

**Universidad Católica de Santa María**

**Facultad de Medicina Humana**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**“PREVALENCIA DE NIVELES DE DEPRESIÓN Y POSIBLES  
COMPLICACIONES EN GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ,  
AREQUIPA – 2020”**

Tesis presentada por la Bachiller:

**Callo Zegarra, Wendy Alicia**

para optar el Título Profesional de:

**Médico Cirujana**

Asesor:

**Dr. Zevallos Rodríguez, Juan Manuel**

**Arequipa - Perú**

**2020**



Universidad Católica  
de Santa María

23

AREQUIPA-PERÚ

(51 54) 382038 <http://www.ucsm.edu.pe> [facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

**INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS**  
**DECRETO N° 052 - FMH-2020**

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**“PREVALENCIA DE NIVELES DE DEPRESIÓN Y POSIBLES COMPLICACIONES EN GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA - 2020”**

Presentado por el (la) Sr(ta):

**CALLO ZEGARRA, WENDY ALICIA**

Nuestro dictamen es:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

APTO

Arequipa, 20/02/2020



DR. LILY MILLA  
Médico Internista - Nefrólogo  
C.M.P. 19296 R.N.E. 11108



DR. ERVIS ALVARADO DUEÑAS  
Hospital Regional Honorario Investigador  
Departamento de Medicina  
Servicio de Psiquiatría



DR. JOSÉ ELISEO ALVARADO ACO

**Dr. José Alvarado Aco**  
MÉDICO - PSQUIATRA  
CMP: 14051 - R.N.E: 9805

Dr. Ervis Alvarado Dueñas  
JEFE DE SERVICIO  
C.M.P. 22780 R.N.E. 9265



*"Si actúas como si supieras lo que estás haciendo,  
puedes hacer lo que quieras".*

**Frida Kahlo**

## DEDICATORIA

*Este trabajo está dedicado a mis padres, quienes en vida fueron, son y siempre serán mi gran inspiración.*

*A mi madre que luchó contra el Cáncer durante años, y a pesar de ello siempre estuvo conmigo, tú que siempre me alentabas a salir adelante y nunca rendirme.*

*A mi padre que lucha contra el Cáncer, quien me enseñó que el mejor conocimiento que se puede tener es el que se aprende por sí mismo.*

*A mis hermanos por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso que afrontamos juntos.*

*A mis amigos en especial a Porci y Cheski que estuvieron conmigo en los momentos más difíciles.*

*Por eso a ti madre, te dedico este gran esfuerzo, donde quiera que estés. Te amo.*

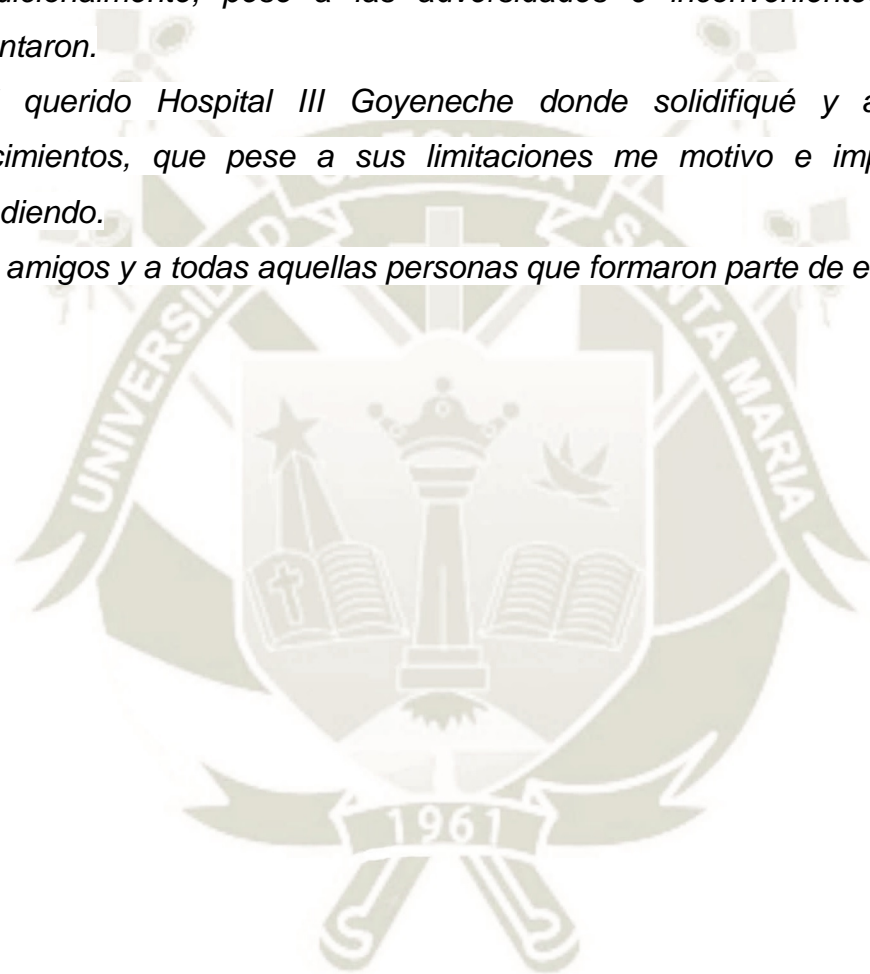
## AGRADECIMIENTOS

*Por el esfuerzo, dedicación, paciencia, por su confianza y por todo lo que me ha dado a lo largo de mi carrera y de mi vida, este trabajo va dedicado a mi madre.*

*A mi padre y hermanos por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se nos presentaron.*

*A mi querido Hospital III Goyeneche donde solidifiqué y adquirí nuevos conocimientos, que pese a sus limitaciones me motivo e impulso a seguir aprendiendo.*

*A mis amigos y a todas aquellas personas que formaron parte de este camino.*



## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de niveles de depresión y sus posibles complicaciones tanto en el número de controles prenatales, así como su relación con el peso fetal en gestantes del Hospital III Goyeneche, Arequipa – 2020.

**MÉTODOS:** Estudio de investigación de campo, observacional, prospectivo de corte transversal de nivel relacional. Las variables han sido investigadas y se utilizó como técnica la observación documental y como instrumentos el cuestionario MOS de apoyo social y la escala de desesperanza de Beck. La muestra está conformada por gestantes del Hospital III Goyeneche, que cumplieron con los criterios de inclusión

**RESULTADOS:** De las 140 entrevistadas, 79 pacientes decidieron participar de dicho estudio encontrándose que el 54.5% (43) de gestantes presentaron algún grado de depresión cuya distribución fue del 34.2% (27) de gestantes con depresión leve, el 19.0% (15) tienen depresión moderada, mientras que solo el 1.3% (1) presentaron depresión severa, el 45.6% (36) de gestantes no presentaron algún síntoma de depresión. El 58.2% (46) de gestantes presentaron apoyo emocional alto, seguido del 39.2% (31) de gestantes con apoyo emocional medio y solo el 2.5% (2) presentaron apoyo emocional bajo.

**CONCLUSIONES:** El porcentaje de diferentes grados de depresión en gestantes del Hospital III Goyeneche es alto, se encontró que esta patología se presenta con mayor frecuencia en el tercer trimestre. Así mismo la depresión y el apoyo social presentaron relación estadística significativa según la prueba de chi cuadrado ( $P < 0.05$ ).

**PALABRAS CLAVE:** Depresión, apoyo social, gestantes, complicaciones.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To determine the prevalence of levels of depression and its possible complications both in the number of prenatal controls, as well as its relationship with fetal weight in pregnant women at Hospital III Goyeneche, Arequipa - 2020

**METHODS:** Field research study, observational, prospective, relational level cross-sectional. The variables have been investigated and documentary observation was used as a technique and the MOS questionnaire of social support and Beck's scale of hopelessness as instruments. The sample is made up of pregnant women from Goyeneche Hospital, who met the inclusion criteria.

