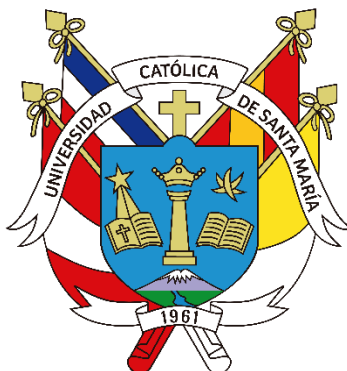


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



**Factores de riesgo asociados al desarrollo de síntomas depresivos en
gestantes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz,
Arequipa, agosto 2024.**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Niño de Guzman Arotaype, Maria de los Angeles

ORCID: 0009-0007-0409-5368

Castro Espinoza, Milagros Lucia

ORCID: 0009-0004-9111-5387

para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

Asesor(a):

Dra. Cárdenas Núñez, Yenhny Margareth

ORCID: 0000-0003-2278-9383

Arequipa – Perú

2025

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 08 de Abril del 2025

Dictamen: 013194-C-EPOYP-2025

Visto el borrador del expediente 013194, presentado por:

2016204402 - CASTRO ESPINOZA MILAGROS LUCIA

2016244472 - NIÑO DE GUZMAN AROTAYPE MARIA DE LOS ANGELES

Titulado:

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DIAZ, AREQUIPA, AGOSTO 2024.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

**29203672 - ESCOBEDO VARGAS JANNET MARIA
DICTAMINADOR**



**29380862 - SOTOMAYOR MARTINEZ VICTORIA
AURORA DICTAMINADOR**



**29677873 - HERRERA CARDENAS MARCOS
ERVETH DICTAMINADOR**



Factores de riesgo asociados al desarrollo de síntomas depresivos en gestantes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz, Arequipa, agosto 2024.

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	4%
2	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	4%
3	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	2%
5	sochog.cl Fuente de Internet	1%
6	www.investigacioniberotorreon.com Fuente de Internet	1%
7	Submitted to UNIBA Trabajo del estudiante	1%
8	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

DEDICATORIA

A Dios, fuente de fortaleza, sabiduría y guía. Gracias por darme la paciencia para perseverar y superar los obstáculos.

A mis padres, cuyo amor y sacrificio que me han guiado en cada paso. A mi madre Luisa, por su incansable apoyo, por ser mi ejemplo de valentía y coraje. Y a mi padre Juan, aunque ya no esté físicamente conmigo, sigue presente en cada pensamiento, en cada logro y en mi corazón. Gracias por enseñarme el valor del esfuerzo, la dedicación y la integridad. Esta tesis también es tuya, papá.

A mis hermanos, quienes han sido una fuente constante de inspiración. Gracias por su compañía, su cariño y por motivarme a ser mejor cada día.

Gracias a todos los que fueron parte de esta etapa, por su apoyo y por hacer de este viaje algo memorable. Tengan presente que los sueños empiezan cuando uno mismo cree que puede lograrlos. Este es solo el principio, y todo lo que he alcanzado es el resultado de creer en mí y de la pasión que me impulsa a seguir adelante.

Maria de los Angeles Niño de Guzman Arotaype

A mi madre Gloria, porque siempre se preocupó por saber si estaba bien. A mi padre William, que lastimosamente ya no está presente en este mundo, pero sé que desde el cielo nos cuida y nos protege, y si estuviera acompañándonos el día de hoy, se sentiría orgulloso de sus 3 hermosos hijos.

A mis hermanos, en especial a mi hermana mayor por enseñarme en el día a día lo que es la palabra resiliencia, porque asumió un papel a su corta edad que nadie hubiera aceptado y para mí es un gran ejemplo de persona y de ser humano, gracias por tanto hermanita, gracias a ustedes hermanos que fueron ese punto medio en mi vida para darme cuenta de que puedo seguir adelante, siempre me impulsaron y no me dejaron caer.

A mi pequeño hijo, mi inspiración, resiliencia, mi lugar seguro que es mi Liam; quizás he dado muchos años de mi vida y de mi tiempo en poder lograr esta carrera; para ofrecerle un mejor futuro y verlo convertirse en un gran ser humano, gracias por estar siempre a mi lado y verme en la gran profesional que me he convertido.

Milagros Lucia Castro Espinoza

AGRADECIMIENTOS

Queremos dar nuestro agradecimiento a Dios, fuente de toda sabiduría y fortaleza. Gracias por guiarnos en cada paso y darnos perseverancia necesaria para enfrentar cada desafío.

Agradecemos a nuestras familias, por su amor incondicional, su apoyo constante y por ser fuente de fortaleza en los momentos más desafiantes. Y el impulso necesario para continuar en este proyecto y completarlo con éxito.

A nuestra asesora, Dra. Yenhny Margareth Cárdenas Núñez, por su sabiduría y experiencia la cual nos ha brindado para poder continuar en todo el proceso de nuestra investigación.

Esta etapa representa el inicio de un nuevo ciclo en nuestras vidas, y confiamos en que será el comienzo de un futuro lleno de logros tanto personales como profesionales.

Deseamos que, con el conocimiento adquirido a lo largo de este proyecto, podamos contribuir de manera significativa en nuestra área y, sobre todo, brindar un servicio de calidad y compromiso a quienes más lo necesiten. Que nuestra vocación de servicio sea siempre el motor que nos impulse a seguir aprendiendo, mejorando y poniendo en práctica todo lo aprendido.

Maria de los Angeles Niño de Guzman Arotaype y Milagros Lucia Castro Espinoza

RESUMEN

OBJETIVO: La investigación tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo que se asocian al desarrollo de síntomas depresivos en gestantes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz, Arequipa, agosto 2024.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de campo, transversal, prospectivo de nivel relacional. Se empleó como instrumento un cuestionario de 11 ítems y la Escala CES-D-20 para la depresión que consta de 20 ítems. El universo estuvo constituido por 100 gestantes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz en el mes de agosto 2024. Los datos fueron analizados de manera estadística mediante el software SPSS 27, los resultados se presentaron en tablas y para determinar la relación entre las variables, se aplicó la prueba de Chi cuadrado.

RESULTADOS: En cuanto a los factores sociodemográficos, se observó que el 27% de las gestantes tienen entre 25-29 años, el 60% estudiaron hasta el nivel secundario, el 58% son amas de casa, el 55% son convivientes, un 58% no presentan historial de síntomas depresivos y el 38% tienen un ingreso económico entre 1500-2000 soles. En relación con los factores familiares, el 83% si tiene apoyo familiar y el 85% tienen apoyo de pareja. Respecto a los factores obstétricos, el 57% son nulíparas, la edad gestacional esta entre las 33-36 semanas en un 25% y el 80% no planifico su embarazo. En relación con los síntomas depresivos el 54% de las gestantes presentaron síntomas de depresión.

CONCLUSIONES: La prueba estadística de Chi cuadrado reveló una relación significativa entre los factores sociodemográficos con el desarrollo de síntomas depresivos, hay correlación entre la historia previa de depresión ($p=0.02$) e ingreso económico ($p=0.01$) respectivamente. En cuanto a los factores familiares también tiene una relación significativa con el desarrollo de síntomas depresivos, hay correlación con el apoyo familiar ($p=0,00$), mas no con el apoyo de pareja. Sin embargo, no se encontró una relación significativa entre factores obstétricos y el desarrollo de síntomas depresivos, ya que el chi cuadrado de las dimensiones paridad, edad gestacional y embarazo planificado es de ($p=0.527$), ($p=0.867$) y ($p=0.067$) respectivamente. Estos resultados indican que el valor de significancia es de $p>0.05$.

PALABRAS CLAVES: Gestantes, Desarrollo de síntomas depresivos, Factores.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of the research was to identify the risk factors that are associated with the development of depressive symptoms in pregnant women treated at the Maritza Campos Diaz Health Center, Arequipa, August 2024.

MATERIAL AND METHODS: A cross-sectional, prospective, relational-level field study was conducted. An 11-item questionnaire and the CES-D-20 Depression Scale, which consists of 20 items, were used as instruments. The universe consisted of 100 pregnant women treated at the Maritza Campos Diaz Health Center in August 2024. The data were analyzed statistically using SPSS 27 software. The results were presented in tables and the Chi-square test was applied to determine the relationship between the variables.

RESULTS: Regarding sociodemographic factors, it was observed that 27% of pregnant women are between 25-29 years old, 60% studied up to secondary level, 58% are homemakers, 55% are cohabitants, 58% are not. They have a history of depressive symptoms and 38% have an income between 1500-2000 soles. In relation to family factors, 83% do have family support and 85% have partner support. Regarding obstetric factors, 57% are nulliparous, the gestational age is between 33-36 weeks in 25% and 80% did not plan their pregnancy. In relation to depressive symptoms, 54% of pregnant women presented symptoms of depression.

CONCLUSIONS: The Chi square statistical test revealed a significant relationship between sociodemographic factors and the development of depressive symptoms. There was a correlation between a previous history of depression ($p=0.02$) and income ($p=0.01$), respectively. Regarding family factors, there was also a significant relationship with the development of depressive symptoms. There was a correlation with family support ($p=0.00$), but not with partner support. However, no significant relationship was found between obstetric factors and the development of depressive symptoms, since the Chi square of the dimensions parity, gestational age and planned pregnancy were ($p=0.527$), ($p=0.867$) and ($p=0.067$), respectively. These results indicate that the significance value is $p>0.05$.

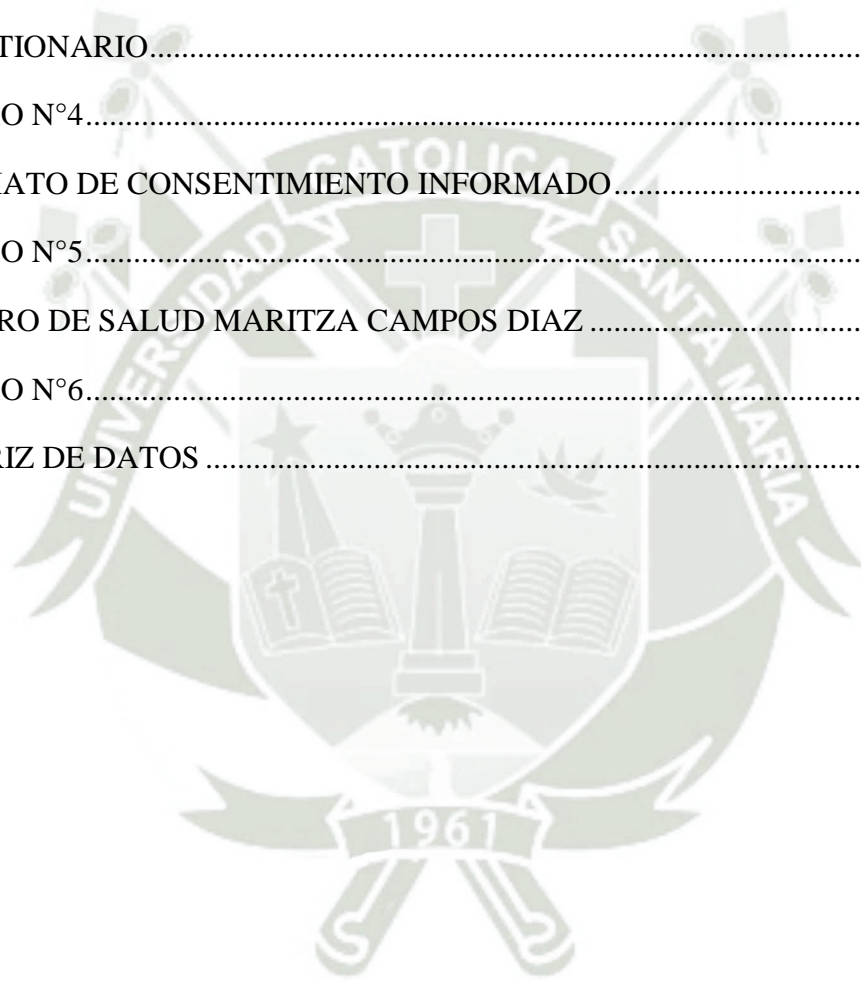
KEY WORDS: Pregnant women, Development of depressive symptoms, Factors.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	4
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.2.1. Área del conocimiento.....	4
1.2.2. Análisis y operacionalización de variables.....	4
1.2.3. Interrogantes básicas:	6
1.2.4. Tipo de investigación:	6
1.2.5. Nivel de investigación:	6
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:	6
2. OBJETIVOS.....	8
3. MARCO TEÓRICO:.....	9
3.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	9
3.2. FACTORES FAMILIARES	10
3.3. FACTORES OBSTÉTRICOS	11
3.4. DEPRESIÓN:	11
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	19
4.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	19
4.2. ANTECEDENTES NACIONALES:.....	20
4.3. ANTECEDENTES LOCALES:	22
5. HIPÓTESIS.....	24

1. TÉCNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	26
Técnica.....	26
Instrumento.....	26
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	27
2.1. UBICACIÓN ESPACIAL	27
2.2. UBICACIÓN TEMPORAL.....	27
2.3. UNIDADES DE ESTUDIO.....	27
2.3.1. Universo o población:.....	27
2.3.2. Criterios de inclusión	27
2.3.3. Criterios de exclusión	27
2.3.4. Muestra.....	28
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
3.1. Organización:.....	28
3.2. Recursos:.....	28
a) Recursos humanos	28
b) Recursos físicos	28
c) Recursos financieros	29
3.3. Validación del instrumento.....	29
3.4. Criterio para el manejo de resultados	29
3.4.1. Tipo de procesamiento:	29
3.4.2. Plan de análisis de datos	30
4. ASPECTOS ÉTICOS	30
CAPÍTULO III RESULTADOS	31
DISCUSIÓN.....	40
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

ANEXOS	53
ANEXO N°1.....	54
ESCALA DEL CES-D-20 PARA LA DEPRESIÓN	54
ANEXO N°2.....	55
PUNTAJE DE LA ESCALA DEL CES-D-20 PARA LA DEPRESIÓN.....	55
ANEXO N°3.....	56
CUESTIONARIO.....	56
ANEXO N°4.....	58
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	58
ANEXO N°5.....	59
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ	59
ANEXO N°6.....	60
MATRIZ DE DATOS	60



INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ	32
TABLA N° 2 FACTORES FAMILIARES DE LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ	33
TABLA N° 3 FACTORES OBSTETRICOS DE LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ	34
TABLA N° 4 DESARROLLO DE SINTOMAS DEPRESIVOS DE LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ	35
TABLA N° 5 FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADO AL DESARROLLO DE SINTOMAS DEPRESIVOS	36
TABLA N° 6 FACTORES FAMILIARES ASOCIADO AL DESARROLLO DE SINTOMAS DEPRESIVOS	38
TABLA N° 7 FACTORES OBSTETRICOS ASOCIADO AL DESARROLLO DE SINTOMAS DEPRESIVOS	39

INTRODUCCIÓN

La etapa de la gestación genera cambios en diversos aspectos de la vida de la mujer, entre ellos el apoyo social, el respaldo de la pareja y de la familia. Estos factores desempeñan un papel fundamental en la contención emocional de la gestante, lo que resalta la importancia de abordar temas de salud mental, como la depresión, en este período.

