	0
105	3	23	1	0	1	0	1	2	0	2	0	1	0	1	0	0	0	9	0
79	3	29	0	0	2	0	2	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	9	0
78	3	22	0	1	1	0	1	2	1	2	2	0	1	1	0	0	0	9	0
39	1	36	0	2	1	1	1	1	1	1	2	0	1	1	0	0	0	9	0
75	3	38	0	2	2	2	2	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	9	0
4	1	22	0	0	1	1	1	0	2	1	0	2	2	0	0	0	0	10	0
16	1	27	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	2	1	2	1	0	10	0
73	2	40	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	0	10	0
32	1	22	0	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	11	0
98	3	22	0	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	0	0	11	0
90	3	23	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	0	0	0	11	0
61	2	24	0	0	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	0	0	0	12	1
1	1	18	0	0	2	2	2	1	1	2	0	1	1	0	0	0	0	12	1
26	1	18	0	0	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	0	0	0	12	1
58	2	23	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	0	0	0	0	12	1
37	1	24	1	1	1	0	2	2	2	1	1	1	1	2	0	0	0	12	1
2	1	33	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	0	0	0		

Edad	Valor (años)
Mediana	24
Rango intercuartílico	22-29
Valor mínimo	18
Valor máximo	40
Media	25,36

Fuente: Elaboración propia.

Total encuestadas 226 pacientes

Edad de gest	Número
18 - 22	56
22 - 26	70
26 - 30	58
30 - 34	24
34 - 38	10
38 - 42	8



Estado Civil	Frecuencia (n=226)	Porcentaje (%)
Solteras	70	30,97%
Convivientes	126	55,75%
Casadas	30	13,27%

Fuente: Elaboración propia.

	Estado Civil
Solteras	30.97
Convivientes	55.75
Casadas	13.27

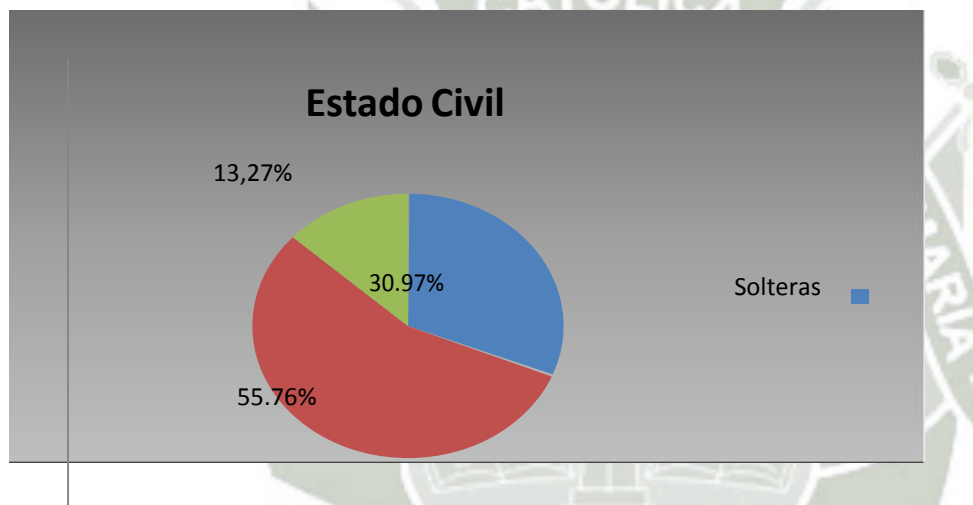


Tabla 3. Frecuencia de gestantes según su Paridad

Paridad	Frecuencia (n=226)	Porcentaje (%)
Primiparas	130	57,52
Multiparas	96	42,48

Fuente: Elaboración propia.

	Paridad
Primiparas	57.52
Multiparas	42.48

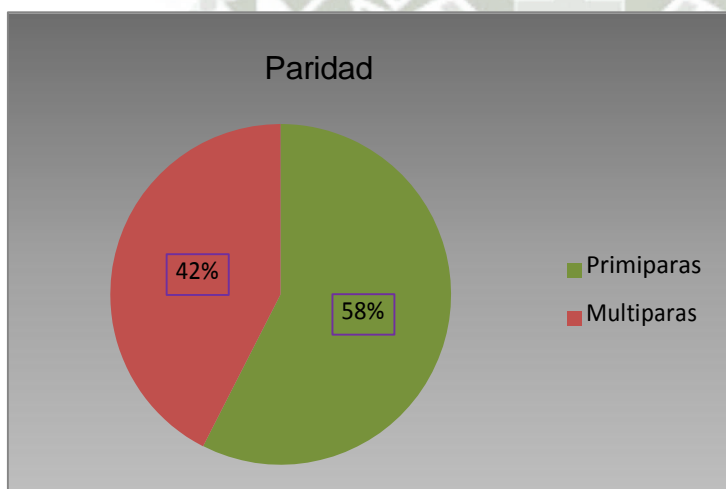


Tabla 4. Frecuencia de gestantes según Trimestre de embarazo

Trimestres	Frecuencia (n=226)	Porcentaje (%)
Primer	82	36,28
Segundo	64	28,32
Tercer	80	35,40

Fuente: Elaboración propia.

	Trimestre
Primer	36.28
Segundo	28.32
Tercer	35.4

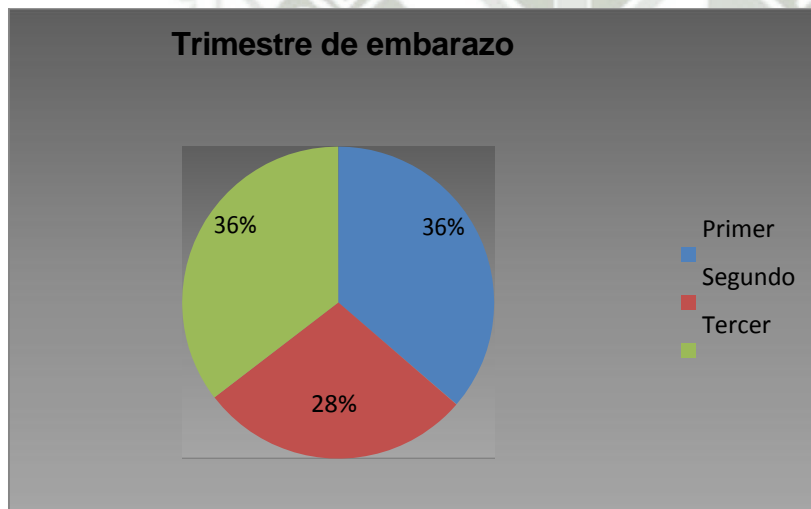


Tabla 5. Frecuencia de Depresión en Gestantes

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Con Depresión	48	21,24
Sin Depresión	178	78,76

Fuente: Elaboración propia.