**RESULTS:** Of the 140 patients interviewed, 79 decided to participate in this study and found that 54.5% (43) of pregnant women presented some degree of depression, with a distribution of 34.2% (27) of pregnant women with mild depression, 19.0% (15) had moderate depression, while only 1.3% (1) had severe depression, 45.6% (36) of pregnant women did not have any symptoms of depression 58.2% (46) of pregnant women had high emotional support, followed by 39.2% (31) of pregnant women with medium emotional support and only 2.5% (2) had low emotional support.

**CONCLUSIONS:** The percentage of different degrees of depression in pregnant women at Hospital III Goyeneche is high; it was found that this pathology occurs more frequently in the third trimester. Likewise, depression and social support presented a significant statistical relationship according to the chi-square test ( $P < 0.05$ ).

**KEYWORDS:** Depression, social support, pregnant women, complications.

## INTRODUCCIÓN

Se conoce que el bienestar físico, psíquico, emocional y social son importantes en las personas para desarrollarse de forma adecuada en el medio externo.

Así mismo se conoce que el periodo perinatal es una etapa transcendental tanto para la mujer como para su entorno familiar y social.

Sin embargo, durante esta etapa existe un grupo de mujeres que se ven expuestas o vulnerables a una serie de trastornos psiquiátricos como la depresión.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo muy frecuente en los últimos años que interfiere en el correcto desarrollo del ser humano en las diferentes etapas de su vida.

Se conoce que es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave (1).

Este trastorno tiene una etiología multifactorial incluyendo campos hormonales, neuroendocrinos, ambientales, sociales, etc. Por lo que es vital estudiar todos estos aspectos en gestantes para llegar a un correcto diagnóstico y tratamiento.

Actualmente no existe una definición exacta de depresión prenatal; sin embargo, en la guía de referencia rápida: "Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto" se menciona como un factor de riesgo para el padecimiento de depresión postparto (2).

En nuestro país se registra una incidencia de 40,1% (3), motivo por el cual es imperativo su estudio y diagnóstico para su correcto manejo y evitar posibles complicaciones tanto para la madre como para el feto.

Sin embargo, aproximadamente más del 90% de pacientes con depresión no recibe un tratamiento eficaz y adecuado, debido a causas como las limitaciones en el diagnóstico pudiendo llegar al sobretreatmento. La última guía nacional sobre depresión fue aprobada por el MINSA en el año 2008, conteniendo recomendaciones orientadas solo al tratamiento farmacológico. En la práctica clínica actual, los hospitales vienen aplicando diferentes tipos de psicoterapia (4).

Así mismo se conoce que el apoyo social en gestante cumple un papel importante actuando como factor protector, por lo que es importante su evaluación.

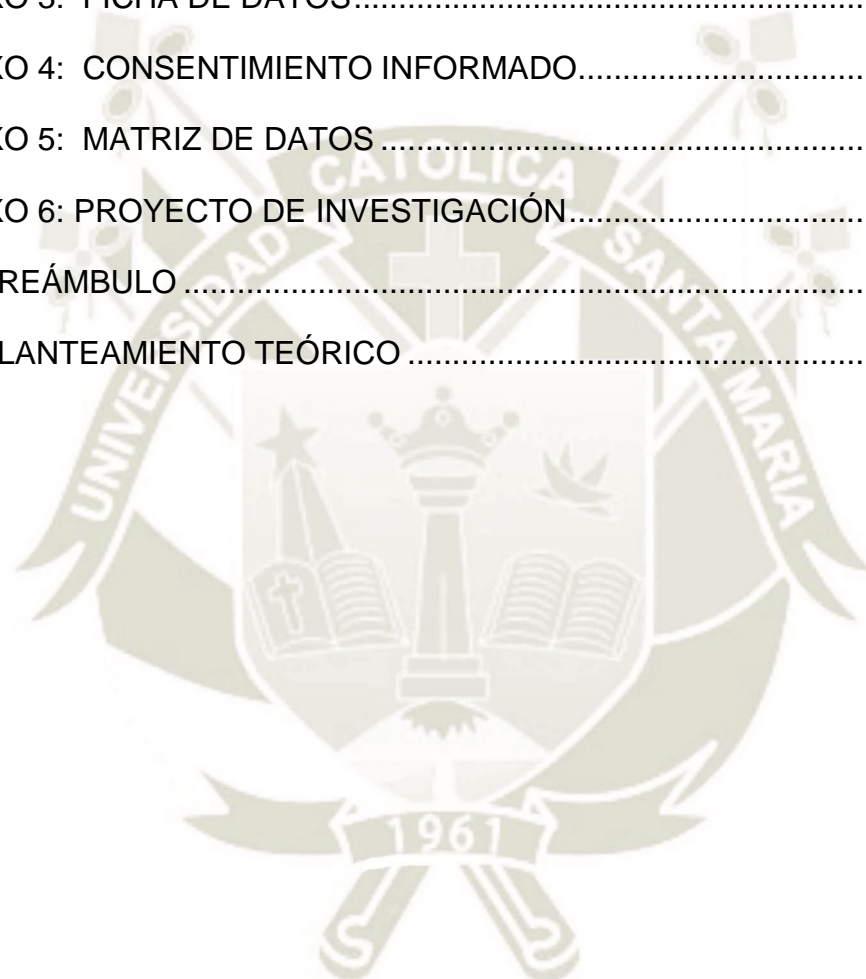
El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de niveles de depresión, la relación que existe entre el nivel de depresión con el número de controles prenatales, la relación que existe entre el nivel de depresión y el peso fetal, así como la evaluación del apoyo social de las gestantes del Hospital III Goyeneche con la finalidad de crear una línea de base de datos para poder prevenir la depresión gestacional y brindar apoyo social si es que lo necesitan.



## ÍNDICE

RESUMEN .....	VI
ABSTRACT .....	VII
INTRODUCCIÓN .....	VIII
CAPITULO I MATERIALES Y MÉTODOS .....	1
1. TECNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	2
1.1. TÉCNICA: .....	2
1.2. INSTRUMENTOS:.....	2
1.3. MATERIALES: .....	2
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN .....	2
2.1. UBICACIÓN ESPACIAL: .....	2
2.2. UBICACIÓN TEMPORAL:.....	2
2.3. UNIDADES DE ESTUDIO: .....	2
2.4. POBLACIÓN: .....	2
2.5. MUESTRA:.....	2
2.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN: .....	2
3. TIPO DE INVESTIGACIÓN: .....	3
4. NIVEL DE INVESTIGACION: .....	3
5. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:.....	3
5.1. ORGANIZACIÓN:.....	3
5.2. VALIDACIÓN DE LA INSTRUMENTOS: .....	3
5.3. CRITERIOS PARA MANEJO DE RESULTADOS:.....	4
CAPÍTULO II RESULTADOS .....	5
CAPÍTULO III DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	22
CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	27
CONCLUSIONES.....	28

RECOMENDACIONES .....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	30
ANEXOS .....	32
ANEXO 1: ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK .....	33
ANEXO 2: CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL.....	35
ANEXO 3: FICHA DE DATOS.....	37
ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	38
ANEXO 5: MATRIZ DE DATOS .....	40
ANEXO 6: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	42
1. PREÁMBULO .....	44
2. PLANTEAMIENTO TEÓRICO .....	45



## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N.º. 1 EDAD DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020.....	6
TABLA N.º. 2 EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020 .....	7
TABLA N.º. 3 TRIMESTRE DEL EMBARAZO DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020 .....	8
TABLA N.º. 4 CONTROLES PRENATALES DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020 .....	9
TABLA N.º. 5 PESO FETAL DE GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020.....	10
TABLA N.º. 6 PESO FETAL PARA LA MADUREZ ESTIMADA EN GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020 .....	11
TABLA N.º. 7 DIMENSIONES DEL APOYO SOCIAL EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020 .....	12
TABLA N.º. 8 APOYO EMOCIONAL EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020 .....	13
TABLA N.º. 9 NIVEL DE DEPRESIÓN EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020 .....	14
TABLA N.º. 10 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL APOYO SOCIAL EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020 .....	15
TABLA N.º. 11 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020.....	17
TABLA N.º. 12 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LOS CONTROLES PRENATALES EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020 .....	19

TABLA N.º. 13 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL PESO FETAL EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020 ..... 21



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1: EDAD DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA.....	6
GRÁFICO N.º2: EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020 .....	7
GRÁFICO N.º3: TRIMESTRE DEL EMBARAZO DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020 .....	8
GRÁFICO N.º 4: CONTROLES PRENATALES DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020 .....	9
GRÁFICO N.º 5: PESO FETAL DE GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020 .....	10
GRÁFICO N.º 6: PESO FETAL PARA LA MADUREZ ESTIMADA EN GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA.....	11
GRÁFICO N.º.7: APOYO EMOCIONAL EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020 .....	13
GRÁFICO N°8: NIVEL DE DEPRESIÓN EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020 .....	14
GRÁFICO N.º9: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL APOYO SOCIAL EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020 .....	16
GRÁFICO N.º10: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LA EDAD GESTACIONAL EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020.....	18
GRÁFICO N.º11: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LOS CONTROLES PRENATALES EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020 .....	20



## **1. TECNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN**

### **1.1. TÉCNICA:**

En el presente estudio se aplicó la técnica de Encuestas.

### **1.2. INSTRUMENTOS:**

Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario MOS de apoyo social, la escala de desesperanza de Beck, Carnet Perinatal y Ecografías Obstétricas.

### **1.3. MATERIALES:**

- Cuestionarios.
- Material de escritorio.
- Hoja de consentimiento informado.
- Computadora con programa de procesamiento de textos, base de datos y estadísticos.

## **2. CAMPO DE VERIFICACIÓN**

### **2.1. UBICACIÓN ESPACIAL:**

El estudio se realizó en el Hospital III Goyeneche – Arequipa.

### **2.2. UBICACIÓN TEMPORAL:**

El estudio se realizó en el mes de febrero del 2020.

### **2.3. UNIDADES DE ESTUDIO:**

Población de gestantes del Hospital III Goyeneche.

### **2.4. POBLACIÓN:**

Toda la población de Gestantes tanto en hospitalización como consultorio externo del Hospital III Goyeneche.

### **2.5. MUESTRA:**

Se tomó a 79 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y deseaban participar de dicho estudio.

### **2.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**
  - Pacientes gestantes del Hospital III Goyeneche.

- Participación voluntaria del estudio.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Pacientes con antecedentes de depresión o cualquier otro trastorno psiquiátrico.

**3. TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

Se trata de un estudio de campo.

**4. NIVEL DE INVESTIGACION:**

Se trata de un estudio observacional, prospectivo y transversal.

**5. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

**5.1. ORGANIZACIÓN:**

Se solicitó permiso y autorización del jefe del Departamento de Gineco – Obstetricia, así como al director del Hospital III Goyeneche.

Una vez obtenido el permiso por las autoridades correspondientes se procedió con la ejecución del proyecto. Se inicio contactando a las gestantes del Hospital III Goyeneche tanto en las áreas de consultorio externo como hospitalización, luego de ello se procedió a explicar a las pacientes los motivos de la investigación y solicitar la participación voluntaria, así mismo se explicó el consentimiento informado. Una vez firmado el consentimiento informado se comenzó aplicar los cuestionarios y recolección de datos a todas aquellas que deseaban participar en dicho estudio y que cumplían con los criterios de inclusión. Una vez llenada las fichas y luego de la recolección de datos se procedió a organizar en la base de datos.

El análisis y procesamiento de datos se realizó tomando las variables de interés, luego se procesó estadísticamente la información obtenida para elaborar el informe final.

**5.2. VALIDACIÓN DE LA INSTRUMENTOS:**

El cuestionario MOS en población normal es una escala válida y confiable para evaluar la multidimensionalidad del constructo apoyo social percibido en población colombiana (5). Así como el estudio de Rodríguez donde

indican que es un instrumento válido para la evaluación del Apoyo Social percibido (6).

La Escala de desesperanza de Beck ha sido validada en diversos países como instrumento útil en la pesquisa temprana de depresión o depresión subclínica, mostrando una estructura factorial similar a la original (7,8).

### **5.3. CRITERIOS PARA MANEJO DE RESULTADOS:**

#### **a. Plan de recolección:**

La recolección de datos se realizó previa autorización de las autoridades del Hospital III Goyeneche.

#### **b. Plan de procesamiento:**

Los datos obtenidos fueron tabulados y codificados para su interpretación.

#### **c. Plan de Análisis**

Las variables para su procesamiento han requerido del Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%. Así mismo se utilizó el programa SPSS Versión 23.



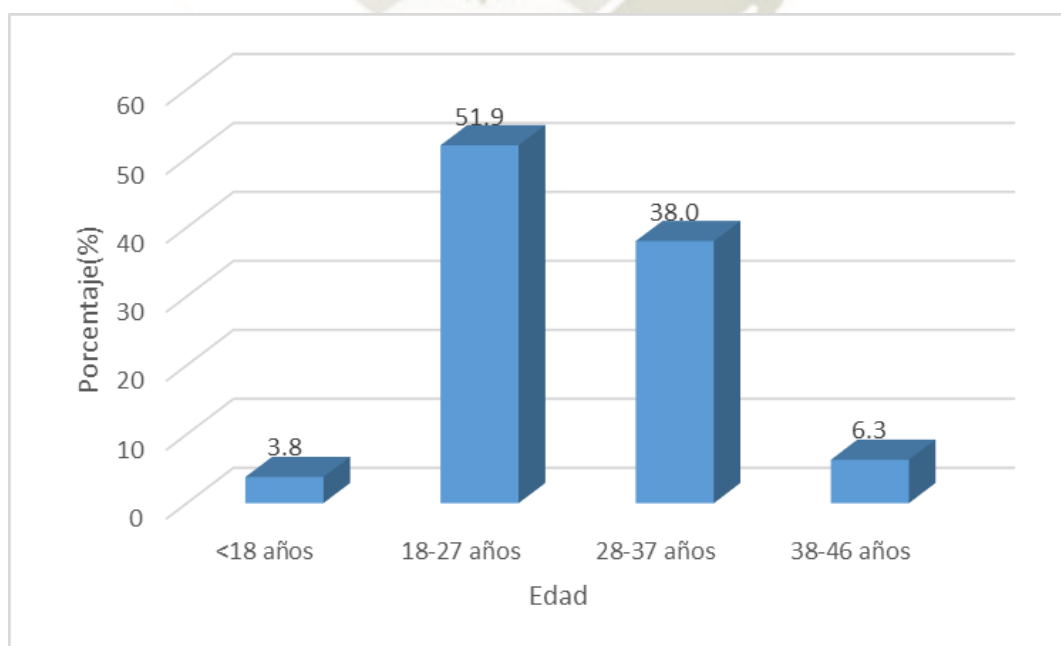
**TABLA N.º. 1**  
**EDAD DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA –**  
**2020**

• Edad	• N.º.	• %
• <18 años	• 3	• 3.8
• 18-27 años	• 41	• 51.9
• 28-37 años	• 30	• 38.0
• 38-46 años	• 5	• 6.3
• <b>TOTAL</b>	• 79	• 100

**Fuente:** Elaboración Propia.

La Tabla N.º. 1 muestra que el 51.9% de las gestantes del Hospital III Goyeneche de Arequipa tienen entre 18-27 años, seguido del 38.0% de gestantes que tienen entre 28-37 años, el 6.3% tienen entre 38-46 años, mientras que el 3.8% de las gestantes son menores de 18 años.