En Perú, el Ministerio de Salud señala que la depresión durante el embarazo puede manifestarse en cualquiera de los tres trimestres. Si no se trata a tiempo, puede tener un impacto negativo tanto en la salud del bebé como en el vínculo afectivo con la madre, e incluso puede afectar la salud mental de hasta tres generaciones de la familia (1).

La Organización Mundial de la Salud estima que el 3,8% de la población mundial padece depresión, lo que equivale a aproximadamente 280 millones de personas. Esta condición es aproximadamente un 50% más frecuente en mujeres que en hombres. Además, más del 10% de las mujeres embarazadas o púerperas experimentan depresión a nivel global (2).

La promoción y prevención de la salud mental durante el embarazo son metas específicas dentro del Plan de Acción Mundial de Salud Mental 2013-2030 de la Organización Mundial de la Salud. Este enfoque también se alinea con la Agenda 2030, que incluye los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), destacando especialmente el Objetivo 3, centrado en la salud y el bienestar. Aunque el embarazo se percibe como un periodo psicosocial habitual para las mujeres, puede provocar cambios psicológicos significativos y dar lugar a diversas actitudes o comportamientos depresivos en las mujeres embarazadas (3).

Aunque existen acciones y políticas de salud pública que enfatizan la importancia de promover y prevenir la salud mental de las mujeres, con frecuencia durante el embarazo los trastornos psicológicos como la depresión pasan desapercibidos en el seguimiento prenatal (4).

Estos últimos años ha crecido el interés en la salud mental de las gestantes, reconociéndose la importancia de identificar y abordar factores que puedan predisponer al desarrollo de

síntomas depresivos durante el embarazo, por las razones previamente mencionadas, ha motivado que el presente proyecto de tesis tenga como objetivo determinar los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de depresión en mujeres gestantes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

La presente investigación tiene como objetivo identificar los factores de riesgo que se asocian al desarrollo de síntomas depresivos en gestantes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz; el mismo está organizado en 3 capítulos, el primero contiene la operacionalización de variable y el marco conceptual, el segundo el planteamiento operacional y el tercero los resultados y discusión.





CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Factores de riesgo asociados al desarrollo de síntomas depresivos en gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, agosto 2024.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Área del conocimiento

- **Área general:** Ciencias de la salud.
- **Área específica:** Salud pública.
- **Línea:** Salud mental en la gestación.

1.2.2. Análisis y operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOS	SUB-INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable Independiente Factores de riesgo	Factores sociodemográficos	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • =< 19 años • 20-24 años • 25-29 años • 30-34 años • >= 35 años
		Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Superior
		Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente • Divorciada
		Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Estudiante • Dependiente • Independiente

		Historia previa de depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		Ingreso económico familiar	<ul style="list-style-type: none"> • 500 – 1000 • 1000 – 1500 • 1500 – 2000 • >2000
	Factores familiares	Apoyo de la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		Apoyo de la pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
	Factores obstétricos	Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • Nulípara • Primípara • Secundípara • Multípara
		Edad gestacional	<ul style="list-style-type: none"> • \leq 20 semana • Semana 21 - 24 • Semana 25 - 28 • Semana 29 - 32 • Semana 33 - 36 • Semana 37 - 40
		Embarazo planificado	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Variable dependiente		Tristeza (disforia)	<ul style="list-style-type: none"> • Leve (de 16 a 20 puntos). • Moderada (de 21 a 25).
		Pérdida de interés (anhedonia):	
		Apetito	
		Sueño	
		Pensamiento (concentración)	

Depresión	Escala del CES-D-20 para la depresión	Culpa (sin sentido)	<ul style="list-style-type: none"> Severa (de 26 a 60 puntos).
		Cansancio (fatiga)	
		Movilidad (agitación)	
		Ideación suicida	

1.2.3. Interrogantes básicas:

- ¿Qué factores sociodemográficos, familiares y obstétricos presentan las gestantes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, agosto 2024?
- ¿Con que frecuencia desarrollan síntomas depresivos las gestantes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz Arequipa, agosto 2024?
- ¿Cuáles de las características sociodemográficas, familiares u obstétricas que constituyen factores de riesgo asociados a síntomas depresivos en gestantes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz Arequipa, agosto 2024?

1.2.4. Tipo de investigación:

De campo

1.2.5. Nivel de investigación:

Relacional

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

- **Originalidad:** Esta investigación tiene como objetivo ofrecer un enfoque sobre los procesos que rodean el nacimiento, la maternidad/paternidad y los desafíos que estos presentan durante la gestación, abarcando aspectos como la concepción, gestación, embarazo, parto, nacimiento, puerperio y crianza, entre otros. El presente trabajo nos permite aportar a nuestra sociedad, identificando los factores de riesgo asociados al desarrollo de síntomas depresivos en

gestantes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz. De la información recolectada por las investigadoras demuestra que no se encuentra antecedentes de investigación relacionada al Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

- **Relevancia científica:** El objetivo del estudio es recopilar información sobre los factores de riesgo que pueden causar depresión en las mujeres embarazadas, con el fin de anticiparse y tomar las acciones correspondientes basadas en los resultados. Según investigaciones previas, este tema representa un riesgo potencial tanto para la madre como para el bebé, ya que se trata de un grupo poblacional vulnerable. Por lo tanto, es fundamental promover la educación sobre salud mental a través de encuestas validadas, con el propósito de identificar y reducir la prevalencia de cuadros depresivos en gestantes.
- **Relevancia contemporánea:** Es importante poner atención a la salud mental de la población más vulnerable como las gestantes. Se requiere nueva información y datos los cuales nos pueda guiar en la comprensión de la actual situación en el ámbito de la depresión, el cual va en crecimiento, es así que las pacientes gestantes con antecedentes de cuadros de depresión en previos embarazos o con factores de riesgos positivos al estudio son un grupo de real interés.
- **Relevancia social:** En la actualidad, se considera que la depresión es una de las enfermedades mentales más frecuentes en nuestro entorno, debido a que vivimos en una sociedad marcada por el caos, la mentalidad machista, los feminicidios y la violencia intrafamiliar y extrafamiliar, lo que genera un profundo daño hacia las mujeres. Es así que nuestro deber social, es que proporcionemos una mejora en la salud mental y atención hacia la mujer, especialmente cuando se encuentra en la etapa del embarazo, ya que son dos vidas las cuales corren riesgo.
- **Factibilidad:** El presente estudio puede llevarse a cabo con éxito gracias a la disponibilidad de los recursos necesarios, las unidades de estudio

correspondientes, así como los instrumentos adecuados y debidamente validados para su medición. Es así como podremos tener buenos resultados y lograr cumplir con todo lo planificado en el tiempo estipulado.

- **Interés personal:** Este tema de investigación es de nuestra motivación personal, ya que en dicho centro de salud vemos una gran afluencia de pacientes de las cuales las gestantes son de gran importancia para nosotras, y es que según la experiencia que tuvimos en nuestras rotaciones de pregrado llegamos a observar una notoria cantidad de maltrato hacia la mujer. Nuestro interés personal relacionado a nuestra carrera que involucra la salud de las gestantes y el bienestar del producto es disminuir la tasa de depresión diagnosticado previamente, con los factores de riesgo asociados a la depresión gestacional.

2. OBJETIVOS

- Establecer los factores sociodemográficos, familiares y obstétricos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, agosto 2024.
- Determinar la frecuencia en que desarrollan síntomas depresivos las gestantes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, agosto 2024.
- Identificar si las características sociodemográficas, familiares u obstétricas constituyen factores asociados a la depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, agosto 2024.

3. MARCO TEÓRICO:

3.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

3.1.1. Edad: La edad representa la duración de la existencia de un organismo vivo, y cada especie tiene un límite máximo de vida aproximado. En el caso de los humanos, la esperanza de vida varía según el nivel de desarrollo de una sociedad (5).

Según la Real Academia de Medicina de España, la edad se define como el tiempo que una persona u otro ser vivo ha vivido hasta el momento. Además, se refiere al período en que la vida humana se considera dividida arbitrariamente en distintas etapas (6).

3.1.2. Grado de instrucción: Se refiere al grado más alto de estudios que ha terminado o que está cursando en el momento un individuo, sin tomar en cuenta si se han finalizado o están incompletos de manera temporal o permanente (7).

3.1.3. Estado civil: El término "estado civil legal" se refiere a la situación de convivencia que está oficialmente reconocida administrativamente para las personas en el momento en que se recopila la información. Incluye las siguientes categorías: soltero(a), casado(a), viudo(a), separado(a) y divorciado(a) (8).

Diversos estudios indican que la prevalencia de depresión es mayor en madres solteras, lo cual está relacionado con la falta de una pareja que pueda colaborar en la crianza de su hijo (8).

3.1.4. Ocupación: La ocupación se define como la labor que desempeñas en tu trabajo y por la cual recibes una compensación económica. Muchas personas tienen una profesión que les brinda la oportunidad de ejercer diversas ocupaciones relacionadas con ella (9).

Se catalogan como actividades con sentido aquellas en las que la persona participa de manera cotidiana y que pueden ser identificadas o nombradas por la cultura (10).

Según la Organización Internacional del Trabajo, la ocupación se refiere al tipo de trabajo que una persona realiza en su empleo. La definición de ocupación se define como un "conjunto de trabajos cuyas principales tareas y funciones presentan por un alto grado de similitud" (9).

3.1.5. Historia de depresión previa: Es ampliamente reconocido que las madres que han experimentado episodios depresivos antes del embarazo tienen mayor probabilidad de enfrentar depresión fuerte durante la gestación (11).

3.1.6. Ingreso económico familiar: Es una de las métricas económicas más significativas, dado que influye en el nivel de vida y en el poder adquisitivo de una familia. En palabras simples, se trata de la suma total de los ingresos percibidos por la familia durante un período específico (12).

3.2. FACTORES FAMILIARES

3.2.1. Apoyo familiar: Hace referencia a la conexión, comunicación, confianza, convivencia y apoyo mutuo que hay entre los integrantes de una familia, que abarca a padres, hermanos, pareja e hijos (13).

3.2.2. Apoyo de pareja: El respaldo de la pareja constituye un componente fundamental de la relación, haciendo referencia a la reciprocidad social entre ambos basada en el apoyo emocional.

En México, Rodríguez A Y Col, hallaron una prevalencia de depresión prenatal del 16,7%, donde las dificultades con la pareja (RM = 4,552), la falta de apoyo emocional (RM = 2,791), entre otros, se asociaron con depresión en mujeres embarazadas. Por otro lado, en Estados Unidos, Brock R y Col, observaron que el apoyo brindado por la pareja en la etapa del embarazo mitigó la depresión materna desde el principio del embarazo hasta los 30 meses después del parto (14).

El incremento significativo en los casos de depresión y suicidio se observa principalmente en mujeres que sufren abusos en repetidas ocasiones de sus

parejas. Esta situación de maltrato se vuelve en un factor de riesgo tanto para el desarrollo de depresión como de la posibilidad de suicidio. (14)

3.3. FACTORES OBSTÉTRICOS

3.3.1. Paridad: Se define como el número de partos que ocurren después de las 20 semanas de gestación. En el caso de embarazos multifetales, se considera como uno solo en términos de embarazos y paridad. Por otro lado, se clasifican como abortos aquellos embarazos que se interrumpen antes de las 20 semanas, sin importar la causa (como aborto espontáneo, terapéutico o electivo, embarazo ectópico). La sumatoria de paridad y abortos proporciona el número total de embarazos (15).

3.3.2. Edad gestacional: Término utilizado en el embarazo para indicar qué tan avanzado está. Se calcula en semanas, comenzando desde el primer día del último periodo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo típico puede durar entre 38 y 42 semanas. Los recién nacidos que nacen antes de la semana 37 se consideran prematuros, mientras que los nacidos después de la semana 42 son considerados posmaduros (16).

3.3.3. Embarazo planificado: Prepararse para concebir implica tomar una serie de precauciones que ambos integrantes de la pareja deben tomar aproximadamente tres meses antes del inicio del proceso de búsqueda de un hijo. La preparación para la concepción no se reduce únicamente a dejar de utilizar métodos anticonceptivos y esperar un resultado positivo en la prueba de embarazo, sino que involucra consideraciones más amplias.

Este período de tiempo se justifica porque los gametos se forman y maduran antes de la fecundación, y en particular, el espermatozoide requiere alrededor de tres meses para completar estos procesos (17).

3.4. DEPRESIÓN:

3.4.1. Definición: Es definida por la Organización Mundial de la Salud como un trastorno mental común el cual se caracteriza por un estado de ánimo deprimido o falta de interés o placer por realizar diferentes labores.

La depresión como tal puede llegar a afectar el entorno de la vida personal, relaciones familiares, de amistad, laborales y socialmente. Puede llegar a afectar a cualquiera, es así que las mujeres tienen una mayor predisposición a la depresión que los hombres (2).

Según el Ministerio de Salud del Perú, la depresión se denomina como un trastorno mental que se caracteriza principalmente por un estado de ánimo depresivo, la pérdida de interés y placer en las actividades, fatiga o cansancio, lo que deteriora la calidad de vida y ocasiona problemas en el ámbito familiar, social y laboral de las personas que la padecen (1).

Desafortunadamente, se ha evidenciado que durante el embarazo no se previenen los problemas de salud mental; de hecho, ocurre lo contrario: el embarazo puede predisponer a la depresión (18).

3.4.2. Epidemiología:

Según la Asociación Psiquiátrica de América Latina, la depresión puede afectar a personas de todas las edades, si bien su impacto es más pronunciado en adultos jóvenes, comprendidos entre los 18 y 35 años. Sin embargo, la depresión puede manifestarse en niños en edad escolar como también en adultos mayores. Se observa que la depresión mayor es más prevalente en mujeres (con una tasa del 4.5-9.3%) en comparación con los hombres (con una tasa del 3.2%). Se estima que hay entre 82 y 201 nuevos casos por cada 100,000 varones, mientras que para las mujeres esta cifra oscila entre 247 y 7,800 nuevos casos por cada 100,000 mujeres (19).

En el año 2014, se estimó que en Perú alrededor de 1, 700,000 personas experimentaron síntomas depresivos, y el 25% de ellos recibieron atención especializada. La depresión es un factor contribuyente en aproximadamente el 80% de los casos de suicidio en el país, sin embargo, no recibe la atención adecuada. Walter Castillo Martell, quien dirige el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, explicó que las conductas suicidas suelen formarse desde la infancia y están asociadas con la depresión. Según las

estadísticas de esta institución, el 80% de los 334 casos de suicidio registrados en el país en 2013 estaban relacionados con problemas de ánimo y depresión (19).