	Gestantes
Con Depresión	21.24
Sin Depresión	78.76

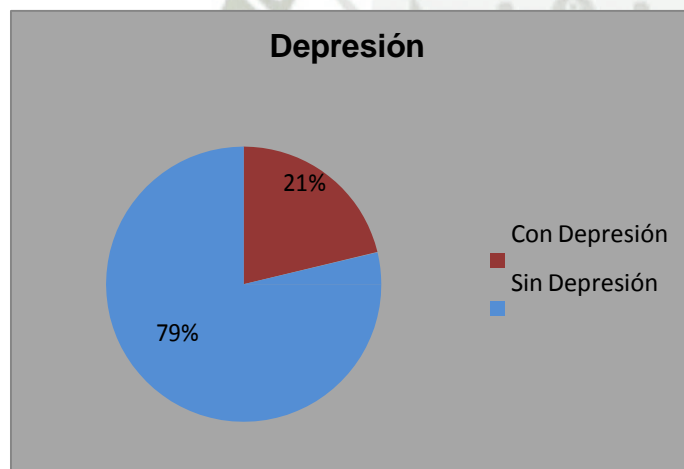


Tabla 6. Asociación depresión con edad gestacional

Depresión	Trimestre de embarazo			p [^]
	Primer trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre	
Con Depresión	16 (19,51)	8 (12,50)	24 (30,00)	P =0.034
Sin Depresión	66 (80,49)	56 (87,50)	56 (70,00)	
Total	82 (100%)	64 (100%)	80(100%)	

	Con Depresión	Sin Depresión
Primer Trimestre	19.51	80.49
Segundo Trimestre	12.5	87.5
Tercer Trimestre	30	70

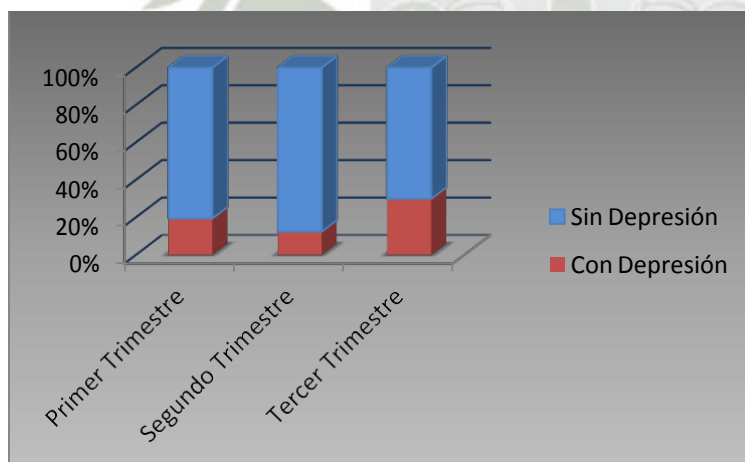


Tabla 7. Asociación entre depresión con paridad.

Depresión	Paridad		p [^]
	Primíparas	Multiparas	
Con depresión	32(24,62)	16 (16,67)	P 0,149
Sin depresión	98 (75,38)	80 (83,33)	

Fuente: Elaboración propia.

* Pruebas estadística Chi2

	Con Depresión	Sin depresión
Primíparas	24.62	75.38
Multiparas	16.67	83.33

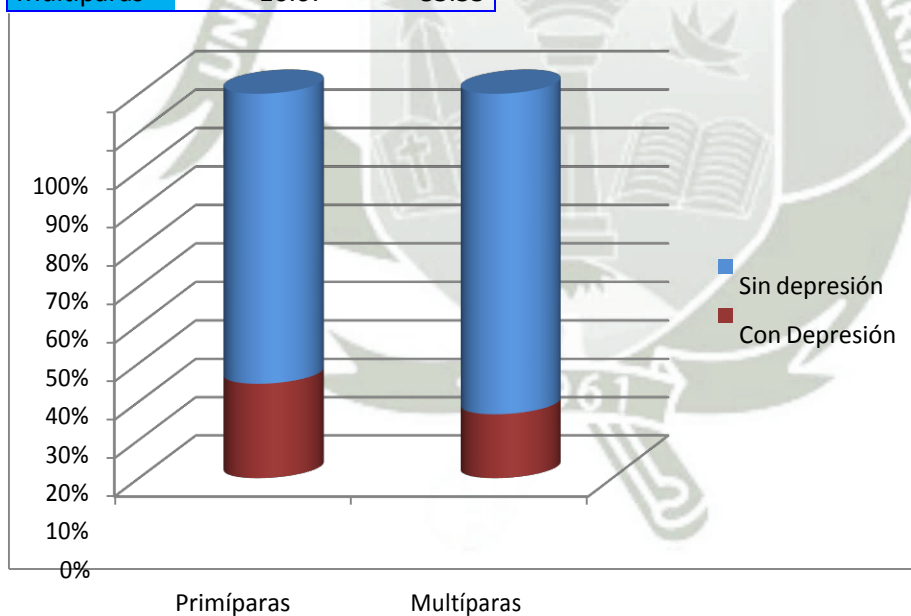
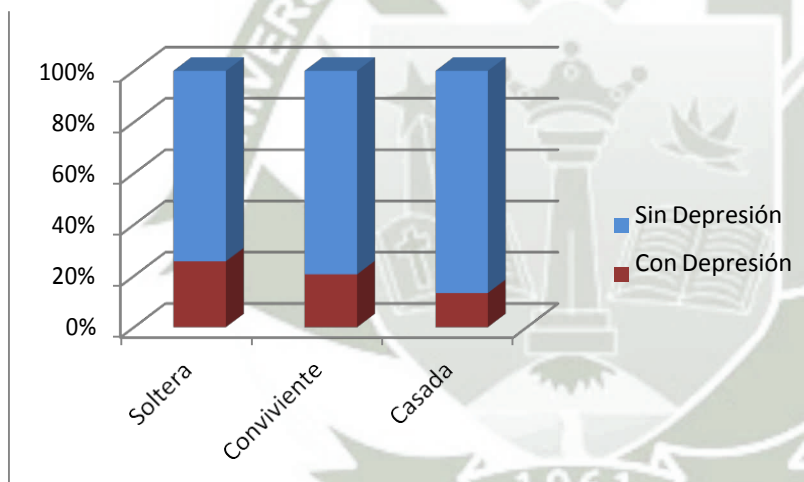
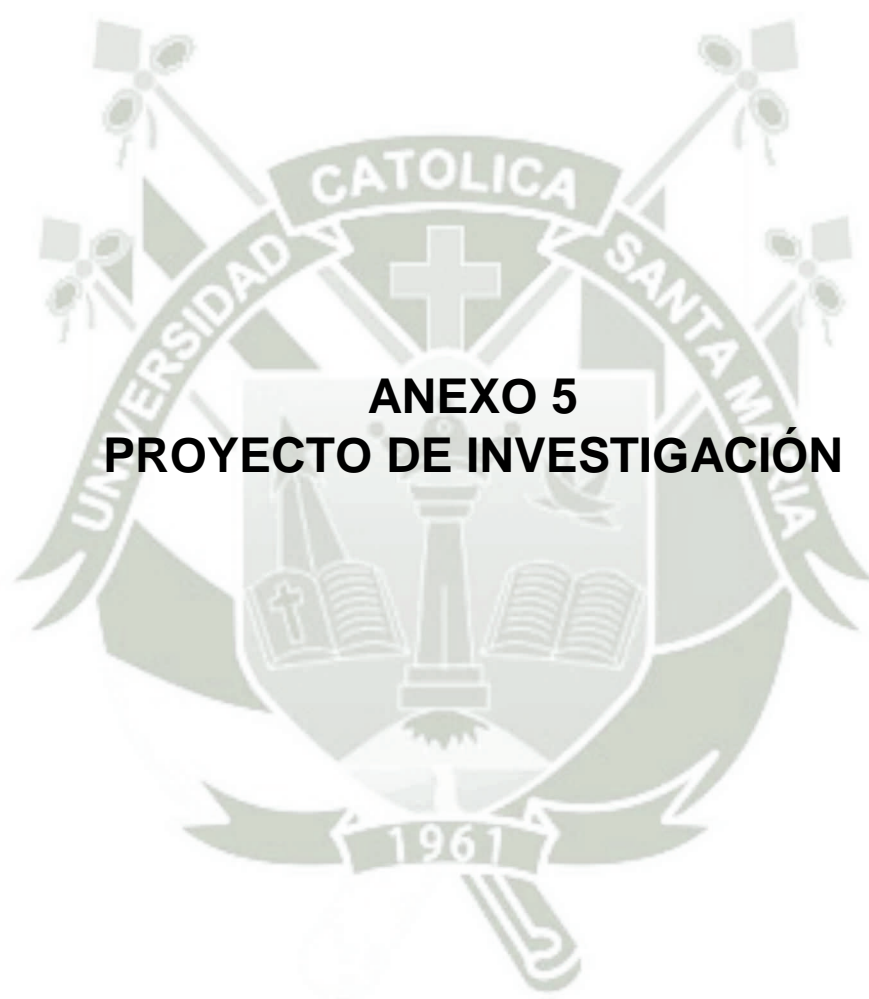