**GRÁFICO N.º1:**  
**EDAD DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA**



**Fuente:** Elaboración Propia.

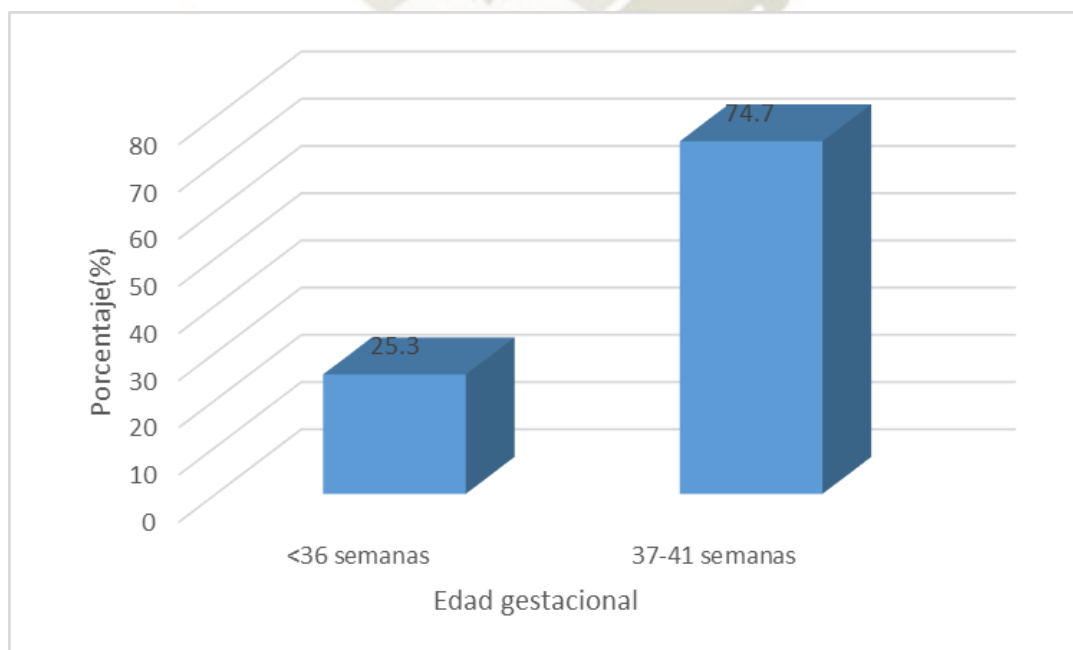
**TABLA N.º. 2**  
**EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ,**  
**AREQUIPA – 2020**

• Edad gestacional	• N.º.	• %
• ≤36 semanas	• 20	• 25.3
• 37- 41 semanas	• 59	• 74.7
• <b>TOTAL</b>	• 79	• 100

**Fuente:** Elaboración Propia.

La Tabla N.º. 2 muestra que el 74.7% de las gestantes del Hospital III Goyeneche de Arequipa tuvieron una edad gestacional entre 37 – 41 semanas, mientras que el 25.3% tuvieron edad gestacional menor o igual a las 36 semanas.

**GRÁFICO N.º2:**  
**EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ,**  
**AREQUIPA – 2020**



**Fuente:** Elaboración Propia.

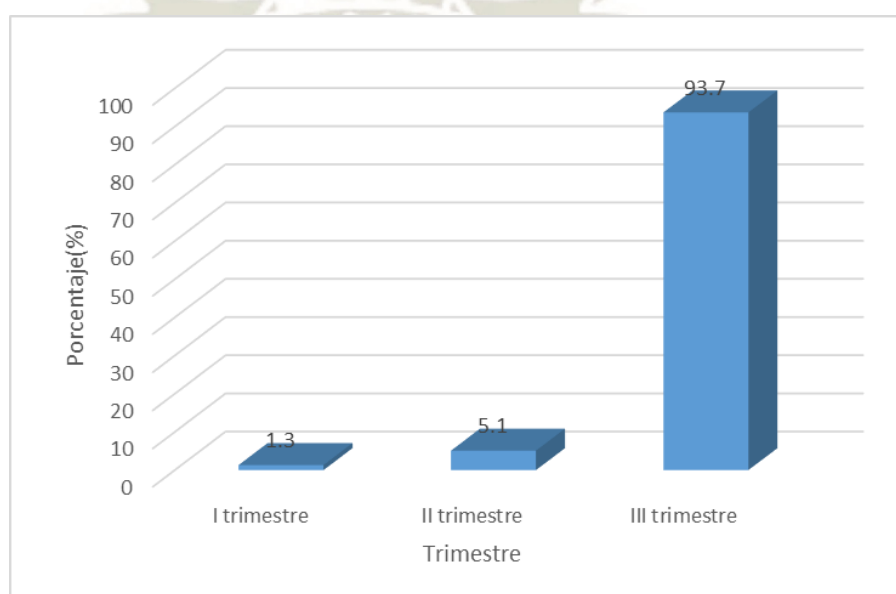
**TABLA N.º 3**  
**TRIMESTRE DEL EMBARAZO DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III**  
**GOYENCHE, AREQUIPA – 2020**

Trimestre	N.º	%
I trimestre	1	1.3
II trimestre	4	5.1
III trimestre	74	93.7
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración Propia.

La Tabla N.º. 3 muestra que el 93.7% de las gestantes del Hospital III Goyeneche de Arequipa se encontraban en el III trimestre de gestación, seguido del 5.1% de pacientes se encontraban en el segundo trimestre, mientras que solo el 1.3% se encontraban en el primer trimestre.

**GRÁFICO N.º3:**  
**TRIMESTRE DEL EMBARAZO DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III**  
**GOYENCHE, AREQUIPA – 2020**



**Fuente:** Elaboración Propia.

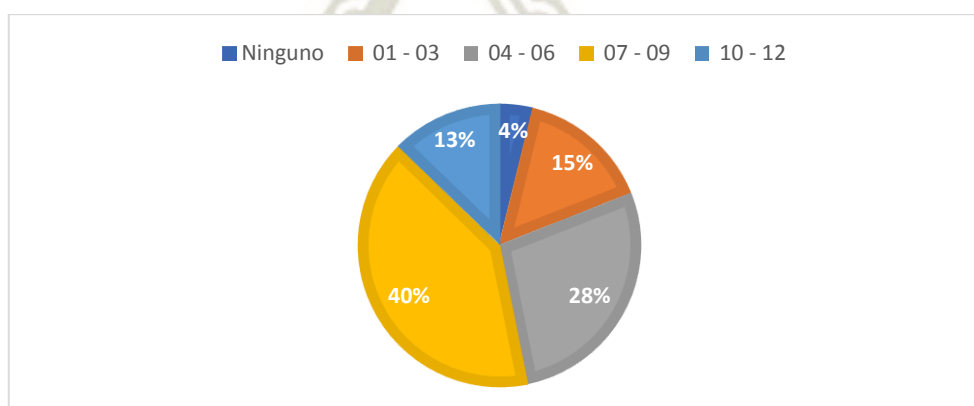
**TABLA N.º 4**  
**CONTROLES PRENATALES DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III**  
**GOYENECHE, AREQUIPA – 2020**

• CPN	• N.º.	• %
• Ninguno	• 3	• 3.8
• 1-3	• 12	• 15.2
• 4-6	• 22	• 27.8
• 7-9	• 32	• 40.5
• 10-12	• 10	• 12.7
• <b>TOTAL</b>	• 79	• 100

**Fuente:** Elaboración Propia.

La Tabla N.º. 4 muestra que el 40.5% de las gestantes del Hospital III Goyeneche de Arequipa tuvieron entre 7–9 controles prenatales, seguido del 27.8% de gestantes que tuvieron entre 4-6 controles, el 15.2% tuvieron entre 1-3 controles, mientras que el 12.7% presentaron entre 10-12 controles, solo el 3.8% de las pacientes no tuvieron ningún control prenatal.