Además, se reporta que aproximadamente una de cada 20 personas que son mayores de 15 años padecen de depresión cada año, de las cuales una de cada 20 intenta suicidarse, y uno de cada 20 intentos de suicidio resulta en la muerte del individuo (19).

El trastorno depresivo es más frecuente en personas sin pareja o que están divorciadas en comparación con aquellas que están casadas. Sin embargo, no se han encontrado diferencias significativas en la prevalencia de la depresión entre personas de diferentes razas, niveles socioeconómicos o grupos religiosos. (19)

A nivel mundial, se reporta una prevalencia anual aproximada del 6% y una prevalencia a lo largo de la vida del 20% de Trastorno Depresivo Mayor (MDD) en adultos (20).

Según la OMS, en 2015, la prevalencia mundial aproximada de depresión fue del 4,4%. La prevalencia estimada de por vida de trastorno depresivo mayor, es alrededor del 15% en países de ingresos altos y el 11% en aquellos calificados de países con ingresos bajos a medianos.

En poblaciones específicas, se informa que hay un 27% de prevalencia de depresión o síntomas depresivos (20).

La depresión perinatal puede tener múltiples causas y afectar a mujeres independientemente del tipo de parto o el número de embarazos que hayan tenido. Las cifras varían considerablemente y están influenciadas por factores como el país, la institución y la fuente que las reporta. Esto puede ser resultado de diferentes criterios de evaluación utilizados, así como del momento y el período de tiempo que se toman en cuenta (21).

También puede ser consecuencia de un subdiagnóstico o de la falta de conciencia y formación adecuada entre los profesionales de la salud y la educación sobre el tema en la población en general. Globalmente, la frecuencia de la depresión durante el embarazo varía, oscilando entre el 7% y el 15% en países con altos ingresos económicos, y entre el 19% y el 25% en aquellos con bajos o medianos ingresos económicos (21).

3.4.3. Clasificación:

Las personas que sufren de depresión pueden experimentar una variedad de síntomas, los cuales pueden variar en intensidad. Estos síntomas suelen clasificarse en tres grupos, dependiendo de su gravedad (22).

3.4.3.1. Depresión leve: En situaciones el cual paciente experimenta ciertos síntomas de depresión, pero aun así lleva a cabo sus actividades cotidianas con esfuerzo.

3.4.3.2. Depresión moderada: En situaciones en las que los síntomas surgen con frecuencia y obstaculizan a que el individuo sea capaz de llevar a cabo tareas necesarias.

3.4.3.3. Depresión grave: En aquellas situaciones en las que la depresión dificulta prácticamente siempre a la persona llevar a cabo sus actividades diarias de manera normal (22).

3.4.4. Diagnóstico:

Criterios diagnósticos: Los criterios diagnósticos de la depresión más utilizados tanto en entornos clínicos como en investigaciones incluyen 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 con la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), la depresión mayor se clasifica dentro de los trastornos del humor o afectivos, específicamente bajo el código (F30-F39) (23).

Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10:

- A. Un episodio o fase de tristeza que dura menos de dos semanas.
- B. El episodio no está relacionado con el uso de drogas o trastornos mentales de origen físico.
- C. Síndrome somático: Ciertos síntomas depresivos pueden ser muy notables y poseer una importancia clínica particular. Usualmente, se considera que el síndrome somático está presente cuando se presentan al menos cuatro o más de las siguientes características coexisten:

- Pérdida significativa de interés en actividades que previamente eran placenteras.
- Falta de respuestas emocionales frente a eventos que normalmente generarían reacciones.
- Levantarse temprano dos o más horas antelación de la hora habitual.
- Agravamiento en el estado de ánimo depresivo por las mañanas.
- Experimentar enlentecimiento o agitación motora.
- Notable reducción del apetito.
- Pérdida de peso de al menos un 5% en el transcurso del último mes.
- Disminución considerable en el interés sexual (23).

3.4.5. Síntomas de depresión:

- Experimentar un prolongado estado de tristeza, ansiedad o sensación de vacío emocional (24).
- Sentir que todo sale mal que nada ira bien.
- Experimentar culpa, inutilidad o impotencia.
- Experimentar sentimientos de irritación o inquietud.
- Tener una falta de querer hacer las cosas.
- Enfrentar dificultad para concentrarse, poder recordar detalles y la toma de decisiones.
- Experimentar dificultades para conciliar el sueño o dormir en exceso.
- Experimentar cambios en el apetito, ya sea comiendo en exceso o perdiendo el apetito.
- Experimentar pensamientos suicidas o intentos de suicidio.
- Experimentar molestar o dolor persistente que no mejoran ni alivian con el tratamiento (24).

3.4.6. Tratamiento:

La falta de un tratamiento adecuado para la depresión en la etapa del embarazo puede tener implicaciones significativas, tanto a nivel social, físico como económico para la mujer gestante, sus familiares y el sistema de salud.

La depresión en mujeres embarazadas puede manifestarse mediante cambios en la conducta, como la interrupción de los controles prenatales, descuido en el cuidado personal esencial durante la gestación y la desobediencia a las indicaciones médicas. Además, puede llevar al consumo abusivo de sustancias como tabaco, drogas o alcohol, lo cual puede impactar negativamente en el feto y en el resultado final del parto (25).

A. Depresión leve: El tratamiento más eficaz en este caso consiste en la atención clínica de apoyo, la cual debe complementarse con psicoeducación y la provisión de herramientas adecuadas, así como con una consejería de acompañamiento adecuada (22).

B. Depresión moderada: En un enfoque de atención escalonada, los casos de una depresión moderada demandan tanto la intervención aplicada en la depresión leve y la incorporación de los medicamentos antidepresivos. En esta categoría, los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) son la opción preferida debido a su perfil de efectos secundarios más favorable (22).

C. Depresión grave: Cuando aparecen casos de depresión grave, además de las acciones realizadas para tratar la depresión moderada, es necesario incorporar la terapia psicológica como parte del tratamiento para superar esta condición (22).

De acuerdo con el Minsa, la depresión puede manifestarse en cualquier momento de los tres trimestres del embarazo. Si llega a identificarse durante el primer trimestre, se recomienda asistir a los controles prenatales regulares, recibir psicoterapia semanal en centros de salud mental comunitarios o centros materno-infantiles con psicólogos especializados, realizar visitas domiciliarias y acceder a un tratamiento integral dirigido a mujeres embarazadas. Los casos de depresión grave, la medicación solo se administra bajo la indicación y supervisión de un médico especializado en salud mental (1).

Según la OMS, hay tratamientos efectivos para la depresión, que incluyen tanto intervenciones psicológicas como medicamentos. Los tratamientos psicológicos son la primera línea de defensa contra la depresión y pueden complementarse con antidepresivos en casos de depresión moderada o grave. Sin embargo, no son necesarios en casos de depresión leve (2).

Los tratamientos psicológicos pueden enseñar nuevas formas de pensar, manejar situaciones y relacionarse con los demás. Estos tratamientos pueden incluir terapia conversacional con profesionales capacitados o con terapeutas no especializados bajo supervisión. Además, la terapia conversacional puede llevarse a cabo tanto en sesiones presenciales como en línea. También existen recursos accesibles como manuales de autoayuda, sitios web y aplicaciones que ofrecen tratamientos psicológicos (2).

Los tratamientos psicológicos eficaces contra la depresión pueden incluir:

- La promoción de la actividad conductual
- La terapia cognitivo-conductual
- La terapia de relaciones interpersonales
- El abordaje de problemas para solucionarlos

Los medicamentos antidepresivos incluyen la fluoxetina, un tipo de inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS).

Es esencial que los proveedores de atención médica consideren posibles efectos secundarios de los antidepresivos, así como opciones de intervención disponibles (basadas en conocimientos técnicos o accesibilidad al tratamiento) y las preferencias individuales del paciente.

En el caso de niños, no deberían ser utilizados los antidepresivos como tratamiento de la depresión, y en adolescentes se deben emplear con precaución y como opción secundaria.

Para el trastorno bipolar, se requieren diferentes medicamentos y enfoques de tratamiento (2).

El objetivo es preservar o mejorar la salud mental de la mujer embarazada, a la vez que se reducen los riesgos para la formación del embrión/feto. Se

recomienda suspender el consumo de cafeína, nicotina y alcohol. Además, es importante procurar maximizar las oportunidades de descanso (26).

Para tratar la depresión leve a moderada, muchas pacientes pueden beneficiarse exclusivamente de intervenciones psicoterapéuticas. Técnicas como la relajación, la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia de apoyo son efectivas para abordar la ansiedad que a menudo viene ligada a la depresión. En el caso de los síntomas del estado de ánimo, especialmente si no son graves, se suele preferir la terapia cognitivo-conductual (TCC) o la psicoterapia interpersonal (PIP). Estas terapias suelen administrarse en sesiones individuales, aunque también pueden aplicarse en grupos. Aunque la evidencia que respalda la psicoterapia de orientación psicodinámica es limitada, algunos expertos consideran que es una opción viable cuando la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) o la Psicoterapia Interpersonal (PIP) no están disponibles (27).

3.4.7. Depresión en gestantes:

Durante el embarazo, es crucial prestar atención especial a la mujer, ya que este período implica una serie de cambios físicos, hormonales, psicológicos y sociales que pueden impactar directamente en su bienestar general.

En los años 80, se creía comúnmente que el embarazo estaba vinculado principalmente con un estado de bienestar emocional y la ausencia de trastornos mentales. Sin embargo, fue la psiquiatra Gisela B. Oppenheim quien desafió esta idea en una primera oportunidad, lo que dio inicio a una serie de investigaciones sobre los trastornos mentales en mujeres embarazadas y sus impactos tanto en la madre como en sus hijos (24).

La depresión durante el embarazo puede manifestarse mediante alteraciones en la conducta, como dejar de ir a los controles prenatales, negligencia en el autocuidado durante la gestación, la falta de cumplimiento con las indicaciones médicas y el consumo de tabaco, alcohol o drogas, lo cual puede influir en el resultado del embarazo. Aunque los casos de suicidio o intentos de suicidio son poco comunes en mujeres embarazadas con depresión, sí pueden presentarse. Además, algunos síntomas característicos de la depresión, como falta de apetito, pueden afectar aspectos del embarazo, como el aumento de

peso, contribuyendo así a resultados negativos. La depresión materna también puede afectar de manera adversa el desarrollo fetal (24).

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

TÍTULO: “Prevalencia de depresión perinatal en mujeres embarazadas de 15 a 45 años adscritas a la UMF 47 de León , Guanajuato en el 2024”.

AUTOR: Dra. Eunice Hernández Huerta, Dr. Christian Galeana Castro y Dra. Gisela Berenice Orozco Torres.

FUENTE: Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Septiembre – Octubre, Vol. 8, Núm. 5, Guanajuato 2024.

RESUMEN:

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión perinatal en mujeres embarazadas de 15 a 45 años en la UMF 47 en el año 2024.

Método: Se realizó un estudio con enfoque Cuantitativo, Observacional, Transversal, Prospectivo y Descriptivo. Se realizó el cálculo muestral con el uso de la fórmula para el cálculo de una proporción, se obtuvo una muestra: 264 derechohabientes adscritas a la unidad, sin embargo se obtuvo una muestra total de 304 pacientes, debido a la aceptación de las derechohabientes. Se realizó estadística descriptiva con uso de medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y las cualitativas rangos y frecuencias, se realizó el análisis estadístico en el SPSS 26.

Resultados: 304 mujeres derechohabientes embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 47 encuestadas, se obtuvo una prevalencia conformada por un grupo de pacientes sin depresión con $n= 231$ (76%), un grupo de pacientes con probable depresión con $n= 73$ (24%), con un promedio de 24/25 años (9%), casada (43%), secundaria (41%), hijos 0 (41%), primigesta (35%). Obteniendo mayor relación los factores socioculturales en relación con la aparición de síntomas de depresión.

Conclusión: esta investigación realizada en la UMF No. 47, de León, Guanajuato; encontró nuestro sujeto de estudio más frecuente; una mujer de 24/25 años, casada, escolaridad secundaria, primigesta o un hijo (28).

TÍTULO: “Prevalencia y correlaciones de la depresión prenatal en el hospital Chelstone First Level en Lusaka, Zambia: un estudio transversal”.

AUTOR: Brian Maila, Ravi Paul, Sebean Mayimbo y Kelvin Kabwita

FUENTE: Rev. Ciencias de la salud africanas, Diciembre, Vol. 22, Núm. 4, Pag. 334–347, Zambia 2202.

RESUMEN:

Objetivo: El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de la depresión prenatal y las características asociadas con ella entre las mujeres que reciben atención prenatal en el Hospital Chelstone First Level en Lusaka.

Método: Se realizó una encuesta transversal de 281 mujeres embarazadas que recibían atención prenatal en el Chelstone First Level Hospital mediante un muestreo aleatorio sistemático. Se utilizó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) para evaluar la depresión de los participantes, y los datos relacionados se recopilaron mediante un cuestionario estructurado, probado previamente y administrado por un entrevistador.

Resultados: La depresión prenatal se identificó en el 26,3 por ciento de las mujeres embarazadas encuestadas (IC 95: 21% -32%), siendo la depresión prenatal significativamente más prevalente en mujeres que no tenían una relación satisfactoria con su pareja/pareja significativa (OR=1,70, IC 95): 1,40–3,10). Se descubrió que el desempleo era un factor de riesgo de depresión prenatal, con un riesgo 1,3 (IC 95: 1,04-1,5) veces mayor en comparación con las mujeres empleadas.

Conclusión: Los síntomas depresivos son comunes entre las mujeres embarazadas que buscan atención prenatal en atención primaria, y el desempleo, así como la falta de satisfacción en la relación con el cónyuge o la pareja, aumenta el riesgo de depresión (29).

4.2. ANTECEDENTES NACIONALES:

TÍTULO: “Factores psicosociales asociados a la depresión en gestantes atendidas en un Centro Materno Infantil Peruano, 2018”.

AUTOR: Evelin Pariona Gutiérrez, Victor Moquillaza Alcántara, Judith García Cajaleón, Edita Cuya Candela.

FUENTE: Rev. Chil. Obstet. Ginecol., Vol. 85, Núm. 5, Pag. 494 – 507, Lima 2020.

RESUMEN:

Objetivo: Identificar los factores psicosociales que se asocian a la depresión durante el embarazo.

Método: Estudio de casos y controles donde participaron 95 gestantes atendidas en un centro de atención primaria. La depresión fue tamizada mediante el Cuestionario de la salud del paciente (PHQ-9). El análisis bivariado se realizó mediante la prueba Chi cuadrado de Pearson y el multivariado mediante regresión logística, considerando un nivel de confianza del 95%.

Resultados: De las gestantes con depresión, un 57.14% presentó depresión leve y un 36, 73% moderada. Entre los factores asociados ($p < 0.05$) se encontraron el haber presentado un embarazo de bajo riesgo (OR=0.34; IC95%: 0.14-0.88), presentar un embarazo no deseado (OR=3.07; IC95%:1.17-8.03), presentar antecedentes de depresión en la infancia (OR=2.72; IC95%:1.04-7.14) y no haber consumido alcohol durante la gestación (OR=0.35; IC95%:0.14-0.89).