Tabla 8. Asociación entre Estado Civil y Depresión

	Soltera	Conviviente	Casada	p [^]
Depresión	18 (25,71)	26 (20,63)	4 (13,33)	P=0,370
No depresión	52 (74,29)	100(79,37)	26 (86,67)	
Total	70 (100%)	130 (100%)	26 (100%)	

	Con Depresión	Sin Depresión
Soltera	25.71	74.29
Conviviente	20.63	79.37
Casada	13.33	86.67





ANEXO 5
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



RELACIÓN ENTRE RIESGO DE DEPRESIÓN Y EDAD GESTACIONAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2018

Proyecto de tesis presentado por el bachiller:

Medina Delgado, Omar Roger

Para obtener el Título Profesional de:

Médico Cirujano

Asesor: Dra. Del Castillo Solórzano, Noemí

Arequipa – Perú
2018

I. PREÁMBULO

Durante los últimos meses de mi internado, al hacer la rotación de Gineco-obstetricia he podido apreciar en las gestantes un problema que afecta a gran parte de ellas pero no es muy estudiado y en ocasiones pasa de ser percibido en su hospitalización, ya que se le da más importancia al tratamiento y el bienestar al binomio materno-fetal en el punto de vista físico; y en ocasiones no se le da la debida importancia a otro aspecto importante, el punto de vista psicológico, objetivándose que muchas de estas mujeres presenta un trastorno relacionado a la psicología: la depresión.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por abatimiento, infelicidad y culpabilidad que en muchos casos evita el desarrollo adecuado de la persona en sus labores diarias y su relación con el medio externo. En las gestantes la depresión puede afectar en diversos aspectos de la vida materna, calando en un bajo nivel de autoestima y las consecuencias que esta pueda traer.

Es por esta razón que surge el interés de analizar el riesgo de depresión que puedan tener las gestantes en nuestro medio, además de analizar cuáles son los periodos de mayor vulnerabilidad de estas, para poder de esta forma prestar ayuda y consejería a dichas madres a fin de mejorar su autoestima en beneficio suyo y de quienes las rodean.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la relación entre la depresión y la edad gestacional en pacientes gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2018?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana

- Especialidad: Psiquiatría - Obstetricia
 - Línea: Depresión
- Trimestre de embarazo

b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Valores o categorías	Tipo de variable
V. dependiente: Riesgo de Depresión	Test de Edimburgo	0 a 11 puntos No hay sospecha de depresión 12 puntos a más : Alta sospecha de depresión	Ordinal
Variable independiente: Trimestre de embarazo	Trimestre de embarazo	Primer trimestre (1ra semana a la 12 semana de embarazo) Segundo Trimestre (13 semana a 26 semana de embarazo) Tercer Trimestre (27 semana de embarazo en adelante)	Ordinal
Variables intervinientes			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón

Nivel educativo	Grado de estudios	Sin Estudios Primaria Secundaria Superior incompleta Superior completa	Ordinal
Estado Civil	DNI	Soltera, casada, conviviente, viuda	Nominal
Condición Socioeconómica		Alto Moderado Bajo	Nominal
Embarazo deseado		Si No	Nominal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cómo se relaciona la depresión con el trimestre de embarazo en las gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2018?
2. ¿En qué trimestre de embarazo predomina más la depresión en gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2018?
3. Aporta relación entre la depresión y los factores sociodemográficos de las gestantes atendidas?

d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio transversal y de correlación.

e) **Nivel de investigación:** Es un estudio relacional

1.3. Justificación del problema

La depresión y el bienestar emocional es un punto importante en el desarrollo de la persona, ya que en la actualidad se conoce que el ser humano es un conjunto de órganos, de sistemas, de partes, de

experiencias y del aprendizaje continuo; siendo el autoestima pieza clave en el bienestar integral de la persona. El actual trabajo busca objetivar cual es la relación entre la depresión de las gestantes y la edad gestacional de las pacientes en la etapa de gestación; a que edad gestacional se presenta mayor riesgo de depresión, cómo podría influir a corto y largo plazo en el desarrollo y bienestar de la madre tanto como del recién nacido, como afecta a la relación con la pareja, el posible bajo rendimiento laboral, pérdida de horas/trabajo, baja productividad, mal desempeño familiar, divorcio, estados depresivos, etc; además de dejar campo abierto a la posibilidad de instaurar cursos de psicoprofilaxis después del parto.

No hemos encontrado estudios que evalúen la relación entre dichas variables en nuestro medio, por lo cual este estudio es **original**; Posee **relevancia científica**, ya que la depresión es un problema año a año más frecuente y afecta a las mujeres en etapa gestante, alterando su autoestima. Tiene **relevancia social**, ya que estos trastornos afectan a la gestante y su relación de pareja, disminuyen la seguridad de la mujer, afectan a su vez el deseo sexual, pueden lograr a disminuir su rendimiento laboral, alteran su forma de socializar con el medio externo y su desarrollo de salud mental normal. Tiene **relevancia práctica** porque permitirá identificar dichos trastornos del estado de ánimo, además de poder manejarlos y prevenir desde los inicios de la gestación

El estudio es **contemporáneo** debido a que es realizado tomando a la mujer moderna y los datos culturales más conforme a esta época

El estudio es **factible** de realizar ya que este estudio es de fácil aplicación, además de contar con todos los instrumentos y materiales necesarios para iniciarlo y con una población de fácil acceso.