**GRÁFICO N.º 4:**  
**CONTROLES PRENATALES DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III**  
**GOYENECHE, AREQUIPA – 2020**



**Fuente:** Elaboración Propia.

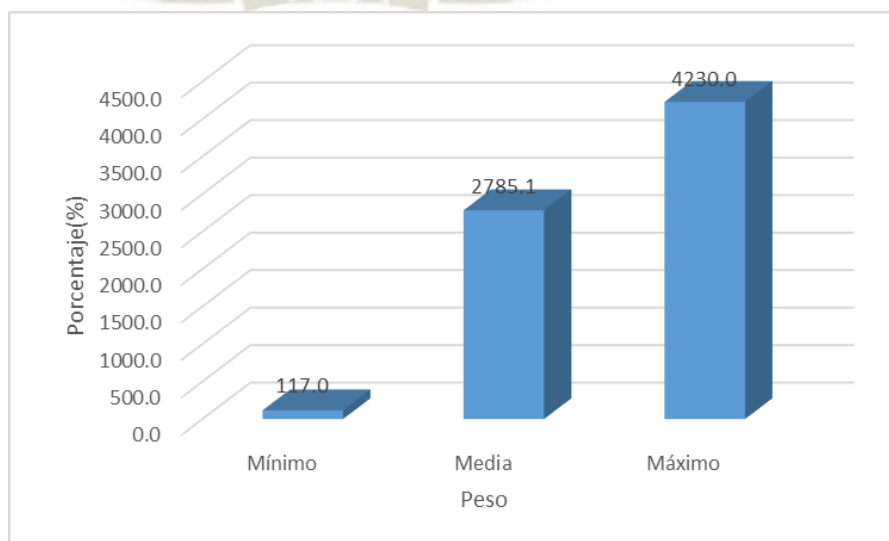
**TABLA N.º 5**  
**PESO FETAL DE GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENCHE, AREQUIPA –**  
**2020**

• Estadísticos	• Peso
• Media	• 2785.10
• Desviación estándar	• 1538.59
• Varianza	• 2367269.17
• Máximo	• 4230.00
• Mínimo	• 117.00
• <b>TAMAÑO</b>	• 79

**Fuente:** Elaboración Propia.

La Tabla N.º 5 muestra que el peso fetal de las gestantes del Hospital III Goyeneche de Arequipa fue de 2785.10 gr, el peso máximo fue de 4230gr y el peso mínimo fue de 117 gr.

**GRÁFICO N.º 5:**  
**PESO FETAL DE GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENCHE, AREQUIPA –**  
**2020**



**Fuente:** Elaboración Propia.

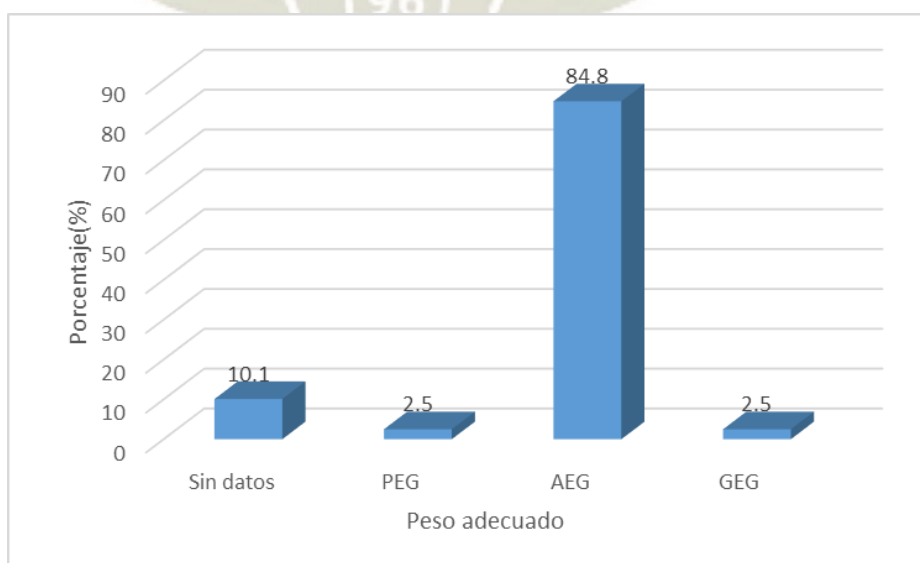
**TABLA N.º 6**  
**PESO FETAL PARA LA MADUREZ ESTIMADA EN GESTANTES DEL**  
**HOSPITAL III GOYENCHE, AREQUIPA – 2020**

• <b>Peso adecuado</b>	• <b>N.º</b>	• <b>%</b>
• Sin datos	• 8	• 10.1
• PEG	• 2	• 2.5
• AEG	• 67	• 84.8
• GEG	• 2	• 2.5
• <b>TOTAL</b>	• 79	• 100

**Fuente:** Elaboración Propia.

La Tabla N.º 6 muestra que el 84.8% del peso fetal de las gestantes del Hospital III Goyeneche de Arequipa tuvieron un peso adecuado para la edad gestacional, el 10.1% no registraron datos, mientras que el 2.5% fueron pequeños para la edad gestacional y 2.5% grandes para la edad gestacional.

**GRÁFICO N.º 6:**  
**PESO FETAL PARA LA MADUREZ ESTIMADA EN GESTANTES DEL**  
**HOSPITAL III GOYENCHE, AREQUIPA**



**Fuente:** Elaboración Propia.

**TABLA N.º. 7**  
**DIMENSIONES DEL APOYO SOCIAL EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III**  
**GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020**

● Apoyo	● N.º.	● %
● <b>Emocional</b>	●	●
● Bajo	● 14	● 17.7
● Medio	● 42	● 53.2
● Alto	● 23	● 29.1
● <b>Instrumental</b>	●	●
● Bajo	● 18	● 22.8
● Medio	● 36	● 45.6
● Alto	● 25	● 31.6
● <b>Relaciones sociales de ocio</b>	●	●
● Bajo	● 26	● 32.9
● Medio	● 40	● 50.6
● Alto	● 13	● 16.5
● <b>Afectivo</b>	●	●
● Bajo	● 16	● 20.3
● Medio	● 41	● 51.9
● Alto	● 22	● 27.8
● <b>TOTAL</b>	● 79	● 100

**Fuente:** Elaboración Propia.

La Tabla N.º. 7 muestra que el 53.2% de las gestantes del Hospital III Goyeneche de Arequipa presentaron apoyo emocional medio, el 45.6% tuvieron apoyo instrumental medio, seguido del 50.6% de gestantes con relaciones sociales de ocio y diversión medias y el 51.9% tuvieron apoyo afectivo medio.