Conclusión: Los factores de riesgo para presentar depresión durante el embarazo fueron el haber presentado un embarazo no deseado y antecedente de depresión durante la infancia, mientras que los factores protectores fueron no haber consumido alcohol durante el embarazo y el considerar a su embarazo de bajo riesgo (30).

TÍTULO: “Características epidemiológicas de gestantes con depresión que acuden al Centro de Salud Materno Infantil I-4; Piura”.

AUTOR: Josselin Lisbeth Zapata Curay

FUENTE: Tesis de Pregrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Tumbes, Tumbes 2024.

RESUMEN:

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas de las gestantes con diagnóstico de depresión atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil I-4 Catacaos, septiembre 2023 hasta marzo 2024.

Métodos: Para ello, se llevó a cabo una investigación con enfoque cuantitativo, no experimental y con un diseño de corte transversal. Se aplicó una encuesta validada a 41 gestantes con diagnóstico de depresión que asistían en forma regular al Centro de Salud Materno Infantil I-4 del distrito de Catacaos. El estudio examinó las

características sociodemográficas, obstétricas y familiares de gestantes en el Centro de Salud Materno Infantil I-4 en Catacaos.

Resultados: La muestra reveló una distribución segregada por edad, con el 29,3% de las gestantes entre 12 y 17 años, el 34,1% entre 18 y 29 años, y el 36,6% entre 30 y 59 años. La mayoría eran convivientes (65,9%), amas de casa (68,3%), con educación primaria (31,7%), y católicas (82,9%). Respecto a la planificación del embarazo, el 85,4% no lo planificó, y un 56,1% nunca consumió cigarrillos, alcohol o drogas. La mayoría tenía dos o más gestas (65,9%), con un 39% sin abortos previos y un 75,6% sin hijos nacidos vivos que han fallecido. La mayoría se encuentra en el tercer trimestre de gestación (82,9%). Respecto a la relación con su pareja, el 85,4% considera que es estresante y el 56,1% siente rechazo. Pocas reciben apoyo emocional (7,3%). Se destaca el alto porcentaje de violencia psicológica (82,9%), física (61%), y sexual (87,8%) por parte de la pareja. Respecto a la familia, el 29,3% tenía una mala relación y solo el 17,1% siempre recibe apoyo. La violencia familiar se presenta en un 68,3% de los casos. Además, se encontró que el 71% de gestantes tienen características sociodemográficas neutras, el 68% tienen características obstétricas neutras, mientras que el 68% tienen características familiares pésimas.

Conclusión: Concluyendo de que se logró determinar las características epidemiológicas importantes entre las gestantes con diagnóstico de depresión del Centro de Salud Materno Infantil I-4 Catacaos (31).

4.3. ANTECEDENTES LOCALES:

TÍTULO: “Factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes gestantes entre 18 a 40 años en el Centro de Salud Miguel Grau B Arequipa, 2023”.

AUTOR: Michelle Mabel Pérez Flores

FUENTE: Tesis de Pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa 2023.

RESUMEN:

Objetivos: Determinar los factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes gestantes entre 18 a 40 años.

Métodos: Según Altmann es observacional, prospectivo y transversal. El estudio se realizó en el Perú, departamento de Arequipa, Provincia de Arequipa, distrito de Paucarpata, en el Centro de Salud Miguel Grau B Arequipa, se tomó toda la

población de gestantes que acudió al centro de salud Miguel Grau en el periodo del mes de Mayo hasta Junio del presente año, contando con 52 gestantes. Para el análisis estadístico los datos fueron procesados mediante el programa SPSS versión 21, por el cual se realizó estadística descriptiva mediante tablas de frecuencia absolutas, análisis bivariado por prueba de chi cuadrado de las asociaciones de interés, para así establecer los factores asociados a ansiedad y depresión en gestantes del centro de salud Miguel Grau B Arequipa.

Resultados: Se encontró que 21,15% de las gestantes presenta ansiedad estado de las cuales el 43,75% tenían una edad de entre 18 a 24 años ($p < 0,05$), el 66,67% eran primíparas ($p < 0,05$) y el 57,14% tenían familia incompleta ($p < 0,05$). También se halló que el 30,77% de gestantes tiene ansiedad rasgo, de las cuales el 62,50% tienen entre 18-24 años ($p < 0,05$), el 50,00% con grado de instrucción secundaria ($p < 0,05$), el 66,67% eran primíparas ($p < 0,05$) y el 71,43% tenía familia incompleta ($p < 0,05$). Así mismo se encontró que el 23,08% de gestantes presentaban depresión, respecto a las cuales el 50,00% tenían de 18 a 24 años ($p < 0,05$), el 45,45% presentaba sólo educación secundaria ($p < 0,05$), el 37,04% eran amas de casa ($p < 0,05$), el 37,04% de gestantes cuya fuente de ingresos es el apoyo familiar ($p < 0,05$) y el 44,44% con familia extensa ($p < 0,05$).

Conclusiones: Se encontró que los factores sociodemográficos como edad, tipo de familia y la paridad están asociados a ansiedad estado, además la edad, grado de instrucción, paridad y tipo de familia están asociados a ansiedad rasgo y por último la edad, grado de instrucción, ocupación, fuente de ingresos y tipo de familia están asociados a depresión en las gestantes de 18 a 40 años (32).

TÍTULO: “Frecuencia y factores asociados a la depresión en gestantes que acuden al Centro de Salud Javier Llosa García de Hunter, Arequipa, 2024”.

AUTOR: Oscar Rodríguez Quispe

FUENTE: Tesis de Pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa 2024.

RESUMEN:

Objetivos: Determinar la frecuencia y asociación entre los factores sociodemográficos, obstétricos y psicológicos asociados a la depresión en gestantes que acuden al Centro de Salud Javier Llosa García de Hunter en los meses de febrero y marzo del 2024.

Métodos: Se realizó una investigación de tipo observacional, prospectiva y transversal para determinar la frecuencia y factores asociados a depresión en gestantes, aplicando la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo en un Centro de Salud de Arequipa, 2024. Además, se facilitó un formulario de recogida de datos, que incluyó preguntas sobre sus condiciones psicológicas, sociodemográficas y obstétricas. Aplicando la prueba chi-cuadrado.

Resultados: De las 92 participantes, el 29.3% tuvieron depresión, así mismo según el análisis estadístico los factores que influyen son la edad, con promedio de 30,7 años las que tenían depresión a comparación de las que no con 26,3 años; con respecto al estado civil las mujeres solteras tienen mayor frecuencia de depresión, representando el 7,6% del total; también se observó que de las 10 gestantes que referían el antecedente de violencia física por su pareja, 6 de ellas presentaban depresión gestacional; así mismo de las 15 gestantes que referían el antecedente de violencia psicológica, 9 de ellas presentaban depresión gestacional; también de las 65 gestantes que presentaron depresión, 61 contaba con apoyo emocional de su familia, está asociado, en este caso, a la ausencia de depresión en gestantes. Todas estas últimas con significancia estadística, con un $p < 0.05$.

Conclusiones: La frecuencia de depresión en gestantes que acuden al Centro de Salud Javier Llosa García de Hunter fue del 29,3%. Los factores asociados fueron la edad (a mayor edad), estado civil (soltera), antecedente de violencia física por pareja y antecedente de violencia psicológica por pareja (33).

5. HIPÓTESIS

Dado que, la falta de intervención oportuna para la salud mental de las mujeres y sus familias desde la concepción hasta el posparto ha provocado un aumento de casos de depresión entre las mujeres embarazadas.

Es probable que, algunas características sociodemográficas, familiares u obstétricas pueden estar asociadas a la sintomatología depresiva expresada por las embarazadas atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

- **Técnica**

Se utilizó una entrevista para la variable independiente y una entrevista para la variable dependiente.

- **Instrumento**

Para la variable independiente se utilizó una ficha de preguntas y para la variable dependiente la Escala de CES-D-20 para la depresión.

Variable	Indicadores	Técnica	Instrumento
Variable independiente Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Factores sociodemográficos ➤ Factores familiares ➤ Factores obstétricos 	Entrevista	Ficha de preguntas (Anexo 3)
Variable dependiente Depresión	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Escala de CES-D-20 para la depresión 	Entrevista	Escala del CES-D-20 para la depresión (Anexo 1)

- Escala de CE-D-20 para la depresión: Es una herramienta simplificada, concisa y multidimensional que puede evaluar el estado de depresión en diferentes grupos poblacionales. Está compuesto por 20 preguntas que evalúan 5 dominios del enunciado que son: Rara vez o Nunca, Algo, Ocasionalmente, Mucho, Casi siempre y en los que se preguntan cuántos días durante las dos últimas semanas se experimentó una serie de síntomas depresivos (Anexo 1). Las puntuaciones individuales se obtienen por la suma de los ítems que comprenden cada dominio (puntajes simples). La puntuación final (puntaje total: mínimo de 0 y máximo de 60) se obtiene por la suma de los puntajes ponderados de cada dominio (Anexo 2).

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El estudio se realizó en la región Arequipa, provincia de Arequipa, distrito de Cerro Colorado, Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Perú.

El Centro de Salud Maritza Campos Díaz esta ubicado en la esquina Yavarí con Marañón S/N – Zamacola, tiene un nivel I – 4 (Anexo 5).

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

2.2.1. Cronología:

La investigación se desarrolló en el mes de agosto del año 2024.

2.2.2. Visión temporal:

Prospectivo

2.2.3. Corte temporal:

Transversal

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

2.3.1. Universo o población:

2.3.1.1. Universo cuantitativo:

El universo estuvo constituido por gestantes nuevas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, un total de 100 gestantes en el primer semestre del año 2024.

2.3.2. Criterios de inclusión

- Gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Centro de Salud Maritza Campos Díaz.
- Gestantes mayores de edad.
- Gestantes que acepten ser parte del estudio y firmen el consentimiento informado.
- Gestantes que no presenten alguna discapacidad física mental.

2.3.3. Criterios de exclusión

- Gestantes quechua-hablantes.
- Gestantes con trastornos sensoriales o alteración de las funciones superiores.
- Fichas de recolección de datos incompleta o mal llenada.

2.3.4. Muestra

No se tomó muestra porque se trabajó con todo el universo.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización:

Se realizaron las siguientes actividades:

- Para la recolección de datos se solicitó la autorización respectiva al Centro de Salud de Maritza Campos Diaz para realizar el estudio, se hará la coordinación con la Dirección y Jefatura del Centro de Salud.
- Se identificó a las usuarias gestantes para solicitar su participación de manera voluntaria en el estudio, se verificó que cumplan con los criterios de inclusión, ya descritos.
- Se les explicó el propósito del estudio y previo consentimiento informado, se aplicó la ficha de recolección de datos a través de una encuesta y revisión de historia clínica para obtener así variables de estudio, se aplicó la escala del CES-D-20 para la depresión.
- Una vez concluida la fase de recolección de datos, se hizo la tabulación de estos, los datos fueron organizados para su posterior análisis e interpretación.

3.2. Recursos:

a) Recursos humanos

Bachiller:

- Niño de Guzman Arotaype, Maria de los Angeles
- Castro Espinoza, Milagros Lucia

Asesora:

- Dra. Cárdenas Núñez Yenhny Margareth

b) Recursos físicos

- Infraestructura del Centro de Salud Maritza Campos Diaz
- Ficha de recolección de datos
- Material de escritorio
- Computadora personal

- Papelería
- Impresora

c) **Recursos financieros**

- Autofinanciado

3.3. Validación del instrumento

La escala CES-D fue desarrollada originalmente por el Centro de Investigación Epidemiológica de los Estados Unidos utilizando la Evaluación de Salud Mental Comunitaria (Radloff, 1977) para proporcionar una herramienta breve, confiable y válida para facilitar el desarrollo de programas psicológicos. Análisis epidemiológico de factores de riesgo.

La Escala de Depresión del Centro de Investigación Epidemiológica es un breve instrumento de autoinforme diseñado para evaluar los síntomas depresivos en la población general. Sus ítems corresponden a síntomas relacionados con la depresión que han sido utilizados en escalas más amplias y previamente validadas. La nueva escala se evaluó mediante entrevistas familiares y en entornos psiquiátricos y se encontró que tenía una alta consistencia interna y buena estabilidad en todas las pruebas. Su validez se demostró mediante correlaciones con otras herramientas de autoinforme, evaluaciones clínicas de la depresión y la relación con otras variables que apoyan su validez de constructo. Los resultados de confiabilidad, validez y estructura factorial fueron consistentes en diversas características demográficas dentro de las muestras de la población general analizadas. En consecuencia, la escala se considera una herramienta valiosa para los estudios epidemiológicos sobre la depresión (34).

Asimismo, el instrumento anterior fue validado mediante el coeficiente alfa de Cronbach, el cual resultó ser de 0,85, el cual se encuentra dentro del rango de confiabilidad (35).

3.4. Criterio para el manejo de resultados

3.4.1. Tipo de procesamiento:

Los datos se resumieron en una tabla contando las respuestas en tablas estadísticas para eso usamos el software estadístico SPSS 27.

a) Plan de Operaciones:

- Clasificación: Se utilizó la matriz sistematizada según la variable a estudiar
- Codificación: Código según variable
- Tabulación: Se empleó tablas de doble entrada
- Se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrado para así determinar si existe relación en un cuadro de contingencia obtenido con datos de una muestra.

3.4.2. Plan de análisis de datos

El análisis se comparará con la información recopilada en el marco teórico y la discusión se comparará por indicador para extraer conclusiones sobre la investigación realizada.

4. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio se realizó de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y el Código de Ética y Compromisos de la Escuela de Medicina del Perú N 051. Artículo. Según las directrices, los investigadores tienen el deber de proteger los derechos de los pacientes a mantener la confidencialidad de toda la información médica y personal sobre ellos. Esto incluye mantener la confidencialidad de las discusiones de casos, consultas, exámenes y tratamientos y llevarlos a cabo con respeto y discreción. Además, también se sigue el artículo 95 del mismo código para garantizar el anonimato del paciente durante el examen. Consideraciones éticas establecidas en la Ley General de Salud Nacional del Perú no. 026842 que establece lineamientos científicos y técnicos para la investigación en salud. La ley enfatiza la importancia de que la investigación sea realizada por profesionales experimentados y respaldada por instituciones acreditadas. (Anexo 4)



CAPÍTULO III RESULTADOS

TABLA N°1
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS GESTANTES DEL CENTRO DE
SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD	<=19 años	13	13,0
	20-24 años	21	21,0
	25-29 años	27	27,0
	30-34 años	23	23,0
	>=35 años	16	16,0
	TOTAL	100	100,0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeta	6	6,0
	Primaria	6	6,0
	Secundaria	60	60,0
	Superior	28	28,0
	TOTAL	100	100,0
ESTADO CIVIL	Soltera	22	22,0
	Casada	20	20,0
	Conviviente	55	55,0
	Divorciada	3	3,0
	TOTAL	100	100,0
OCUPACIÓN	Ama de casa	58	58,0
	Estudiante	10	10,0
	Dependiente	12	12,0
	Independiente	20	20,0
	TOTAL	100	100,0
HISTORIA PREVIA DE DEPRESIÓN	Si	46	46,0
	No	54	54,0
	TOTAL	100	100,0
INGRESO ECONÓMICO	500-1000	16	16,0
	1000-1500	38	38,0
	1500-2000	36	36,0
	>2000	10	10,0
	TOTAL	100	100,0

Fuente: Matriz de Datos

La Tabla N°1 muestra que el 27% de las gestantes que acuden al Centro de Salud Maritza Campos Diaz tienen entre 25 a 29 años, el 60% tiene grado de instrucción secundaria, el 55% es conviviente, el 58% son amas de casa, el 54% no presentó antecedentes de depresión y el 38% tiene un ingreso económico entre 1000-1500 soles.