Además de satisfacer la **motivación personal** de realizar una investigación en el área de la psiquiatría - obstetricia, lograremos una importante **contribución académica** al campo de la medicina, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina, cumplimos con las **políticas de investigación** de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 DEPRESIÓN

2.2.1 Introducción a la depresión:

La depresión es un desorden del afecto, dicho término es un concepto moderno que se empezó a usar a menudo hace menos de 200 años.

Antiguamente se le catalogó como “Melancolía”, se decía que era una perturbación en la mente y se le atribuyó que era por exceso de “bilis negra”.

Un autor griego llamado *Galeno*, realizó entre 131 y 201 dc. Varios trabajos en Roma donde logró definir la depresión como melancolía y ofreció una explicación filosófica de dicho trastorno; posteriormente *Samuel Jonhson*, un autor inglés del siglo XVIII es quien vuelve popular el término depresión. A partir de este momento se comenzaron a ver desplazados los términos de: "El bazo", "La enfermedad inglesa", "Los vapores" y "La locura melancólica".

Hacia el final del siglo XIX el término Melancolía quedó obsoleto y desplazado por el término depresión en la mayoría de las nomenclaturas.

(21) y (2)

Actualmente la depresión es una enfermedad recurrente, con tendencia a la cronicidad, de tratamiento a largo plazo, con una prevalencia en la población general aproximadamente entre 8 y 12%. Se estima que para el año 2030 será la primera causa discapacidad laboral. A pesar de esto, diagnosticarla presenta un desafío tanto conceptual como clínico para el médico actual. Con el objetivo de resolver este problema se decidió crear unos criterios de diagnóstico, representados por el *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades, (CIE) con utilidad aún hoy cuestionada, y sin solución definitiva. Ante esta realidad clínica subyace un problema grave y complejo. Es más, para el propio personal psiquiátrico, se encuentran aún muchas dificultades al momento de plantear este diagnóstico, para el cuidado de los pacientes depresivos y no es de extrañar que el médico general tenga al menos las mismas dificultades. Así, se ha visto que en atención primaria de salud (APS), la depresión suele

ser sobrediagnosticada, subdiagnosticada y tratada de manera insuficiente (23)

El trastorno depresivo es un síndrome que abarca el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/(medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. En la DSM V se determina como rasgo común de los trastornos psiquiátricos a la presencia de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presencia temporal o la supuesta etiología. Para evitar el sobrediagnóstico del trastorno bipolar en niños se ha añadido un nuevo diagnóstico, el trastorno de desregulación disruptiva del ánimo, que se refiere a la presentación de irritabilidad persistente y episodios frecuentes de descontrol conductual extremo en niños hasta los 12 años. (24)

La depresión actualmente es definido como como un conjunto de signos y síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático con un predominio a nivel de síntomas afectivos tales como el decaimiento, tristeza, apatía, necesidad de llanto, irritabilidad, sensación de malestar, etc. (25)

La depresión se puede presentar a cualquier edad de vida, aunque hay un pico de prevalencia entre los 15 y 45 años, por lo que tiene un gran impacto en la educación, la productividad, el funcionamiento y las relaciones personales. La sintomatología del trastorno puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos.

2.2.2. Factores de riesgo

Se aprecian múltiples factores de riesgo para desarrollar depresión, es por eso que decimos que es multifactorial, pero lo que se desconoce el peso que tiene cada uno de estos factores de riesgo sobre el desarrollo de la misma y cuanta es la prevalencia de estos, en qué edad se desarrollan más, la relación que crean con la enfermedad, etc.

Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos.

2.2.3. Factores personales y sociales:

Está demostrado que la depresión es mayor en mujeres que en hombres llegando esta hasta casi un 50% más en las primeras.

Las experiencias vividas, el consumo de sustancias alcohólicas, drogas, etc. son también factores importantes al momento de desarrollar depresión.

Los rasgo de la personalidad también afectan al desarrollo de esta patología, especialmente pacientes con trastornos psicológicos. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor.

(6)

2.2.4. Factores cognitivos

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. (6)

2.2.5. Factores familiares y genéticos

Pacientes que tienen familiares con depresión presentan un riesgo mayor tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. Pacientes que poseen familiares de primer grado de consanguinidad con trastorno depresivo mayor tiene hasta el doble de posibilidad de que puedan presentar depresión con respecto a la población general. El patrón de presentación de dicha enfermedad puede presentarse de forma diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad. Sin embargo, estos estudios no pueden decirnos que cantidad de riesgo se puede tener por poseer dichos factores genéticos y que cantidad se puede tener del ambiente familiar compartido. Uno de los acercamientos más frecuentes en la investigación de los genes implicados en el desarrollo de la depresión es el análisis del papel de las monoaminas. De entre todas las variantes genéticas estudiadas, un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor. Este gen podría ser un predictor de la respuesta al tratamiento antidepresivo. (6)

Se hizo un estudio en 6 países europeos y Chile, el estudio Predict D, en el ámbito de atención primaria, para poder realizar un algoritmo de predicción de riesgo de depresión, incluyendo diversos factores sociodemográficos tales como: edad, sexo, nivel educativo, resultados de cribados previos de depresión, historia familiar de problemas psicológicos, salud física y mental, dificultades económicas y experiencias de discriminación. Actualmente este estudio está realizándose en España, junto con un ensayo clínico en el que se emplea el algoritmo para cuantificar el grado de riesgo; en nuestro país todavía no se ha realizado este tipo de estudio. (27)

2.2.6. Clasificación de la depresión

Los pacientes con depresión pueden tener diversos síntomas de depresión, de acuerdo a la intensidad de dichos síntomas se suele dividir en 3 grupos

- Depresión grave: Aquellos casos donde la depresión casi siempre impide a la persona de poder realizar sus actividades diarias con normalidad.
- Depresión moderada: Aquellos casos donde los síntomas aparecen frecuentemente y le impiden hacer cosas que necesita hacer.
- Depresión leve: Aquellos casos donde el paciente presenta algunos síntomas de depresión, pero logra hacer sus actividades normales con esfuerzo. (8)

2.2.7. Diagnóstico (6)

2.2.7.1. Criterios diagnósticos Según se mencionó más adelante se tiene algunos criterios diagnósticos de depresión, entre los que más se utilizan, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM).