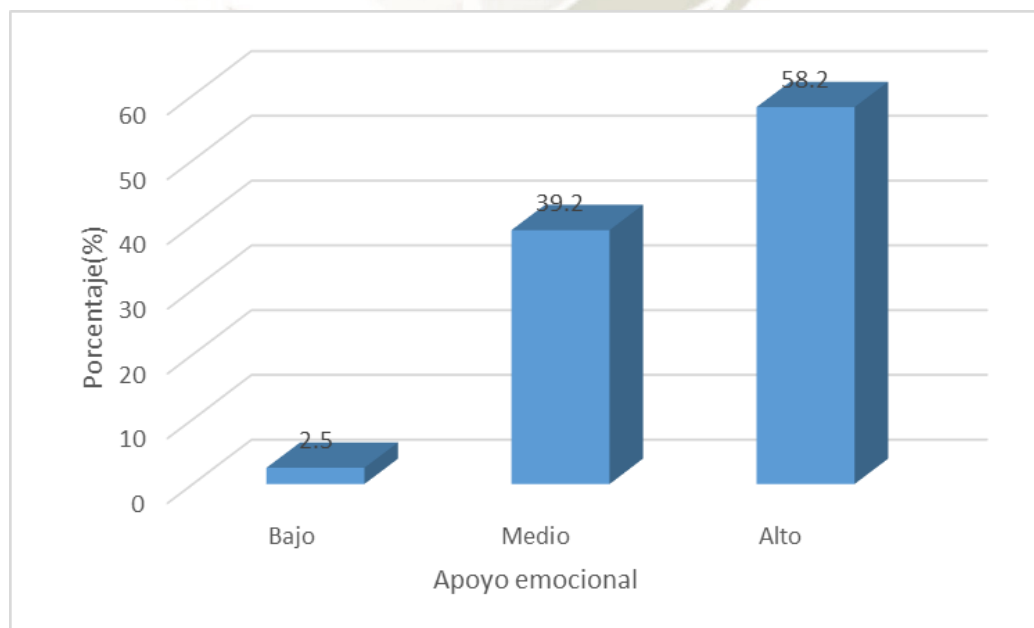
**TABLA N.º. 8**  
**APOYO EMOCIONAL EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ,**  
**AREQUIPA – 2020**

● Apoyo emocional	● N.º.	● %
● Bajo	● 2	● 2.5
● Medio	● 31	● 39.2
● Alto	● 46	● 58.2
● <b>TOTAL</b>	● 79	● 100

**Fuente:** Elaboración Propia.

La Tabla N.º. 8 muestra que el 58.2% de las gestantes del Hospital III Goyeneche de Arequipa presentaron apoyo emocional alto, seguido del 39.2% de gestantes con apoyo emocional medio y solo el 2.5% presentaron apoyo emocional bajo.

**GRÁFICO N.º.7:**  
**APOYO EMOCIONAL EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ,**  
**AREQUIPA – 2020**



**Fuente:** Elaboración Propia.

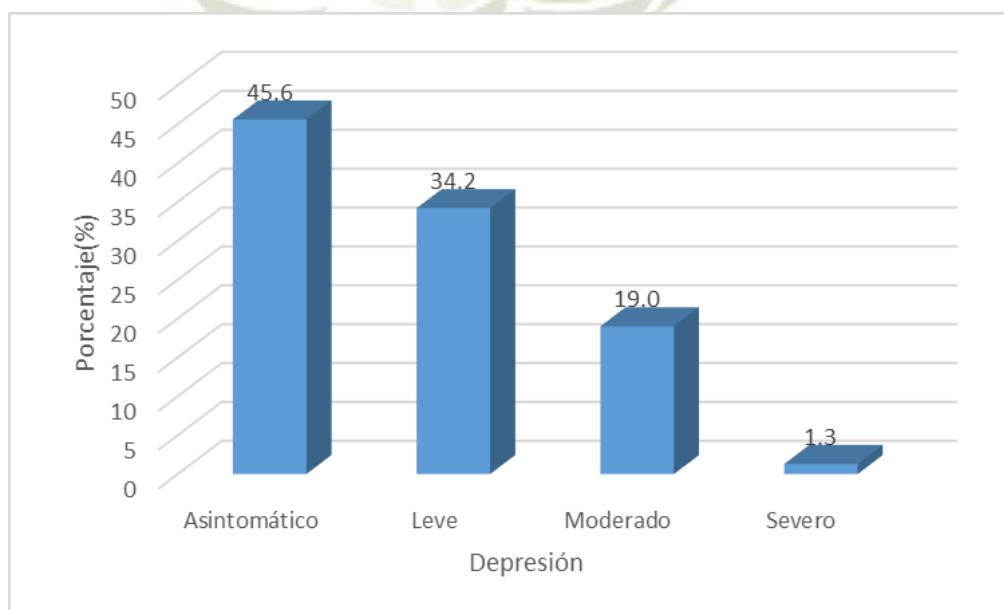
**TABLA N.º. 9**  
**NIVEL DE DEPRESION EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III**  
**GOYENECHE, AREQUIPA – 2020**

Depresión	Nº.	%
Asintomático	36	45.6
Leve	27	34.2
Moderado	15	19.0
Severo	1	1.3
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración Propia.

La Tabla N.º. 9 muestra que el 54.5% de gestantes del Hospital III Goyeneche presento algún grado de depresión obteniendo una distribución del 34.2% presentó depresión leve, el 19% presentó depresión moderada y el 1.3% presentó depresión severa. El 45.6% de gestantes no presento algún síntoma de depresión.

**GRÁFICO N°8:**  
**NIVEL DE DEPRESIÓN EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III**  
**GOYENECHE, AREQUIPA – 2020**



**Fuente:** Elaboración Propia.

**TABLA N.º 10**  
**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL APOYO SOCIAL EN LAS**  
**GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020**

Apoyo social	Depresión								TOTAL	
	Asintomático		Leve		Moderada		Severa		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Bajo	1	1.3	0	0.0	1	1.3	0	0.0	2	2.6
Medio	6	7.6	4	4.2	0	0.0	1	1.3	11	13.1
Alto	9	36.7	3	6.5	5	9.0	1	1.3	18	22.2
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>55.6</b>	<b>27</b>	<b>42.2</b>	<b>15</b>	<b>22.7</b>	<b>2</b>	<b>3.0</b>	<b>79</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración Propia.

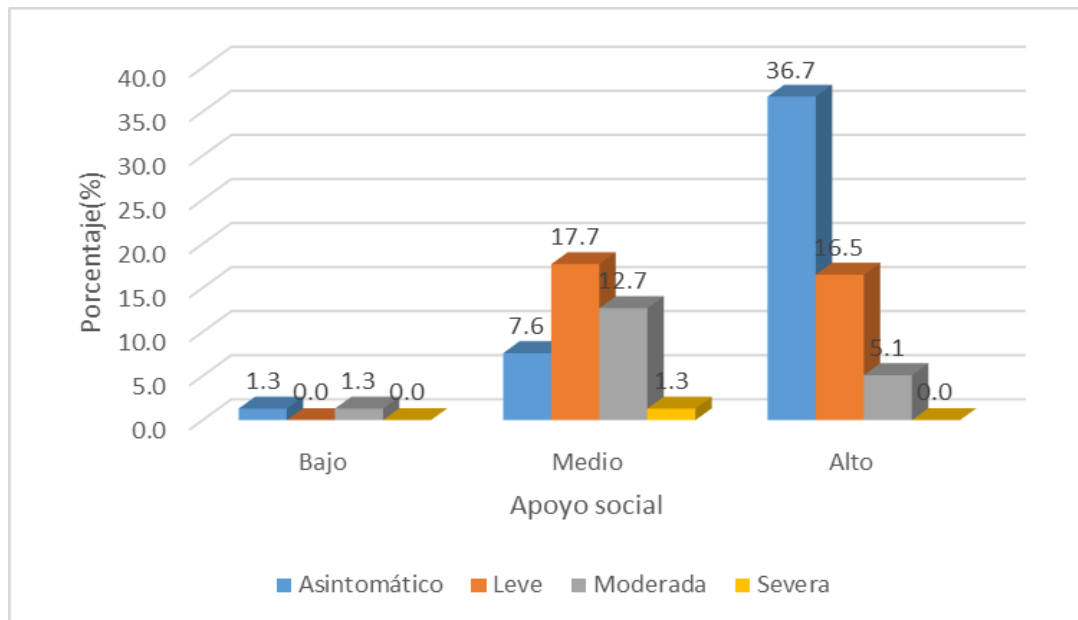
$$X^2=18.02 \quad P<0.05 \quad P=0.00$$

La Tabla N.º. 10 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=18.02$ ) muestra que la depresión y el apoyo social presenta relación estadística significativa ( $P<0.05$ ).