TABLA N°2
FACTORES FAMILIARES DE LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DIAZ

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
APOYO FAMILIAR	Si	83	83,0
	No	17	17,0
	TOTAL	100	100,0
APOYO DE LA PAREJA	Si	85	85,0
	No	15	15,0
	TOTAL	100	100,0

Fuente: Matriz de datos

En la Tabla N°2 se observa dos aspectos muy fundamentales de las gestantes que acuden al Centro de Salud Maritza Campos Diaz y es que nos muestra que el 83% cuentan con el apoyo familiar y el 85% de gestantes tiene el apoyo de su pareja durante el proceso de su embarazo.

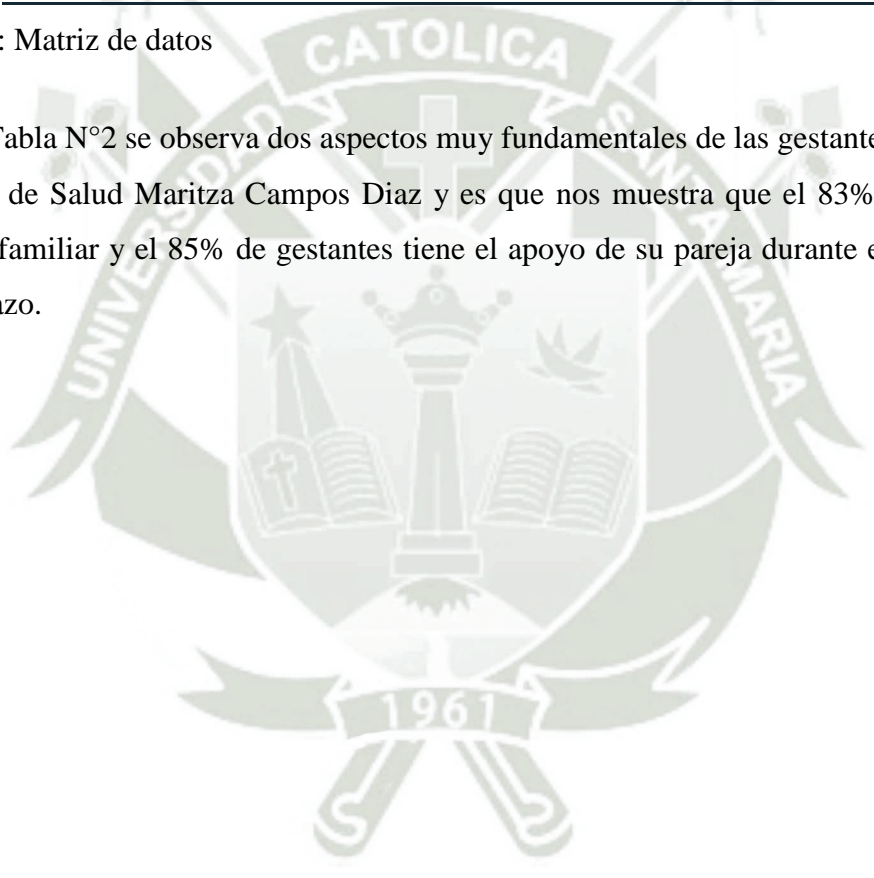


TABLA N°3
FACTORES OBSTÉTRICOS DE LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DIAZ

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
PARIDAD	Nulípara	57	57,0
	Primípara	23	23,0
	Secundípara	13	13,0
	Multípara	7	7,0
	TOTAL	100	100,0
EDAD	<= 20 sem	21	21,0
GESTACIONAL	21-24 sem	4	4,0
	25-28 sem	18	18,0
	29-32 sem	13	13,0
	33-36 sem	25	25,0
	37-40 sem	19	19,0
	TOTAL	100	100
EMBARAZO PLANIFICADO	Si	20	20,0
	No	80	80,0
	TOTAL	100	100,0

Fuente: Matriz de datos

La Tabla N°3 nos muestra que el 57% de las gestantes que acuden al Centro de Salud Maritza Campos Diaz son nulíparas, en cuanto a su edad gestacional el 25% tenía entre 33 a 36 semanas y el 80% no planificaron quedar embarazadas.

TABLA N°4
DESARROLLO DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS DE LAS GESTANTES DEL
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
NIVEL DE	No hay depresión	46	46,0
DEPRESION	Leve	27	27,0
	Moderada	15	15,0
	Severa	12	12,0
TOTAL		100	100,0

Fuente: Matriz de datos

La Tabla N°4 nos muestra los resultados para el desarrollo de síntomas depresivos en mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud Maritza Campos Diaz, donde el 54% presenta síntomas de depresión.

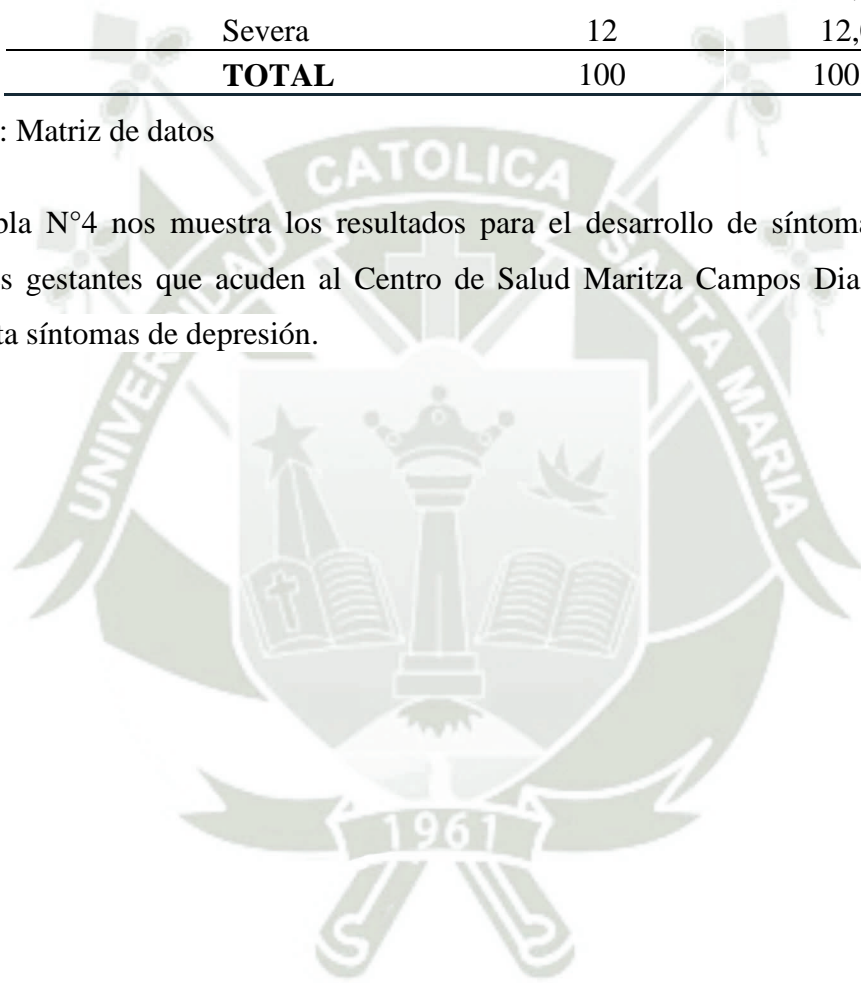


TABLA N°5
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL DESARROLLO DE
SÍNTOMAS DEPRESIVOS

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS		Desarrollo de síntomas depresivos								X ²	P
		Leve		Moderada		Severa		Total			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Edad	<=19 años	0	0,00	3	5,56	4	7,41	7	12,96	13,204	0,103
	20-24 años	3	5,56	2	3,70	2	3,70	7	12,96		
	25-29 años	9	16,67	3	5,56	4	7,41	16	29,63		
	30-34 años	9	16,67	5	9,26	0	0,00	14	25,93		
	>=35 años	6	11,11	2	3,70	2	3,70	10	18,52		
TOTAL		27	50,00	15	27,78	12	22,22	54	100		
Grado de instrucción	Analfabeta	1	1,85	1	1,85	3	5,56	5	9,26	6,726	0,360
	Primaria	1	1,85	2	3,70	1	1,85	4	7,41		
	Secundaria	19	35,19	10	18,52	7	12,96	36	66,67		
	Superior	6	11,11	2	3,70	1	1,85	9	16,67		
	TOTAL	27	50,00	15	27,78	12	22,22	54	100		
Estado civil	Soltera	6	11,11	3	5,56	6	11,11	15	27,78	8,445	0,211
	Casada	7	12,96	2	3,70	0	0,00	9	16,67		
	Conviviente	13	24,07	10	18,52	5	9,26	28	51,85		
	Divorciada	1	1,85	0	0,00	1	1,85	2	3,70		
	TOTAL	27	50,00	15	27,78	12	22,22	54	100		
Ocupación	Ama de casa	14	25,93	11	20,37	7	12,96	32	59,26	5,803	0,466
	Estudiante	1	1,85	2	3,70	1	1,85	4	7,41		
	Dependiente	5	9,26	0	0,00	1	1,85	6	11,11		
	Independiente	7	12,96	2	3,70	3	5,56	12	22,22		
	TOTAL	27	50,00	15	27,78	12	22,22	54	100		
Historia previa de depresión	Si	12	22,22	8	14,81	11	20,37	31	57,41	7,718	0,021
	No	15	27,78	7	12,96	1	1,85	23	42,59		
	TOTAL	27	50,00	15	27,78	12	22,22	54	100		
Ingreso económico	500-1000	1	1,85	3	5,56	4	7,41	8	14,81	14,345	0,019
	1000-1500	8	14,81	7	12,96	5	9,26	20	37,04		
	1500-2000	18	33,33	4	7,41	2	3,70	24	44,44		
	>2000	0	0,00	1	1,85	1	1,85	2	3,70		
	TOTAL	27	50,00	15	27,78	12	22,22	54	100		

Fuente: Matriz de datos

La Tabla N°5 muestra que los factores sociodemográficos: la historia previa de depresión e ingreso económico tiene relación estadística significativa con el desarrollo de síntomas de depresión, con un valor de $p < 0,05$.

Asimismo, se observa que el 16,67% de las gestantes entre 25 a 29 y 30 a 34 años, 35,19% con instrucción secundaria, el 24,07% con estado civil conviviente, el 25,93% con ocupación ama de casa y el 33,3% con un ingreso mensual entre 1500 a 2000 soles tienen síntomas de depresión leve.



TABLA N°6
FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS

FACTORES FAMILIARES		Desarrollo de síntomas depresivos								X ²	P
		Leve		Moderada		Severa		Total			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Apoyo familiar	Si	23	42,59	14	25,93	5	9,26	42	77,78	12,011	0,002
	No	4	7,41	1	1,85	7	12,96	12	22,2		
	TOTAL	27	50,00	15	27,78	12	22,2	54	100,0		
Apoyo de la pareja	Si	22	40,74	12	22,22	7	12,96	41	75,93	2,624	0,294
	No	5	9,26	3	5,56	5	9,26	13	24,07		
	TOTAL	27	50,00	15	27,78	12	22,2	54	100,0		

Fuente: Matriz de datos

La Tabla N°6 muestra que los factores familiares como el apoyo familiar tiene relación estadística significativa con el desarrollo de síntomas de depresión, con un valor de $p < 0,05$.

También se observa que el 42,59% de las gestantes que cuentan con apoyo familiar y 40.74% que cuenta con el apoyo de la pareja tiene síntomas de depresión leve.

TABLA N°7
FACTORES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS AL DESARROLLO DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS

FACTORES OBSTÉTRICOS		Desarrollo de síntomas depresivos								X ²	P
		Leve		Moderada		Severa		Total			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Paridad	Nulípara	13	24,07	7	12,96	6	11,11	26	48,15	5,342	0,527
	Primípara	8	14,81	5	9,26	2	3,70	15	27,78		
	Secundípara	3	5,56	3	5,56	1	1,85	7	12,96		
	Múltipara	3	5,56	0	0,00	3	5,56	6	11,11		
	TOTAL	27	50,00	15	27,78	12	22,22	54	100		
Edad gestacional	<= 20 sem	6	11,11	4	7,41	4	7,41	14	25,93	5,762	0,867
	21-24 sem	1	1,85	1	1,85	1	1,85	3	5,56		
	25-28 sem	7	12,96	1	1,85	3	5,56	11	20,37		
	29-32 sem	5	9,26	2	3,70	2	3,70	9	16,67		
	33-36 sem	4	7,41	5	9,26	1	1,85	10	18,52		
	37-40 sem	4	7,41	2	3,70	1	1,85	7	12,96		
	TOTAL	27	50,00	15	27,78	12	22,22	54	100		
Embarazo planificado	Si	5	9,26	0	0,00	0	0,00	5	9,26	5,510	0,067
	No	22	40,74	15	27,78	12	22,22	49	90,74		
	TOTAL	27	50,00	15	27,78	12	22,22	54	100		

Fuente: Matriz de datos

La Tabla N°7 muestra que los factores obstétricos como la paridad, edad gestacional y embarazo planificado no tienen relación estadística significativa con el desarrollo de síntomas de depresión y es que sus valores son mayores de $p < 0,05$.

También se observa que el 24,07% de las gestantes nulíparas, el 12,96% de las gestantes con una edad gestacional entre 25 y 28 sem y el 40,74% de las gestantes que no planificaron su embarazo síntomas de depresión leve.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue determinar factores de riesgo para síntomas depresivos en gestantes atendidas en agosto de 2024 en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz (Arequipa). Para ello, se utilizó una muestra de 100 gestantes que recibieron atención en el servicio de obstetricia durante agosto de 2024. Además de la Escala de Depresión CE-D-20, estos participantes recibieron un cuestionario que incluía datos sociodemográficos. Este estudio es muy valioso porque amplía el conocimiento existente y sienta las bases para futuras investigaciones en esta área.