Según la 10ma revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades(CIE-10)

La CIE-1054 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado

- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión:

- Decaimiento del ánimo
- Disminución o ausencia de poder disfrutar de las cosas
- Mayor fatigabilidad (6)

Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

A. El episodio depresivo con una duración menor a dos semanas.
B. El episodio no se atribuye a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> – Disminución importante del interés para disfrutar actividades que normalmente le eran placenteras – Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta – Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual – Empeoramiento matutino del humor depresivo – Presencia de enlentecimiento motor o agitación – Disminución marcada del apetito – Disminución de peso de al menos 5% en el último mes – Notable disminución del interés sexual (6)

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

A. Criterios generales para diagnosticar un episodio depresivo

- El episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas.
- Dicho episodio no debe ser ocasionado por abuso de sustancias psicoactivas o algún trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Disminución en la vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Sentimientos de autculpabilidad excesiva o en ocasiones inadecuadas.
- Pensamientos constante de autolisis, o cualquier conducta suicida.
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo. – Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso. (29)

D. Puede haber o no síndrome somático

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: por lo menos deben haber 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Pacientes con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. (29)

2.2.8. DEPRESIÓN EN GESTANTES

Es bien reconocida la depresión postparto en las nuevas madres, pero lo que no se tiene a estudiar mucho es la depresión que se desarrolla en el periparto, el cual es hoy en día un problema de salud pública, muy importante, pero con menos atención. Las mujeres en vez de poder gozar bien de la familia, y de la alegría de poder recibir a su nuevo hijo, empiezan a padecer depresión.

Actualmente es sabido que un aproximado entre 2% y 21% de gestantes desarrollan depresión durante la gestación; esta cifra puede llegar inclusive hasta 38% si se suma con el factor socioeconómico bajo el nivel educativo bajo y con algún tipo de sintomatología depresiva, entre 8% a 31%, y entre los menos favorecidos de 20% a 51%. En un país de Latinoamérica con casuística parecida al nuestro tal como México los síntomas de depresión se observan en 22% a 37% de las gestantes.

Si la mujer presenta algún trastorno mental como la depresión durante la gestación, su habilidad para poder responder a la maternidad se ve disminuida. Bennett et al. En su estudio concluyen que varios hábitos incorrectos tales como una mala alimentación, consumo de sustancias nocivas (alcohol, tabaco, etc.) incluyendo aquí también a la depresión influyen gravemente en la posibilidad de tener partos prematuros y de presentar depresión postparto. (30)

En el embarazo, la depresión es el trastorno psiquiátrico con mayor recurrencia llegando a afectar incluso a un bajo peso al nacer. Es esta también en la actualidad la causa más frecuente de incapacidad laboral en mujeres, especialmente en edad reproductiva. Durante el parto las mujeres presentan una gran cantidad de cambios como los cambios hormonales y factores externos, dichos cambios afectan la salud mental de la madre, dejándola más susceptible a padecer esta patología. También es conocida que madres que han presentado antes de la gestación algún episodio depresivo, pueden volver a presentar depresión mayor durante el embarazo. La valoración de la depresión en embarazadas puede realizarse mediante una serie de métodos de “screening”, entre los cuales están: “Beck Depression Inventory” (BDI), el “Primary Care Evaluation of Mental Disorders-Pathient Health Questionnaire” y el “Edinburgh Postnatal Depression Scale” (EPDS) (11); siendo estos estudios no diagnósticos sino mostrando la tendencia y riesgo a producir dicha patología. (32)

La depresión perinatal puede ser desencadenada por diversos factores, tales como embarazo no deseado, desempleo, rasgos de personalidad con baja autoestima y/o personalidad neurótica, abortos previos, bajos ingresos económicos, antecedente genético, experiencias de la infancia de abuso sexual, , antecedente de trastornos de ansiedad o alguna patología de tipo psiquiátrico; deficiente apoyo social, abortos previos, antecedentes de malformaciones neonatales, nivel de estrés elevado antes o durante el embarazo, mal estado de salud de la madre y conflictos con la pareja (32)

2.8.1. Cambios Físicos-Psíquicos trimestrales

- **Primer trimestre:** En este tiempo, es muy difícil de encontrar algún cambio físico, dado que el crecimiento no es notable. Por ejemplo, a la primera semana el nuevo ser flota libremente en las secreciones de la trompa y el útero hasta llegar a la matriz; luego a la cuarta semana no mide más que 5 milímetros ese pequeño embrioncillo, mismo que la quinta semana medirá 7 milímetros. Al tercer mes pasa de llamarse embrión a denominarse feto. El aspecto que presenta es claramente humano. El principal síntoma o señal que pone de manifiesto un posible embarazo es la interrupción del ciclo menstrual. Esta interrupción recibe el nombre de amenorrea. Muchas mujeres experimentan una serie de pequeños trastornos digestivos como cambios de apetito, mareos, náuseas y vómitos. Es también característico que determinados alimentos que antes de la gestación eran de su agrado, le provoquen ahora náuseas y malestar, o todo lo contrario, que sienta deseos de ingerir aquellos alimentos que antes le eran indiferentes. Es normal que la futura madre tenga menos paciencia, que se irrite con mayor facilidad, tenga más frigidez, y otros, una serie de modificaciones en su carácter haciéndose más susceptible a las emociones y deprimen su ánimo con mucha facilidad. Otras modificaciones pueden ser: la disminución de fuerzas, aumento de sueño, percepción de malos olores, molestias en los pechos, advierte asimismo un crecimiento de las mamas, el pezón se alarga y tiende a ponerse eréctil. Alrededor del pezón y de la areola aparece una ligera pigmentación oscura. La línea que va desde el ombligo al pubis se hace más marcada, de un color parduzco. La piel sufre un aumento de secreción que se traduce en un cambio de aspecto debido a la aparición de unas pequeñas manchas en la cara, que muchas veces se extienden y se unen entre sí paño y la exposición al sol las aumenta. Tanto las pecas como las cicatrices o manchas en general del cuerpo se oscurecen durante el embarazo, pero una vez finalizado, éstas desaparecen. Las mujeres en este primer trimestre se topan con la noticia de que están embarazadas, por lo cual puede afectar el estado de ánimo en el caso de no ser un embarazo deseado. Además con los cambios

hormonales a los cuales no están adecuadas, suele afectar a nivel del autoestima y la percepción propia y del nuevo integrante de la familia.