Asimismo, se observa que las gestantes del Hospital III Goyeneche de Arequipa con depresión leve presentan apoyo social medio (17.7%) y alto (15.5%), las gestantes con depresión moderada presentan apoyo social medio (12.7%), alto (5.1%) y solamente el 1.3% presentaron un apoyo social bajo, las gestantes con depresión severa presentaron apoyo social medio (1.3%).

Las gestantes asintomáticas presentan apoyo social alto (36.7%), medio (7.6%) y solo el 1.3% presentaron un apoyo social bajo.

**GRÁFICO N.º9:**  
**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL APOYO SOCIAL EN LAS  
GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020**



**Fuente:** Elaboración Propia.



**TABLA N.º 11**  
**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LA EDAD GESTACIONAL EN**  
**LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020**

Edad gestacional	Depresión								TOTAL	
	Asintomático		Leve		Moderada		Severa		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
<36 semanas	10	2.7	6	7.6	3	3.8	1	1.3	20	5.3
37-41 semanas	26	2.9	21	6.6	2	5.2	0	0.0	49	4.7
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>4.6</b>	<b>27</b>	<b>4.2</b>	<b>5</b>	<b>9.0</b>	<b>1</b>	<b>1.3</b>	<b>79</b>	<b>10.0</b>

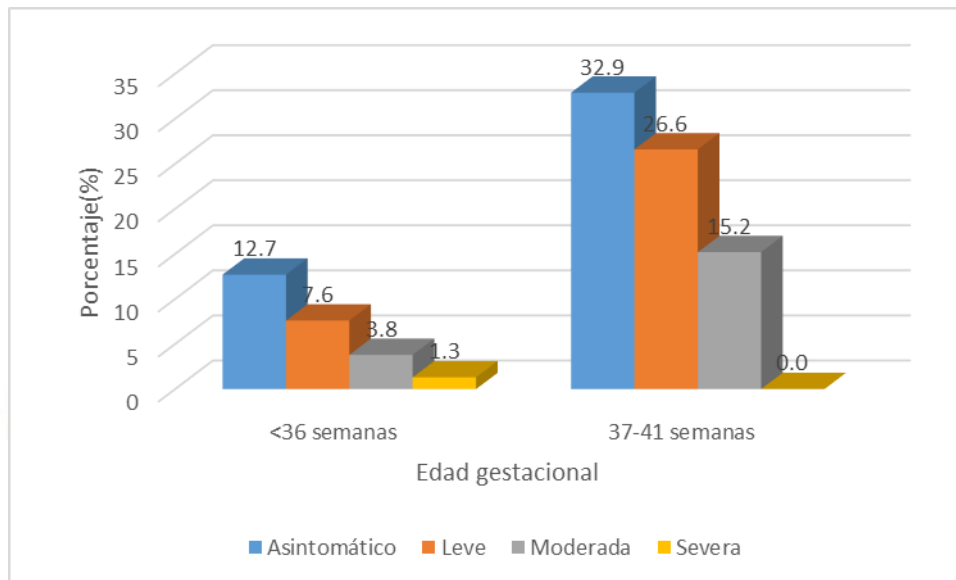
$X^2=3.42$        $P>0.05$        $P=0.33$

**Fuente:** Elaboración Propia.

La Tabla N.º. 11 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=3.42$ ) muestra que la depresión y la edad gestacional no presenta relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Asimismo, se observa que el 32.9% de las gestantes del Hospital III Goyeneche de Arequipa sin depresión tuvieron edad gestacional entre 37-41 semanas, mientras que el 1.3% de mujeres con depresión severa tuvieron edad gestacional menor a 36 semanas.

**GRÁFICO N.º10:**  
**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LA EDAD GESTACIONAL EN  
LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020**



**Fuente:** Elaboración Propia.



**TABLA N.º 12**  
**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LOS CONTROLES**  
**PRENATALES EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ,**  
**AREQUIPA – 2020**

Control prenatal	Depresión								TOTAL	
	Asintomático		Leve		Moderada		Severa		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Ninguno	1	1.3	2	2.6	0	0.0	0	0.0	3	3.9
1-3	5	6.3	2	2.6	5	6.3	0	0.0	1	1.3
4-6	1	1.3	7	8.8	2	2.6	1	1.3	2	2.6
7-9	2	2.6	1	1.3	8	10.0	5	6.3	1	1.3
10-12	1	1.3	2	2.6	9	11.3	3	3.8	2	2.6
TOTAL	3	3.8	4	5.0	2	2.6	3	3.8	7	8.8
	6	7.5	4	5.0	2	2.6	1	1.3	9	11.3

$X^2=11.68$      $P>0.05$      $P=0.47$

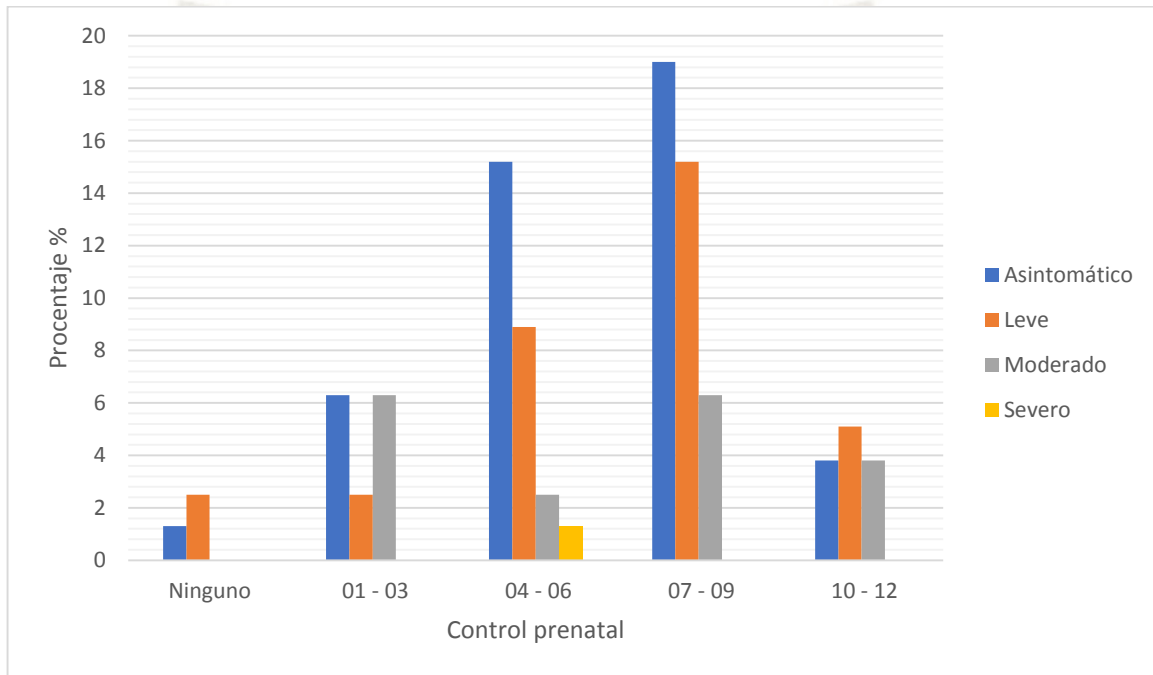
**Fuente:** Elaboración Propia.