En la TABLA 1: Se muestran resultados relacionados con los factores sociodemográficos en la muestra de estudio. Según estos datos, el estudio mostró que el 27% de las mujeres embarazadas tenían entre 25 y 29 años. Esto concuerda con los resultados de un estudio realizado por el Dr. Hernández et al. (28), en León Guanajuato destacó especialmente el grupo etario de 24 y 25 años, y el 9% lo consideró un factor de riesgo para depresión perinatal. También se encuentra en el trabajo completo de Myla B. et al. (29), Lusaka una similitud de frecuencia de 53 % en donde el grupo etario representa a las mujeres de 21 – 29 años.

Respecto al nivel educativo, nuestro estudio mostró que el 60% de las mujeres de nuestra muestra tenía educación secundaria, mientras que el 6% tenía sólo educación primaria. Encontramos similitudes entre este subindicador con los siguientes estudios realizados, comenzando por la Dra. Hernandez et al. (28), en León Guanajuato, con un 41%, también el estudio realizado por Maila B. et al. (29), Lusaka con un 41.6 % y último estudio de Rodríguez Quispe O. (33), Arequipa que obtuvo un 42.40 %; recibió solo el indicador de educación secundaria. Comparado con un estudio de Zapata Curay JL. (31), Piura considera que la tasa de prevalencia más alta es del 31,7% entre las mujeres embarazadas con educación primaria.

La encuesta también mostró que, en términos de estado civil, el 55% de las gestantes conviven, el 22% eran solteras y el 20% estaban casadas. Con base en dicho estudio, encontramos similitudes con nuestra muestra, que es un estudio realizado por Pariona E. et al. (30), Lima, demostró que el 80% del estado civil de las gestantes en su estudio era convivencia, al igual que el estudio de Rodríguez Quispe O. (33), Arequipa mostró que el 87% de las mujeres embarazadas vivían juntas.

Pero el trabajo realizado por Maila B. et at. (29), Lusaka nos mostró que el 76,5% de la población de su estudio estaba casada. En cuanto a la ocupación, el 58% de los participantes eran amas de casa, el 20% trabajaban independientemente y el 12% dependían de otros. Zapata Curay JL. (31), Piura encontramos similitudes ya que el 68,3% de la población de estudio eran amas de casa. Además, también se destacó que el 46% de las mujeres ha experimentado depresión, el 38% tiene un ingreso económico de alrededor de 1000-1500 soles y el 36% tiene un ingreso económico de 1500-2000 soles.

Considerando la investigación realizada por Perez Flores MM. (32), Arequipa el 30,77% de las mujeres embarazadas con ingresos mensuales ≤ 1025 están deprimidas y el 84,62% de las mujeres embarazadas con ingresos mensuales > 1025 no están deprimidas. No existe una correlación estadísticamente significativa entre ellos.

En la TABLA 2: Si se analizan las características de las familias de los participantes, el 83% de las mujeres recibió apoyo familiar, mientras que el 17% no. Además, el 85% de las mujeres contaba con el apoyo de su pareja, mientras que el 15% no. Según un estudio realizado por Rodríguez Quispe O. (33) Arequipa, creen que el apoyo emocional es un factor muy importante para evitar cualquier síntoma depresivo en las mujeres embarazadas de este centro de salud, ya que la mayoría de ellas cuentan con el apoyo de sus familiares es incluso del 95,7% y el apoyo emocional de las parejas es menor: 81,5%.

En la TABLA 3: En cuanto a las características obstétricas obtenidas en nuestro estudio, se observó que el 57% de las mujeres son nulíparas, el 23% eran primíparas, el 13% eran secundíparas y el 7% eran multíparas. Asimismo, un estudio realizado por Perez Flores MM. (32), Arequipa nos demostró que existe una comparación significativa con las gestantes de nuestro centro de salud, pues en la población que estudiaron el 63,46% de las gestantes eran multíparas, el 30,77% eran nulíparas y el 5,77% eran primíparas. En términos de semanas de gestación, la mayoría de las mujeres embarazadas tenían entre 33 y 36 semanas de gestación, representando el 25%, mientras que aquellas con 20 semanas de gestación o menos representaron el 21%. Según un estudio de Zapata Curay JL. (31), Piura, encontró similitudes entre las pacientes que estudiamos, ya que el 82,9% de la población encuestada tenía entre 28 y 40 semanas de gestación.

También los resultados mostraron que el 80% de las gestantes no planeaba tener un embarazo, mientras que el 20% planeaba tener un embarazo. Estos resultados difieren de los reportados por Maila B. et at. (29), Lusaka con un 54.8% de sus gestantes, también el trabajo

de Zapata Curay JL. (31), Piura con un 85.4 % y por último el estudio de Rodríguez Quispe O. (33), Arequipa, con un 62 % llegando a una similitud que nos muestran que sus gestantes no planificaron el quedar embarazadas.

En la TABLA 4: En relación con los resultados para el nivel de depresión en el que se encuentran las gestantes que acuden al C. S. Maritza Campos Diaz, se identificaron un total de 46% de ellas no presentaron ningún síntoma depresivo durante su embarazo y el 54 % presento síntomas de depresión ya sea de un nivel leve, moderado o severo durante su embarazo. Estos resultados ayudan a distinguirnos del siguiente estudio de Maila B. et al. (29), Lusaka, quienes demostraron que el 91,8% de las mujeres embarazadas tratadas no tenían depresión previa y el 8,2% tenían depresión.

En la TABLA 5 Nuestros resultados muestran una asociación entre algunas características sociodemográficas y el desarrollo de síntomas depresivos en mujeres embarazadas tratadas con C.S. Marisa Campos Díaz. El estudio encontró que el 16,67% de las mujeres embarazadas en el grupo de edad de 25 a 29 años tenían síntomas leves de depresión. Este resultado guarda similitud con el estudio de Pérez Flores MM. (32), Arequipa; donde muestra que el 50.00% de las gestantes de 18 a 24 años padecen depresión, mientras que el 90.91% de las gestantes de 33 a 40 no, ambos estadísticamente significativos. Existe relación significativa con un valor de P menor que 0,05.

Entre las gestantes con síntomas depresivos, la proporción más alta se produjo entre las mujeres con educación secundaria, de las cuales la depresión leve representó el 35,19%, la depresión moderada el 18,52% y la depresión severa el 12,96%. Estos resultados son similares a los del estudio realizado por Pérez Flores MM. (32), Arequipa donde la tasa de depresión es del 45,45% entre las mujeres embarazadas con sólo educación secundaria. Existe una relación estadística significativa y el valor de P es inferior a 0,05.

En cuanto al estado civil, el 24,07% de las gestantes convivientes presentaban síntomas de depresión leve y el 18,52% presentaba depresión moderada, así mismo el 11,11% de las gestantes solteras presentaron una depresión leve y otras severas. A diferencia del estudio realizado por Pérez Flores MM. (32), Arequipa donde el 29,41% de gestantes solteras están deprimidas, el 80,00% de las gestantes casadas/convivientes, no existiendo relación estadística significativa.

Cabe señalar que la mayoría de las gestantes son amas de casa y el 25,93% de ellas presenta una depresión leve, mientras que la proporción de gestantes independientes

del 12.96% que presentan síntomas de depresión leve. En similitud con el estudio realizado por Pérez Flores MM. (32), Arequipa, el 37,04% de las gestantes que son amas de casa padecen depresión, mientras que el 100% de las gestantes que trabajan como dependientes no presentan depresión, existiendo una relación estadísticamente significativa entre ellas con un valor de p . menos de 0,05.

El 54% de gestantes que, si tuvieron alguna historia previa de depresión, de las cuales el 22,22% presenta depresión leve, el 14,81% presenta depresión moderada y el 20,37% presenta depresión grave. En comparación con el estudio sobre Pariona E. et al. (30), el estudio de Lima mostro que, de los casos de depresión, el 57,14% ($n=28$) presentó depresión leve y el 36,73% ($n=18$) tenía depresión moderada, mientras que el 44,4% de nuestras gestantes estudiadas reportan un ingreso familiar de 1500-2000 soles de las cuales el 33,33% presentan una depresión moderada. Siendo la historia previa de depresión y el ingreso económico los factores sociodemográficos que tuvieron asociaciones estadísticamente significativos con valores P menores a 0,05.

En la TABLA 6 se muestran las características familiares relacionadas con el desarrollo de síntomas depresivos. Según los datos, el 42,59% de las mujeres con síntomas de depresión leve si recibieron apoyo familiar, siendo el 40,74% de gestantes que si recibieron el apoyo de sus parejas también presentaron síntomas de depresión leve.

En el estudio realizado por Rodríguez Quispe O. (33), Arequipa describe la relación entre la presencia de depresión y el apoyo emocional en la pareja. Se observó que 61 de 65 mujeres embarazadas que padecían depresión recibieron apoyo emocional de sus familiares. La prueba estadística resultó altamente significativa ($p=0,001$), lo que permite concluir que el apoyo emocional de la pareja se asocia con la ausencia de depresión en las mujeres embarazadas.

En la TABLA 7: Según las características obstétricas, se observa que el 48,15% de las gestantes que si presentaron síntomas depresivos son nulíparas; siendo el 24,07% de ellas que presentaron una depresión leve, como en el estudio de Pérez Flores MM. (32), Arequipa, el cual nos mostro que el 43,75% de las mujeres nulíparas padecía depresión, pero no hubo asociación estadísticamente significativa. Y del 25,93% de las gestantes que si presentaron síntomas depresivos; tiene una edad gestacional menor o igual a 20 semanas de embarazo también presentaron una depresión leve. El 90,74% de las gestantes que si presentaron síntomas depresivos reportaron que su embarazo no fue planificado, tendencia similar

observada en el trabajo de Zapata Curay JL. (31), Piura; encontró que el 85,4% de las gestantes no planificaban su embarazo.



CONCLUSIONES

PRIMERA: Los factores sociodemográficos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz son: el 27% va dentro de los 25 a 29 años de edad, el 60% tienen grado de instrucción secundario, el 55% son convivientes, el 58% son amas de casa, el 54% no tienen historia previa de depresión y el 38% tienen un ingreso económico de 1000 – 1500 soles. Los factores familiares son: el 83% de gestantes si recibieron apoyo de su familia y el 85% si cuentan con el apoyo de su pareja. Los factores obstétricos son: el 57% son nulíparas, el 25% se encuentra entre las 33-36 semanas de embarazo y el 80% no planificaron su embarazo.

SEGUNDA: El 54% de las gestantes atendidas en el Centro de salud Maritza Campos Diaz tienen síntomas de depresión.

TERCERA: Según la prueba de Chi cuadrado ($p < 0,05$) se identificó que de los factores sociodemográficos la historia previa de depresión e ingreso económico y de los factores familiares las que cuentan como apoyo familiar, guardan relación estadística significativa con el desarrollo de síntomas depresivos en las gestantes.

RECOMENDACIONES

1. A las obstetras encargadas del Servicio de Obstetricia que realizan el control de las gestantes se les recomienda implementar estrategias, aplicando encuestas validadas como la escala de Edimburgo, la escala de CES-D-20 para depresión en las consultas prenatales, de esta manera se podrá hacer un seguimiento que permitirá identificar a las madres que requieren una evaluación Psicológica o Psiquiátrica.
2. A las obstetras se sugiere brindar y orientar a las gestantes sobre los cambios que conlleva el embarazo, el parto y la maternidad, además de implementar un grupo de intervención que incluya a los familiares, con el fin de apoyar integralmente a las gestantes.
3. Se recomienda que los profesionales de Obstetricia amplíen su enfoque, no solo hacia el aspecto físico de la gestante, sino considerar también su bienestar psicológico, con el fin de preparar no solo el cuerpo sino la mente para todo el proceso de la gestación y el postparto. Esto se puede realizar o trabajar en las sesiones realizadas en psicoprofilaxis.
4. En los próximos proyectos de investigación, proponemos a los profesionales de la salud; que piensen en crear un nuevo instrumento para abordar el tema de la depresión en gestantes, porque sería una gran ayuda para la fácil comprensión de una mujer embarazada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSA. Recomienda poner atención en la salud mental durante el embarazo [Internet]. Plataforma digital única del Estado Peruano: Minsa; 2019 [Citado 22 junio 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/45070-minsa-recomienda-poner-atencion-en-la-salud-mental-durante-el-embarazo>
2. OMS. Depresión. [Internet]. 2023 [Citado 31 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. De Jesus M, De Moraes T, Da Silva G, Borlina B, Clapis M. Riesgo de depresión durante el embarazo en la atención prenatal de riesgo habitual. RLAE [Internet] 2023 [Citado 05 mayo 2023]; 31:e3963. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/GjYHzS4BJm7NnTL7bRzwQLG/?format=pdf&lang=es>
4. Medina C, Quispe Y, Linares A, Huaccho J. Depresión y violencia conyugal en gestantes peruanas durante la pandemia por la COVID-19. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet] 2023 [Aprobado 23 diciembre 2022]; 15(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312022000400014
5. Navarro J. Definición de edad [Internet]. Significado; 2014 [Citado 14 de mayo 2024]. Disponible en: <https://significado.com/edad/>
6. Diccionario de términos médicos. Edad [Internet]. RANME;2012 [Citado 10 mayo 2024]. Disponible en: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=edad
7. EUSTAT. Nivel de instrucción [Internet]. [Citado 10 mayo 2024]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_395/elem_2376/definicion.html

8. EUSTAT. Estado civil legal [Internet]. [Citado 10 mayo 2024]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_1/tema_25/elem_4569/definicion.html
9. Gammarano R. Trabajo y la ocupación no son sinónimos [Internet]. OIT; 2019 [Citado 21 de junio 2024]. Disponible en: <https://ilostat.ilo.org/es/blog/work-and-employment-are-not-synonyms/>
10. Alvarez E, Gomez S, Muñoz I, Navarrete E, Riveros ME, Rueda L, et al. Definición y desarrollo del concepto de ocupación: ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde una identidad local. ReChTO [Internet]. 2021 [Citado 10 mayo 2024]; 22(2): 161–167. Disponible en: <https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/81>
11. Mercado YD, Paccori LV. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet] [Tesis]. [Lima – Perú] : Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2012 [Citado el 10 mayo 2024]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/2583024c-f59f-4d84-8271-8722005880b9/content>
12. Urban Development Group. ¿Qué es el ingreso familiar y cómo se calcula? [Internet]. 2023 [citado 13 de junio 2024]. Disponible en: <https://www.udggroup.com/que-es-el-ingreso-familiar-y-como-se-calcula/>
13. Medellín M, Rivera M, Lopez J, Kanan G, Rodríguez-Orozco A. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. Salud Mental [Internet]. 2012 [Citado el 10 mayo 2024]; 35(2). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000200008
14. Solís M, Salazar E, Reyes V. Depresión en gestantes y el apoyo de la pareja. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2019 [Citado 21 de junio 2024]; 7(2):16-20. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/113>