- **Segundo trimestre:** El peso en el cuarto mes aumenta mucho, y pasa de los 50 gramos a los 270 gramos mientras que en el quinto mes, aproximadamente el feto tiene unos 25 cm de longitud y pesa 650 gramos, y en el sexto mes la placenta mide unos 35 centímetros y pesa un kilo. 42 La mujer experimenta ya los efectos del aumento de volumen de la matriz: sensación de peso en los genitales, micción frecuente tanto diurna como nocturna, una coloración roja vinosa de la vagina y de la vulva, y aumento de flujo. El útero experimenta cambios muy notables durante el embarazo ya que, de los 6,5 cm de largo, pasa a medir a final del embarazo unos 30-35 centímetros y su volumen es 500 veces superior a la matriz de la mujer virgen. El volumen del abdomen depende en gran parte de la musculatura de la mujer. El ombligo al principio del embarazo se aplana, pero después sobresale. En la superficie del abdomen se observa una red venosa que antes era prácticamente invisible. También se advierte en algunas mujeres una especie de veteado rojo amoratado, debido a unas grietas de la piel que se vuelven nacaradas si proceden de embarazos anteriores. En dicha etapa las gestantes además ya se han adecuado en la mayoría de casos al hecho que están gestando, los demás cambios que presentaron en el primer trimestre se hacen ya recurrentes y no afectan tanto el aspecto psíquico de la madre.
- **Tercer trimestre:** En el séptimo mes el feto pesa 1,750 kilogramos y aumenta en el octavo hasta 2,5 kilogramos y mide unos 45 centímetros la cual da como resultado en el noveno mes un feto hasta el momento del parto, de 3,2 a 3,5 kilogramos y de 48 a 50 centímetros. En el último trimestre la embarazada puede experimentar molestias como presión sobre los huesos de la pelvis, aumento considerable del número de micciones y frecuencia de estreñimiento, ahogo o dificultad respiratoria, hinchazón de las piernas, entre otras. Todas ellas son debidas al aumento de la matriz, que ocupa entonces la mayor parte de la cavidad del vientre y comprime

varios órganos y vísceras. (33) (34). Es también conocido que en dicha etapa la depresión puede aparecer ya que muchas madres sufren el estrés de dar a luz, el estrés de recibir a un nuevo integrante de la familia, entre otros, puede conllevar a poder desencadenar depresión,

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel internacional

3.1 Autor: Lara A.

Título: Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES–D

Fuente: Revista de Salud Mental vol.35 no.1 México ene./feb. 2012

Resumen: En este estudio se evaluó a 98 mujeres gestantes en la sala de espera de un centro de salud que proporcionaba atención prenatal; dicho grupo fue seleccionado por tener algún síntoma depresivo (CES–D>16) o historia de depresión. Se obtuvo en dicho estudio que la consistencia interna de I CES-D fue de $\alpha=0.81$. Se valoraron 4 factores principalmente como falta de energía, afecto depresivo, relaciones interpersonales y afecto positivo. quienes explicaron el 49.10% de la varianza. En el análisis de la curva COR, se obtuvo un ABC de 0.81; para punto de corte ≥ 16 , mostró 100% de sensibilidad y 20.9% de especificidad y para la puntuación ≥ 28 , sensibilidad de 80.0% y especificidad de 76.1%. Entre las conclusiones que se obtuvieron fueron que CES–D que es una herramienta válida para poder evaluar la depresión en gestantes mexicanas con valor de corte mayor a 16 puntos, pero fue menos precisa en comparación a los criterios de DSM IV para diagnosticar depresión mayor (30)

3.2 Autor: Ulloque L.

Título: Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo, en gestantes adolescentes de poblaciones del caribe colombiano

Fuente: Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2015; 80(6): 462 – 474, Santiago de Chile

Resumen: En este estudio se analizaron 2 variables, la prevalencia de baja autoestima (BAE) y nivel de resiliencia bajo (NRB), en un gestantes adolescentes. Se utilizó formulario socio-demográfico, historia clínica obstétrica, estado psicoemocional con la gestación, apoyo familiar y de pareja. Se incluyó la escala de autoestima de Rosenberg y la de resiliencia de Wagnild y Young. Los resultados obtenidos fueron que de 406 gestantes adolescentes, se obtuvo una media de edad de $16,5 \pm 1,5$ (La gran mayoría abandonó la escuela al quedar embarazada). La puntuación media de autoestima: $27,8 \pm 3,9$. El 76,8% de las evaluadas tuvieron nivel normal de autoestima y el 23,2% BAE ($p < 0,05$). La puntuación promedio de resiliencia: $125,0 \pm 17,8$. El 8,6% tuvo nivel de resiliencia alto, 57,2% nivel de resiliencia moderado y 34,2% NRB ($p < 0,05$). Se obtuvo que había correlación positiva significativa de resiliencia con: autoestima, edad de la gestante, edad del compañero, edad del primer coito, años entre primera relación sexual y edad de la gestante, años entre menarquia y primera relación coital, años entre menarquia y la edad de quedar en embarazo, años de estudio, número de controles prenatales y de ecografías acompañada por el compañero. En contraparte se vio una correlación positiva al comparar la autoestima y edad mayor de la gestante. De las evaluadas, las embarazadas adolescentes que no sentían felicidad o no tenían apoyo de su compañero, obtuvieron un significativo NRB (OR: 3,7 [IC95%: 1,3-10,3]). (35)

3.3 Autor: Ruiz G., Organista G., Armida R.

Título: Prevalencia de Depresión en Embarazadas de una Institución de Salud de Primer Nivel

Fuente: Revista de *Salud y Administración* Volumen 4 Número 12 Septiembre-Diciembre de 2017 Veracruz, México.

Resumen: Este fue un estudio de tipo descriptivo y de corte transversal. Los participantes fueron 89 mujeres. La población de estudio estuvo conformada por 114 embarazadas de diferentes edades, que se encontraban en diversos trimestres de embarazo y acudían a control prenatal en una institución de primer nivel de salud al sur del estado de Veracruz. El muestreo fue de tipo probabilístico aleatorio simple, excluyendo a las participantes que no contestaron correctamente el cuestionario. El periodo de recolección de la

información fue del 21 al 29 de septiembre del 2016. Se utilizó una cédula de datos personales y se auto administró el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 1996), el cual se compone de 21 ítems y en donde se obtienen puntuaciones que van de 0 a 63, cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos, estableciendo así, cinco grupos en función de la puntuación total: 0-10 se considera depresión mínima, 11-16 ligero trastorno emocional, 17-20 depresión leve, 21-30 depresión moderada y 31-63 depresión grave.

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que las embarazadas encuestadas tienen un rango de edad de 16 a 42 años. Se puede destacar que la prevalencia de depresión es del 23,6%. De acuerdo al trimestre de gestación podemos encontrar que en el tercer trimestre existe una mayor prevalencia de depresión (66,6%). Haciendo un énfasis en el estado civil existe una mayor prevalencia de depresión en mujeres que viven en unión libre (42,9%), aunque cabe mencionar que la mayoría de la población se encontraba en este estado civil por lo que puede existir una relación con los resultados obtenidos. (16)

3.4 Autor: García R.

Título: Prevalencia de depresión en el embarazo durante el tercer trimestre.