15. Artal-Mittelmark R. Evaluación de la paciente obstétrica. Manual MSD. [Internet]. 2022 [Citado 20 de junio 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/abordaje-de-la-mujer-embarazada-y-atenci%C3%B3n-prenatal/evaluaci%C3%B3n-de-la-paciente-obst%C3%A9trica>
16. MedlinePlus. Edad Gestacional [Internet]. [Citado 18 de junio 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002367.htm#:~:text=La%20edad%20gestacional%20es%20el,mujer%20hasta%20la%20fecha%20actual.>
17. Quironsalud. Planifica tu embarazo, paso a paso [Internet]. 2021 [Citado 20 de junio 2024]. Disponible en: <https://www.quironsalud.com/blogs/es/aventura-madre/planifica-embarazo-paso-paso>
18. Paz C, Artieta I, Bully P, Garcia A, Ema-Q E, Espinosa M. Ansiedad y depresión en el embarazo. Variables asociadas durante el periodo de pandemia COVID-19. Elsevier [Internet]. 2024 [Citado 20 de junio 2024]; 34(1): 23-33. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-ansiedad-depresion-el-embarazo-variables-S1130862123001365>
19. Álvarez J. Guia de la Asociacion Psiquiatrica de Amercica Latina para el Tratamiento de las personas con depresion [Internet]. 2008 [Citado 20 de junio 2024]. Disponible en: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/NanniGuiaClinicaDepresion.pdf
20. Garcia P MM. Clasificación estadística internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Editorial Medica Panamericana [Internet]. 2015 [Citado 19 de junio 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6282/Volume1.pdf>
21. Contreras N, Villalobos L, Mancilla J. Análisis epidemiológico de la depresión perinatal. Cirugia y cirujanos [Internet]. 2022 [Citado el 10 mayo 2024]; 90(1). Disponible en:

- https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2022000100128
22. MINSAL. Guía Clínica AUGE Depresión en personas de 15 años y más. Serie Guías Clínicas Minsal [Internet]. 2013 [Citado el 10 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
23. Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización. GPC [Internet]. 2018 [Citado el 10 mayo 2024]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2024/01/gpc_575_depresion_infancia_avaliat_compl_caduc.pdf
24. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Rev. chil. neuro-psiquiatr [Internet]. 2010 [Citado el 10 mayo 2024]; 48 (4): 269-278. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003
25. Martinez J, Jacome N. Depresion en el embarazo. Rev Colomb Psiquiat [Internet]. 2019 [Citado el 10 mayo 2024]; 48(1):58–65. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v48n1/0034-7450-rcp-48-01-58.pdf>
26. Borda M, Forero C, Ahcar N, Hinestrosa C, Polo S, Staaden M, et al. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). Revista Salud Uninorte [Internet]. 2013 [Citado el 10 mayo 2024] ; 29(3). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522013000300007
27. Jadresic ME. Depresion perinatal: Deteccion y tratamiento. RMCLC [Internet]. 2014 [Citado el 20 mayo 2024]; 25(6):1019–1028. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-depresion-perinatal-deteccion-tratamiento-S0716864014706510>
28. Hernández E, Galeana C, Orozco G. Prevalencia de depresión perinatal en mujeres embarazadas de 15 a 45 años adscritas a la UMF 47 de León , Guanajuato en el 2024. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar [Internet]. 2024 [Citado 21 de

octubre 2024]; 8(5):4552-4566. Disponible en:
<https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/13913/19944>

29. Maila B, Paul R, Mayimbo S, Kabwita K. Prevalencia y correlaciones de la depresión prenatal en el Hospital Chelstone First Level en Lusaka, Zambia: un estudio transversal. NLM [Internet]. 2022 [Citado 21 de junio 2024]; 22(4): 334–347. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10117486/>

30. Pariona E, Moquillaza V, García J, Cuya E. Factores psicosociales asociados a la depresión en gestantes atendidas en un Centro Materno Infantil Peruano, 2018. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2020 [Citado 21 de junio 2024]; 85(5): 494 - 507. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v85n5/0717-7526-rchog-85-05-0494.pdf>

Zapata Curay JL. Características epidemiológicas de gestantes con depresión que acuden al Centro de Salud Materno Infantil I-4; Piura [Internet]. [Tumbes - Perú]: Universidad Nacional de Tumbes; 2024 [Citado 21 de junio 2024]. Disponible en: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/65238/TESIS%20-%20ZAPATA%20CURAY.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

32. Perez Flores MM. Factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes gestantes entre 18 a 40 años en el Centro De Salud Miguel Grau B Arequipa, 2023 [Internet]. [Arequipa- Perú]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2023 [Citado 21 de junio 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/6ec3397f-0e0c-4aa9-a1c4-286f907670f0/content>

33. Rodriguez Quispe O. Frecuencia y factores asociados a la depresión en gestantes que acuden al Centro de Salud Javier Llosa García de Hunter, Arequipa, 2024. [Internet]. [Arequipa- Perú]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2024 [Citado 21 de octubre 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/8ff9742a-45a8-4e7d-80bd-d9b3919b4379/content>

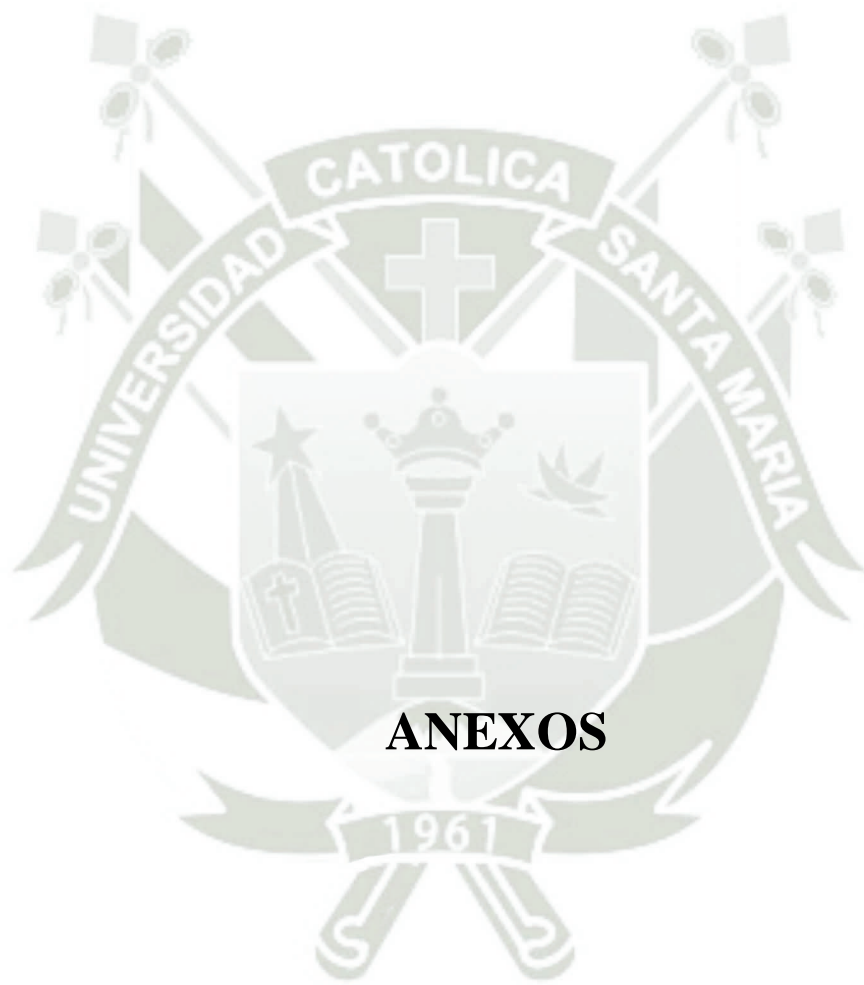
34. Radloff LS. La escala CES-D: una escala de autoinforme sobre depresión para la investigación en la población general. *Revista Applied Psychological Measurement*, [Internet]. 1977 [Citado el 09 de enero 2025] ; 1(3): 385-401. Disponible en:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/014662167700100306>

35. Lara A, Navarrete L. Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES–D. *Revista Salud Mental*, [Internet]. 2012 [Citado el 09 de enero 2025] ; 35(1). Disponible en:

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100009





ANEXO N°1

ESCALA DEL CES-D-20 PARA LA DEPRESIÓN

PRUEBA PSICOMÉTRICA CES-D						
ENUNCIADO		Rara vez / Nunca	Algo	Ocasionalmente	Mucho	Casi Siempre
(Responder según lo ocurrido en la última semana)		Menos de 1 día	De 1 a 2 días	De 3 a 4 días	De 5 a 7 días	De 10 a 14 días
1	Tengo poco apetito					
2	No puedo quitarme la tristeza					
3	Tengo dificultad para concentrarme en lo que hago					
4	Me siento deprimida					
5	Duermo y no descanso					
6	Me siento triste					
7	No puedo seguir adelante					
8	Nada me hace feliz					
9	Siento que soy una mala persona					
10	He perdido el interés en mis actividades ordinarias					
11	Duermo mucho más de lo habitual					
12	Siento que me muevo muy lento					
13	Me siento agitada					
14	Siento deseos de estar muerta					
15	Quiero hacerme daño					
16	Me siento cansada todo el tiempo					
17	Estoy a disgusto conmigo misma					
18	He perdido peso sin buscarlo					
19	Me cuesta mucho trabajo dormir					
20	Es muy difícil concentrarme en cosas importantes					
TOTAL						

ANEXO N°2

PUNTAJE DE LA ESCALA DEL CES-D-20 PARA LA DEPRESIÓN

Los 20 reactivos de la Escala CESD-R miden los síntomas de la depresión en nueve diferentes grupos conforme al DSM-5. Los reactivos asociados a los síntomas son:

1. Tristeza (disforia): 2, 4 y 6.
2. Pérdida de interés (anhedonia): 8 y 10.
3. Apetito: 1 y 18.
4. Sueño: 5, 11 y 19.
5. Pensamiento (concentración): 3 y 20.
6. Culpa (sin sentido): 9 y 17.
7. Cansancio (fatiga): 7 y 16.
8. Movilidad (agitación): 12 y 13.
9. Ideación suicida: 14 y 15.

El puntaje de la escala CES-D-20:

- 0 – Rara vez o nunca (menos de 1 día)
- 1 – Algo (de 1 a 2 días)
- 2 – Ocasionalmente (de 3 a 4 días)
- 3 – Mucho (de 5 a 7 días)
- 4 – Casi siempre o diario durante las últimas dos semanas (de 10 a 14 días)

Para la puntuación:

1. Cambiar todos los puntajes de 4 a 3.
2. Sumar la puntuación de los 20 reactivos.
3. La puntuación mínima es 0 y la máxima es 60.
4. La puntuación 16 marca el punto de corte, límite entre la ausencia y la presencia de sospecha.

Nivel de depresión según el puntaje

- Leve (de 16 a 20 puntos).
- Moderada (de 21 a 25).
- Severa (de 26 a 60 puntos).

ANEXO N°3

CUESTIONARIO

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DIAZ, AREQUIPA, AGOSTO 2024”**

Estimada señora, se está llevando a cabo un estudio de investigación del cual su participación es muy importante, de carácter voluntario e incluirá solamente pacientes que deseen participar. Para ello, se está pidiendo su autorización para dicho estudio, si usted acepta, le rogamos responda a las siguientes preguntas.

N° Caso:

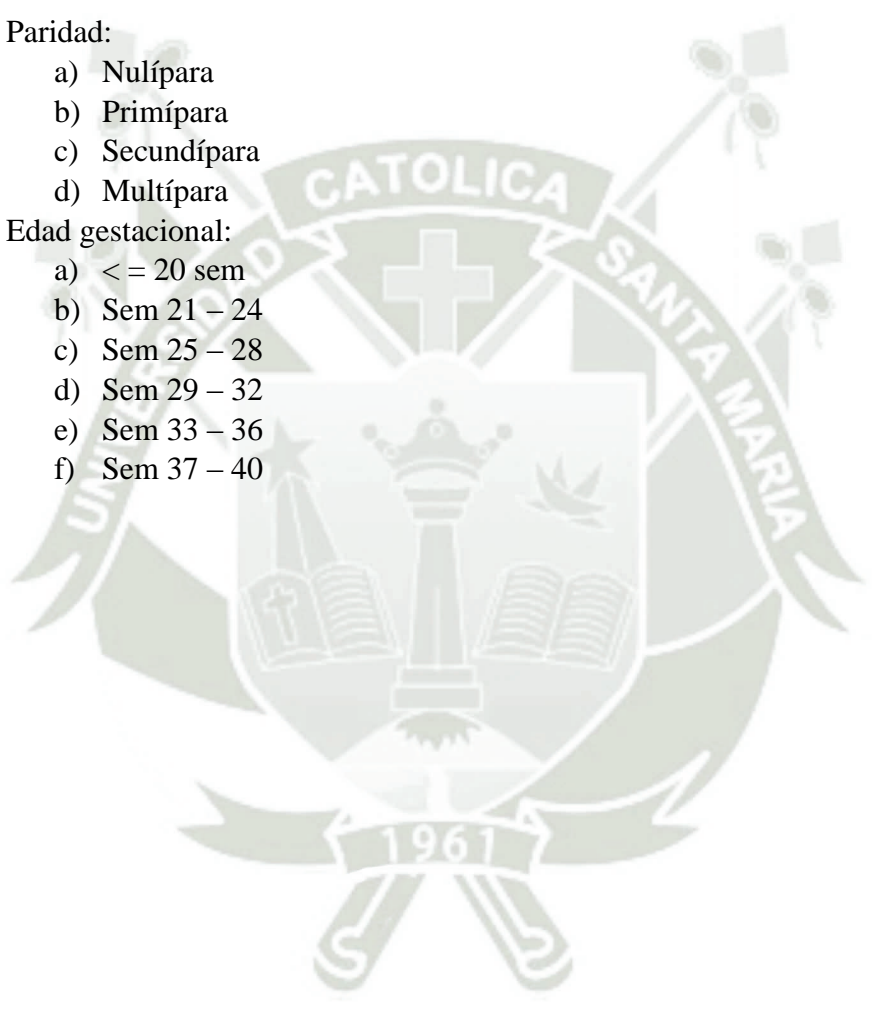
1. Edad:
 - a) ≤ 19 años
 - b) 20 – 24 años
 - c) 25 – 29 años
 - d) 30 – 34 años
 - e) ≥ 35 años
2. Grado de instrucción:
 - a) Analfabeta
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Superior
3. Estado civil:
 - a) Soltera
 - b) Casada
 - c) Conviviente
 - d) Divorciada
4. Ocupación:
 - a) Ama de casa
 - b) Estudiante
 - c) Dependiente
 - d) Independiente
5. ¿Tiene usted el antecedente de haber sufrido en alguna oportunidad síntomas depresivos?
 - a) Si
 - b) No
6. ¿Cuánto es el ingreso económico familiar?
 - a) 500 – 1000
 - b) 1000 – 1500
 - c) 1500 – 2000
 - d) >2000
7. ¿Tiene usted apoyo de la familia de origen con su embarazo?
 - a) Si
 - b) No

8. ¿Tiene el apoyo de su pareja con su embarazo?
 - a) Si
 - b) No
9. El embarazo fue planificado:
 - a) Si
 - b) No

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE HISTORIA CLINICA:

Antecedentes obstétricos:

1. Paridad:
 - a) Nulípara
 - b) Primípara
 - c) Secundípara
 - d) Multípara
2. Edad gestacional:
 - a) ≤ 20 sem
 - b) Sem 21 – 24
 - c) Sem 25 – 28
 - d) Sem 29 – 32
 - e) Sem 33 – 36
 - f) Sem 37 – 40



ANEXO N°4

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ, AREQUIPA, AGOSTO 2024”

INVESTIGADORAS: Maria de los Angeles Niño de Guzman Arotaype y Milagros Lucia Castro Espinoza

LUGAR: Centro de Salud Maritza Campos Diaz, Usted ha sido invitada a ser partícipe de un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio le pedimos por favor lea este consentimiento detalladamente. Si tiene alguna duda proceda a preguntar sin ningún problema, para así asegurar de que esté informada y entienda del procedimiento del estudio.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Determinar cuáles son los factores de riesgo asociados al desarrollo de síntomas depresivos en gestantes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz.

PROCEDIMIENTOS: Esta investigación a realizar es totalmente confidencial, por lo cual, es anónima, para lo cual usted deberá llenar un cuestionario, donde nos ayudará a saber los resultados de la investigación. Este estudio es totalmente voluntario.

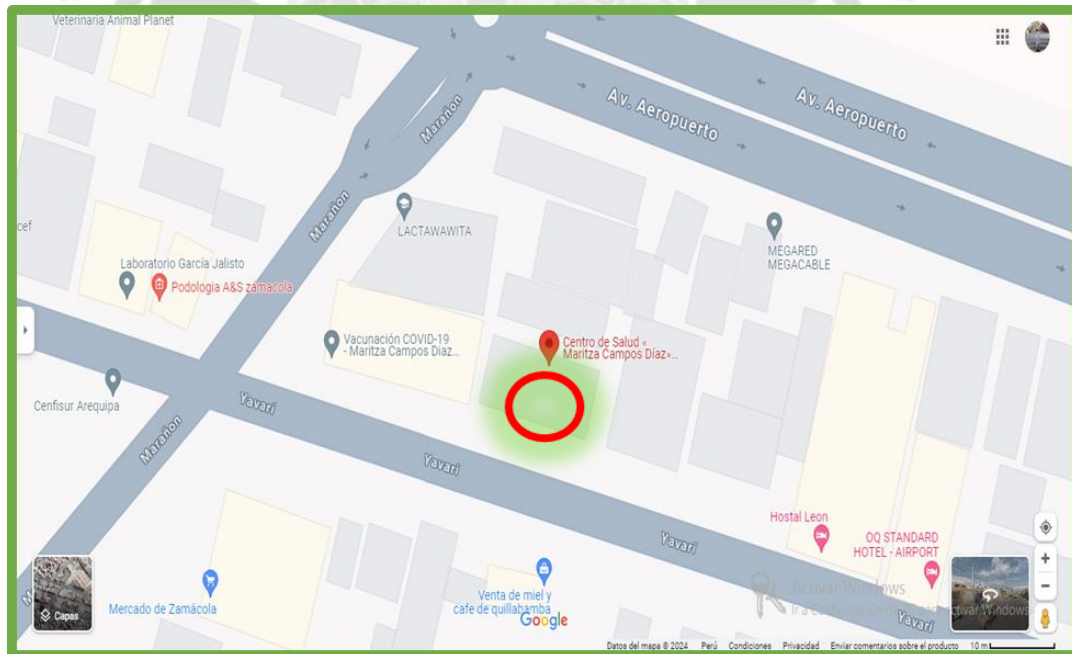
CONSENTIMIENTO: Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprende los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio de investigación. Al firmar este consentimiento no renunció a ninguno de mis derechos.

.....
INVESTIGADOR RESPONSABLE

.....
USUARIA PARTICIPANTE

ANEXO N°5

CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ



ANEXO N°6

MATRIZ DE DATOS

N°	Edad	Grado	Estado Civil	Ocupación	Síntomas Depresivos	Ingreso Económico	Apoyo Familiar	Apoyo Pareja	Embarazo Planificado	Paridad	Edad Gestacional	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	Nivel de Depresión	Puntuación	Resultado Depresión
1	4	3	3	4	2	3	1	1	2	2	6	0	0	1	0	2	0	0	0	0	2	1	2	2	0	0	2	0	0	2	2	1	16	1
2	1	3	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	1	1	1	1	2	1	2	22	1
3	5	3	3	1	2	3	1	1	2	4	4	0	0	1	0	2	0	0	1	1	2	2	2	2	0	0	2	1	0	2	1	1	19	1
4	5	3	3	1	1	3	1	1	2	2	5	0	1	2	1	1	1	0	0	0	2	2	2	1	0	0	2	0	0	2	2	1	19	1
5	3	4	3	3	2	3	1	1	1	1	4	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	2	2	2	0	0	2	0	0	2	1	0	15	2
6	2	3	1	1	1	2	1	2	2	1	1	0	0	2	1	1	1	0	0	1	2	1	2	2	0	0	2	1	0	1	2	1	19	1
7	3	3	3	1	2	3	1	1	2	2	4	0	1	1	2	2	1	0	1	0	1	2	2	1	0	0	2	1	0	1	2	1	20	1
8	5	3	2	4	1	3	1	1	2	3	4	2	1	0	1	2	1	0	1	0	1	2	2	2	0	0	1	0	2	2	0	1	20	1
9	4	3	3	1	2	3	1	1	2	2	5	1	0	1	1	2	1	0	0	1	2	1	1	2	0	0	1	1	1	2	1	1	19	1
10	4	4	2	4	1	4	1	1	2	3	1	2	1	2	1	2	1	0	0	1	2	2	2	2	0	0	2	0	1	2	2	2	25	1
11	3	3	3	1	2	2	1	1	1	1	4	0	1	0	1	1	1	1	0	0	2	2	1	1	0	0	1	1	0	2	0	0	15	2
12	4	4	2	4	1	2	1	1	2	1	5	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	2	1	2	0	0	1	1	0	1	1	1	17	1
13	3	3	3	1	2	2	1	1	2	1	4	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	3	2	2	0	0	3	1	0	3	0	1	18	1
14	5	3	3	1	2	3	1	1	2	3	6	1	1	2	1	2	1	1	1	0	2	2	2	2	0	0	2	1	0	2	2	2	25	1
15	4	4	3	3	2	3	1	1	2	2	3	1	1	1	2	1	1	0	0	1	0	2	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	16	1
16	2	3	3	1	2	2	1	1	2	1	5	0	1	1	2	2	2	0	2	0	1	2	2	2	0	0	2	0	0	2	1	2	22	1
17	2	3	3	1	2	3	1	1	2	2	1	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	1	0	0	0	2	0	11	2
18	2	4	2	2	1	3	1	1	2	1	5	2	2	0	1	2	1	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	1	0	0	0	15	2
19	2	3	3	1	1	2	1	1	2	3	5	0	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	11	2
20	1	3	1	2	1	1	1	1	2	1	6	1	2	0	2	0	2	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	0	0	13	2
21	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	6	2
22	2	3	1	1	2	1	1	1	2	1	4	2	1	2	1	2	1	0	0	0	1	2	1	1	0	0	2	1	0	1	2	1	20	1
23	2	3	3	1	1	2	1	1	2	1	5	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	2	0	9	2
24	5	3	3	4	1	2	1	1	2	4	3	1	2	0	1	1	1	0	1	1	1	2	2	2	0	0	1	0	0	2	0	1	18	1
25	3	3	3	1	1	3	2	1	2	1	3	0	1	1	1	2	1	0	0	0	1	1	1	2	1	0	1	2	0	1	2	1	18	1
26	2	4	1	1	2	2	1	1	2	1	6	1	1	0	0	3	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	3	0	0	2	0	0	13	2
27	4	4	2	3	2	3	1	1	1	1	3	1	0	2	0	1	0	0	0	0	1	2	3	1	0	0	2	0	1	2	3	1	19	1
28	4	3	3	1	2	4	1	1	2	2	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	2	1	2	2	0	0	1	0	1	2	1	0	15	2
29	3	3	3	1	2	2	1	1	2	2	6	0	0	1	0	2	0	0	0	0	2	1	2	2	0	0	1	0	0	2	2	0	15	2
30	2	3	3	1	2	2	1	1	2	1	6	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	2	3	3	0	0	1	0	0	1	1	0	15	2
31	3	4	1	3	2	3	1	2	1	1	1	2	1	2	0	2	1	0	0	0	2	1	1	1	0	0	1	2	1	1	2	1	20	1
32	5	4	2	4	2	3	1	1	2	2	5	0	0	2	0	1	1	0	0	1	2	2	2	2	0	0	2	2	1	2	2	2	22	1
33	4	3	3	1	2	3	1	1	1	1	5	1	1	2	0	2	1	0	0	0	1	1	3	3	0	0	1	0	0	2	2	1	20	1
34	1	3	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	0	2	1	0	1	1	2	1	2	0	1	2	1	2	1	2	2	25	1
35	4	3	3	1	1	3	1	1	2	1	5	0	1	1	0	2	0	0	0	0	3	2	3	3	0	0	2	0	0	2	3	2	22	1

36	4	3	3	1	2	2	1	1	2	2	3	2	1	1	1	2	1	0	0	0	1	1	2	2	0	0	3	1	0	1	2	2	21	1	
37	3	3	1	1	1	1	1	2	2	1	4	2	2	1	2	1	2	0	1	0	1	2	2	2	0	0	1	0	1	2	2	2	24	1	
38	3	3	3	1	2	3	1	1	2	2	6	0	0	2	1	0	0	0	2	1	0	2	2	0	0	2	0	2	2	0	1	16	1		
39	2	3	1	1	2	2	1	1	2	1	6	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	2	2	0	0	2	1	0	2	0	0	13	2	
40	3	3	3	1	2	2	1	1	2	1	6	2	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0	11	2	
41	3	4	3	3	1	3	1	1	2	1	3	1	0	1	0	2	1	0	0	1	1	2	1	1	0	0	1	0	0	1	2	0	15	2	
42	4	3	2	1	2	2	1	1	2	3	1	2	0	2	0	2	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	2	1	1	0	15	2	
43	5	3	3	1	2	4	1	1	2	4	4	1	1	1	1	2	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	2	1	0	1	1	0	15	2	
44	3	4	2	1	2	2	1	1	2	2	5	0	0	1	0	2	1	0	0	0	1	2	1	1	0	0	1	0	0	1	2	0	13	2	
45	3	3	3	1	2	2	1	1	2	1	5	1	1	3	0	2	1	0	0	0	2	1	3	3	0	0	2	1	0	2	2	2	24	1	
46	4	3	1	4	2	2	1	2	2	1	6	1	0	1	1	2	0	0	0	0	1	3	3	1	0	0	2	1	1	2	1	1	20	1	
47	5	2	2	4	1	3	1	1	2	3	3	1	0	2	0	3	1	0	0	0	2	1	1	1	0	0	2	1	0	2	2	1	19	1	
48	3	3	3	1	2	3	1	1	2	1	3	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	1	1	2	2	0	14	2	
49	3	3	1	3	1	3	1	1	2	1	1	1	0	3	0	2	1	0	0	0	2	1	1	1	0	0	1	0	1	2	3	1	19	1	
50	4	3	3	3	2	3	1	1	2	2	2	0	0	1	0	2	0	0	0	0	2	2	2	1	0	0	2	0	1	2	0	0	15	2	
51	3	4	3	4	1	4	1	2	2	2	5	1	2	2	2	2	2	3	3	0	3	0	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	43	1	
52	1	3	1	2	2	3	1	2	2	1	1	3	2	1	2	3	2	0	1	1	3	2	3	3	0	0	3	1	2	3	3	3	38	1	
53	5	3	3	1	1	2	1	1	2	4	4	2	2	3	1	3	1	0	1	0	2	1	2	2	0	0	3	1	2	3	2	3	31	1	
54	4	2	3	1	2	3	1	1	2	2	5	1	0	1	1	2	1	0	0	1	2	1	2	2	0	0	2	1	3	2	3	2	25	1	
55	3	3	3	1	1	2	1	1	2	2	4	1	0	2	0	2	1	1	0	0	2	2	2	2	0	0	2	1	1	2	2	2	23	1	
56	4	2	3	1	2	2	1	1	2	3	2	3	2	1	2	0	2	0	1	0	2	1	1	2	0	0	1	1	1	0	1	2	21	1	
57	3	4	2	3	2	2	1	1	1	1	3	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	7	2	
58	4	4	3	3	2	3	1	1	2	1	6	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	1	0	2	2	0	0	10	2	
59	5	4	3	4	1	2	1	1	1	1	6	0	2	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	2	0	0	11	2	
60	3	3	1	3	1	2	2	2	2	2	3	2	2	1	2	2	2	1	2	1	3	2	2	3	0	1	3	2	2	1	3	3	37	1	
61	2	3	3	1	1	2	1	1	2	2	6	1	0	2	1	1	1	0	1	0	2	2	2	2	0	0	2	2	1	2	2	2	24	1	
62	1	2	1	4	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	40	1
63	5	4	2	1	2	3	2	1	1	1	5	1	0	1	0	1	1	0	0	0	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	2	0	12	2	
64	4	3	2	1	2	3	1	1	1	3	3	2	1	2	0	1	1	0	0	0	2	2	2	2	0	0	2	1	0	2	0	1	20	1	
65	3	4	3	1	2	2	2	1	2	2	3	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	9	2	
66	1	3	3	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	3	30	1	
67	1	3	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	0	0	1	2	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	2	1	0	1	1	0	15	2	
68	2	3	1	4	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	0	2	2	2	2	0	0	2	2	1	2	2	3	31	1	
69	1	3	3	1	1	1	2	1	2	1	1	0	2	1	2	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	14	2	
70	2	4	3	1	1	3	1	1	2	1	5	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	1	2	1	0	0	1	0	0	1	0	0	10	2	
71	3	3	3	1	1	1	1	1	2	3	6	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	2	0	0	8	2	
72	2	3	3	1	2	1	1	1	2	1	6	0	2	0	0	1	0	0	0	0	1	2	1	1	0	0	2	0	1	1	0	0	12	2	
73	3	4	3	1	2	2	1	1	1	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
74	2	4	3	2	2	1	1	1	2	1	5	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	2	
75	1	3	1	2	2	3	1	1	1	1	5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	6	2	
76	3	1	3	1	1	2	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	40	1
77	2	3	1	1	1	2	2	1	2	3	4	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	0	0	1	2	0	1	2	3	28	1	