Fuente: Interpsiquis 2017 Congreso Virtual Internacional España disponible en <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?artid=7942&idrev=8&idvol=1>

Resumen: Se realizó un estudio transversal observacional para analizar la prevalencia de depresión durante el embarazo. Se tomó como muestra a 110 mujeres que acudieron a control de embarazo durante el período comprendido entre febrero y julio de 2016, usando la EDPS en la tercera visita con la matrona, entre semana 24-26. Se realizó una búsqueda bibliográfica en principales bases de datos de salud: Cuiden, Cochrane y Scielo, usando los descriptores: depresión, embarazo, escalas de valoración psiquiátrica. Obteniéndose que de las 110 mujeres que participaron puntuaron alto en la Escala DPP de Edimburgo sólo 4 de las gestantes atendidas en

nuestra consulta de seguimiento de embarazo. Se descartaron pacientes en tratamiento para la depresión antes de la concepción. Debemos tener en cuenta que el grupo de población que atendemos son de nivel económico medio-alto. (37)

3.5 Autor: Jadresic E.

Título: Depresión en el embarazo y el puerperio

Fuente: Revista Chilena de Neuropsiquiatría. vol.48 n4 Santiago Diciembre de 2010

Resumen: En este estudio se dio como resumen de los resultados de varios estudios. Los resultados obtenidos fueron que aproximadamente un tercio de las mujeres chilenas presentan algún síntoma de depresión y/o ansiedad durante la gestación, y que llegaban a más del 40% en el caso del postparto. Utilizando criterios operacionales estrictos, se demostró que 1 de 10 gestantes/puérperas se encontraban deprimidas. Se vio que la depresión en gestantes tiene una fuerte relación con retraso en el desarrollo del niño y a riesgo de depresión 4,7 veces mayor en la pubertad. La depresión posparto tenía una relación significativa con el coeficiente intelectual más bajo en adolescencia, y a conducta violenta; en dicho trabajo también objetivo que el instrumento de tamizaje para depresión usado más comúnmente durante la gestación en todo el mundo es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS), escala que ha sido validada para ser usada en el embarazo en distintos contextos. Mientras en el posparto se sugiere usar un punto de corte 9/10, durante la gravidez se recomienda usar un punto de corte de 11/12. (38)

Nacional

3.6 Autor: Mercado Y., Paccori L.

Título: Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal

Fuente: Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2011 Acceso en línea: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3011>

Resumen: Fue una investigación en nuestro medio local realizada en 226 pacientes embarazadas, donde se dividieron 2 grupos: uno de casos (113

gestantes deprimidas) y otro de controles (113 gestantes no deprimidas) con el test de Edimburgo, y el formulario de factores asociados a la depresión en el embarazo; obteniéndose como resultados que algunos de los factores sociodemográficos con mayor relación significativa con depresión fueron: violencia psicológica en la niñez (OR=1.9 IC 95% 1.1-3.4), violencia psicológica en la adolescencia (OR=2.2 IC 95% 1.2-3.8), antecedentes de episodio depresivo anteriores (OR=3.7 IC 95% 2.0-7.0), mala relación con familiares (OR=2.8 IC 95% 1.4-5.5), mala relación con el compañero (OR=2.3 IC 95% 1.2-4.3) y violencia psicológica por la pareja (OR=2.6 IC 95% 1.4-4.8). Entre los factores protectores que se hallaron en dicho estudio fueron: relación adecuada con los demás miembros de la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.6), sensación de apoyo emocional (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.4), adecuada relación con el compañero (OR=0.3 IC 95% 0.2-0.6), apoyo emocional del compañero (OR=0.4 IC 95% 0.1-0.9) y embarazo deseado por la pareja (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.7). Además, se encontró que entre presentar episodios depresivos previos, violencia familiar y tener un embarazo no deseado resumían el 67.3% de los casos con depresión. (19)

4. Objetivos.

4.1. General

Establecer la relación entre la depresión con el trimestre de embarazo de las gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2018.

4.2. Específicos

- 1) Identificar la prevalencia de riesgo de depresión de las gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2018.
- 2) Establecer la relación entre la depresión y la edad gestacional en gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2018 Determinar que agentes sociodemográficos influyen en la depresión de las gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2018.
- 3) Establecer la relación entre la depresión y la edad gestacional en gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2018

5. Hipótesis

Dado que la gestación es un proceso fisiológico normal pero con múltiples cambios orgánicos y emocionales que pueden alterar este estado normal . Es probable que algunas gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza sufran cambios anormales como la depresión en los diferentes trimestres de la gestación.

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: Se utilizará la técnica de la encuesta para el siguiente trabajo.

Instrumentos: Se utilizarán como instrumento para evaluar la depresión con el test de Edimburgo (se encuentra en el anexo 1) y la hoja de recolección de datos (anexo 2)

Materiales:

- Fichas de investigación – encuesta (en anexos)
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1 Ubicación espacial: La investigación tendrá lugar en las instalaciones del Hospital Regional Honorio Delgado – MINSA Arequipa.

2.1. Ubicación temporal:

Cronología: La investigación empleará un periodo de tiempo durante el mes de Diciembre 2017 y Marzo 2018

Visión temporal: Prospectiva

Corte temporal: Transversal

2.1. Unidades de estudio: Población de gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza-MINSA 2018

2.2. Población: Toda la población de gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza- MINSA Arequipa 2018

2.3. Muestra: Se tomará a 150 pacientes que cumplan con los siguientes criterios de elegibilidad.

Criterios de selección:**a. Criterios de Inclusión**

- Pacientes gestantes en etapa de gestación hospitalizadas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2018
- Participación voluntaria en el estudio
- Cualquier paridad
- Gestantes de Primer (50 pacientes), Segundo (50 pacientes) y Tercer trimestre (50 pacientes) de gestación.

b. Criterios de Exclusión

- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas
- Pacientes con trastornos psicológicos- psiquiátricos demostrados en su Historia Clínica.
- Pacientes sin antecedentes de abortos, y/o malformaciones en anteriores embarazos.

3. Estrategia de Recolección de datos**3.1. Organización**

Se solicitará el permiso y la autorización al director del Área de Gineco-obstetricia para la realización del estudio.

Una vez obtenida la autorización para la ejecución del proyecto, se procederá con tal.

Se procederá a contactar a las gestantes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza- MINSA Arequipa en horas posteriores a la visita médica, y con el permiso del médico de turno se procederá a explicar a las pacientes los motivos del estudio y solicitar la participación voluntaria y anónima. Se aplicará las fichas de estudio y recolección de datos a todas las gestantes que así lo deseen, para seleccionar de esta forma a aquellas pacientes que cumplan con los criterios de selección. Se entregará la ficha de recolección de datos para obtener información general de dicha paciente, así como cuestionario de Edimburgo. Una vez llenadas estas fichas de recolección se procederá a organizar en bases de datos

El análisis y procesamiento de datos se realizará tomando en cuenta las variables de interés, para luego pasar a la parte estadística y elaborar el informe final.

3.2. Recursos

b) Humanos

- Investigador: Autor Omar Medina Delgado, asesor Noemí Del Castillo Solórzano.

c) Materiales

- Disponibilidades ambientales e infraestructurales:
Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza – MINSA Arequipa 2018
- Equipos y Mobiliario: escritorio, silla
- Material de escritorio: lapicero, lápiz, cuaderno, borrador
- Documentos: Fichas de recolección de datos, cuestionario de depresión de Edimburgo, Historias clínicas.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

d) Económicos: Autofinanciado

e) Instituciones: Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza- MINSA Arequipa 2018, U.C.S.M.

3.3. Validación de los instrumentos

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo es una encuesta auto-administrada, desarrollada para la detección de síntomas depresivos en mujeres gestantes o que hayan dado a luz recientemente. Consta de 10

preguntas de selección múltiple, con 4 alternativas cada una, con puntajes de 0 a 3 de acuerdo a severidad creciente de los síntomas (anexo 1). Ha sido validada en diversos países y culturas, logrando su mayor nivel de sensibilidad con un punto de corte 9/10 en el postparto mientras durante la gravidez se recomienda usar un punto de corte de 11/12. Asimismo, un estudio inglés de validación de esta encuesta encontró que éste era el punto de corte más apropiado para estudios de tamizaje. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo.

A pesar de que su objetivo inicial fue la detección de cuadros depresivos en el posparto, se ha comenzado a usar para la identificación de episodios depresivos en el embarazo. La EPDS ha sido ampliamente probada, traducida y utilizada en más de 23 países para identificar a las mujeres que podrían estar cursando una depresión en el posparto. La EPDS también ha sido ampliamente validada como una herramienta efectiva para la detección de depresión en los tres trimestres del embarazo. (40) (41) (42) (43)

3.4. Criterios para manejo de resultados

Se realizará la tabulación de los datos para luego crear una base de datos en el programa Excel 2003 para Windows XP. Las tablas estadísticas de distribución de frecuencias y porcentajes se obtendrán con aplicación del paquete estadístico SPSS versión 15. Luego se aplicara sobre estas prueba estadística de Chi Cuadrado para establecer la existencia o no de relación entre las variables (Independientes y Dependientes).

La presentación de los resultados está en función de su claridad y suficiencia. Para ello nos remitiremos a los objetivos propuestos. La forma será mediante tablas con su comentario respectivo y comparación con otros resultados de otros estudios o referencias.

Forma del PROPOSITO ESTADISTICO: Medición de Frecuencias o Magnitudes. Uso de la prueba del Chi Cuadrado En esta investigación está señalado en los objetivos.

4. Cronograma de Trabajo

ACTIVIDADES	Meses			
	2018			
	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Elección del Tema y Revisión Bibliográfica	X (15 de Enero al 25 de Enero)			
Aprobación del Proyecto		X (1 de Febrero al 5 de Febrero)		
Ejecución y recolección de datos		X (6 de Febrero al 28 de Febrero)	X (1 de Marzo al 3 de Marzo)	
Procesamiento de datos			X (4 de Marzo al 25 de Marzo)	
Elaboración del Informe Final			X (25 de Marzo al 30 de Marzo)	X (20 de Abril)

Bibliografía

- 21 Díaz L. Factores psicosociales de la depresión. *Revista Cubana de Medicina Milit.* . 2006 Julio - Septiembre; 35(3).
- 22 Hales R, Yudofsky S, Talbott J. DSM IV (Manual Diagnóstico y estadístico de los . trastornos mentales). In DSM IV Tratado de Psiquiatría 3ra ed. Madrid: Masson; 2000. p. 443-475.
- 23 Botto A. La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo . de recomendaciones clínicas. *Revista médica Chile.* 2014 Octubre; 142(10).
- 24 Kupfer D. DSM5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5th ed. . Arlington: Editorial Panamericana; 2014.
- 25 Louro A. Depresión mayor en el adulto: factores de riesgo y diagnóstico. Fistera. . [Online].; 2014 [cited 2018 Marzo 25. Available from: <http://www.fistera.com/guias-clinicas/depresion-adulto/>.
- 26 Guiasalud. Guiasalud. [Online]. [cited 2018 Marzo 20. Available from: . http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/resumida/documentos/apartado02/definicion_y_diagnostico.pdf.
- 27 Bellón J. Predicting the onset of major depression in primary care: international . validation of a risk prediction algorithm from Spain. *Rev. Psychol Med.* 2011 Octubre; 41(10): p. 2075 - 2088.
- 28 Guerrero S. Depresión en mujeres de 35 a 50 años (estudio. realizado en centros de atención a la mujer, en la ciudad de retalhuleu Quetzaltenango). Tesis de Pregrado. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades; 2014.
- 29 Pastor D. CIE10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas . Relacionados con la Salud 10ma edición, España. 2nd ed. España; 2018.
- 30 Lara A. Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES–D. . *Revista Salud Mental México.* 2012 Enero - Febrero; 35(1).
- 31 Clark G. Discussing emotional health in pregnancy: the Edinburgh Postnatal . Depression Scale. *Br J Community Nurs.* 2000; 5(2): p. 91 - 98.
- 32 Borda M. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años . asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte.* 2013; 29(3): p. 394-404.

- 33 Yac C. Depresión en Mujeres durante el Embarazo (estudio realizado con mujeres . comprendidas entre 17 a 21 años en el puesto de salud del municipio de cantel del departamento de Quetzaltenango. Tesis. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar Guatemala, Facultad de Humanidades; 2011.
- 34 Sastre M. Aspectos Psicológicos y Emocionales durante la gestación y el puerperio. . Tesis de pregrado. Valladolid: Universidad de Valladolid, Facultad de Enfermería; 2014.
- 35 Ulloque L. L Prevalencia de baja autoestima y nivel de resiliencia bajo em gestantes . adolescentes de poblaciones del caribe colombiano. Revista Chilena de Obstetricia Ginecología. 2015 Diciembre; 80(6): p. 406 - 474.
- 36 Ruiz , Organista G, Armida R. Prevalencia de Depresión en Embarazadas de una . Institución de Salud de Primer Nivel. Revista de Salud y Administración. 2017 Septiembre-Diciembre; 4(12).
- 37 García R. Prevalencia de depresión en el embarazo durante el tercer trimestre. . [Online]; 2017 [cited 2018 Febrero 20. Available from: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?artid=7942&idrev=8&idvol=11>.
- 38 Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Revista chilena de neuro- . psiquiatría. 2010 Diciembre; 48(4).
- 39 Mercado Y, Paccori. Y. Factores asociados a la depresion en gestantes del Instituto . Nacional Materno Perinatal. Tesis. Lima -Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Ciencias de la Salud; 2012.
- 40 Alvarado R. Validación de la Escala de Edimburgo para embarazadas. Tesis doctoral. . Santiago de Chile.: Universidad de Chile., Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina Humana.; 2012.
- 41 Rojas I. Protocolo de Detección de la Depresión durante el embarazo y posparto y . apoyo al tratamiento. Santiago de Chile: Subsecretaría de Salud Pública División, Prevención y Control de enfermedades., Departamento de Ciclo Vital. Depatamento de Salud Mental; 2014.
- 42 Scherrer W. Los efectos de la relajación sobre los niveles de depresión en mujeres con . embarazos de alto riesgo: un ensayo clínico aleatorizado. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2016; 24(1).
- 43 Jadresic E. Depresión Perinatal: Detección y Tratamiento. Revista Médica Clínica Las . Condes. 2014 Julio; 25.