La Tabla N.º. 12 según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=11.68$ ) muestra que la depresión los controles prenatales no presentan relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Se observa que el 15.2% de gestantes con depresión leve presentaron entre 7-9 controles prenatales, el 6.3% de gestantes con depresión moderada presentaron entre 7-9 controles y el 1.3% de gestantes con depresión grave presentó 4-6 controles, sin embargo, el 2.3% de gestantes con depresión leve no registra control

alguno. En cuanto a las gestantes asintomáticas el 19.0% presento entre 7-9 controles y el 1.3% no presento control alguno.

**GRÁFICO N.º11:**  
**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LOS CONTROLES PRENATALES EN LAS GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020**



**Fuente:** Elaboración Propia.





## DISCUSIÓN

Luego de aplicar la escala de desesperanza de Beck y respondiendo al objetivo de dicho trabajo se encontró (tabla 9) que el 54.5% de gestantes presentaron algún grado de depresión cuya distribución muestra que el 34.2% de gestantes presenta depresión leve, el 19.0% tienen depresión moderada, mientras que solo el 1.3% presentaron depresión severa. El 45.6% de las gestantes no presentan síntomas de depresión.

Comparando estos resultados con los trabajos de investigación previos donde Delgado Quiñones realizó un estudio con una muestra de 103 gestantes donde encontró una prevalencia de 23.3% que presentaron síntomas sugestivos de depresión (9); así mismo otro estudio realizado por Ruiz Acosta cuya muestra fue de 89 gestantes donde se encontró que el 15.7% presentaron depresión leve, 6.7% presentó depresión moderada y el 1.2% presentó depresión severa (10). El estudio realizado por Matos Matilde cuyo estudio fue descriptivo, transversal donde estudio 222 gestantes y encontró que el 40.1% de gestantes presentaron depresión mayor. Extrapolando la información obtenida y comparándola con los trabajos de investigación mencionados se evidencia que en nuestro medio se encuentra un gran porcentaje de gestantes que presentan depresión en diversos niveles (11), así mismo de las pacientes que presentaron algún grado de depresión en comparación del estudio realizado por Ruiz Acosta se evidencia que en nuestro medio se encontró un mayor porcentaje de pacientes con depresión leve así como moderada, sin embargo se encontró un porcentaje muy similar de pacientes con depresión severa.

En el presente estudio los resultados en cuanto a la edad nos dan a conocer (tabla 1) que el 51.9% de las gestantes tienen entre 18-27 años, seguido del 38.0% de gestantes entre 28-37 años, el 6.3% tienen entre 38-46 años, mientras que el 3.8% de las gestantes son menores de 18 años. Matilde Matos en su investigación encontró que el promedio de las participantes fue de  $26,9 \pm 6,1$  años (mínima: 16; máxima: 42); cerca de 80% de ellas tenía entre 20 y 34 años (11), así mismo Ruiz Acosta estudio mujeres con un rango de edad de 16 a 42 años y una media de 23,66 años. Tanto en nuestro estudio como los mencionados se evidencia que el

promedio de edad de gestantes estudiadas fue de 24.35 sin embargo en ningún estudio se hace una relación directa entre la edad y el grado de depresión (10).

Enrique Jasedric menciona que “la depresión de la embarazada puede traducirse en cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales”, en la presente investigación luego de aplicar la prueba de Chi Cuadrado no se evidencia una relación estadísticamente significativa sin embargo observando la tabla 12 se puede evidenciar que el 2.5% de pacientes con depresión leve no tiene control prenatal alguno, 2.5% de pacientes con depresión leve sólo tiene 1 a 3 controles prenatales y el 6.3% de pacientes con depresión moderada presentó 1 a 3 controles, evidenciando que si hay cierto abandono de controles prenatales en algunas pacientes sin embargo durante la búsqueda bibliográfica no se evidencio algún artículo académico o de investigación donde se realice este estudio o correlación motivo por el cual es importante que se inste a realizar investigaciones con respecto a esta relación para poder realizar una correcta comparación o confirmar los datos obtenidos (12).

En cuanto a la relación depresión y peso fetal se encontró un promedio de peso que fue de 2785.10 gr, el peso máximo fue de 4230gr y el peso mínimo fue de 117 gr. En la tabla 6 el 84.8% de los neonatos tuvieron peso adecuado para la edad gestacional, el 10.1% no registraron datos, mientras que el 2.5% fueron pequeños para la edad gestacional y grandes para la edad gestacional (tabla 13). En la revisión bibliográfica que realizo Arranz Betegón et al. identificación 9 artículos donde se observó relación entre estas variables y 3 que no se evidencio relación alguna (13). Otros estudios como el de Wainstock et al refiere que aun al no existir una relación directa puede existir posibilidades de que se produzca esta relación, sin embargo, en el presente estudio se demuestra que el presentar algún grado de depresión no influye en el peso fetal (14).

En cuanto a la edad gestacional (tabla 11) el 74.7% tuvieron una edad gestacional entre 37 – 41 semanas, mientras que el 25.3% tuvieron edad gestacional menor o igual a las 36 semanas del cual el 1.3% presento depresión severa. Relacionando esta información con el grado de depresión y el trimestre del embarazo se obtuvo que el 41.8% presento algún grado de depresión en el III trimestre. Ruiz Acosta en su investigación indica que el 66.6% presenta algún grado de depresión en el III trimestre (10); así como Bennett et al. evidenció que los síntomas depresión se

presentaban con mayor frecuencia en el III trimestre (15). Comparando dichos resultados se puede evidenciar que tanto en la población mexicana y peruana se evidencia una mayor afectación de depresión en el III trimestre. El estudio que realizó Matos Matilde encontró que el 57.2% de la población estudiada se encontraba en el III trimestre sin embargo no se puede comparar tanto este estudio con el realizado por Matos Matilde ya que en dicho estudio no se hace una correlación entre la frecuencia de depresión y el trimestre de gestación (11).

Para la valoración de factores de riesgo se utilizó el cuestionario MOS de apoyo social donde se valora diversos parámetros y donde se obtuvo los siguientes resultados:

- **Apoyo emocional:** el 53.2% presentaron apoyo emocional medio.
- **Apoyo instrumental:** el 31.6% tuvieron apoyo instrumental alto.
- **Relaciones sociales de ocio:** el 50.6% presentó relaciones sociales de ocio y diversión medias.
- **Apoyo afectivo:** el 51,9% tuvieron apoyo afectivo bajo.

El estudio realizado Rodríguez Ana cuya muestra fue de 258 gestantes a las cuales para la valoración de factores de riesgo utilizó el cuestionario MOS de apoyo social resultó con 2.79 mayor riesgo para desencadenar depresión interpretando que las necesidades, la satisfacción con el apoyo, el tamaño y el conflicto con la red social podrían ser predictores de sintomatología depresiva. Sin embargo, en la presente investigación se evidencia que las pacientes de nuestro medio que presentan algún grado de depresión cuentan con un apoyo social medio incluso llegando a ser alto. Motivo por el cual es importante evaluar estos parámetros ya que juegan un rol determinante según estudios previos en el desarrollo de depresión tanto perinatal como postnatal (2).

Enrique Jasedric recomienda como tratamiento para esta patología intervenciones psicoterapéuticas como técnicas de relajación para manejar la ansiedad que puedan presentar en el caso de presentar síntomas anímicos aconseja el uso de terapia cognitivo conductual o psicoterapia interpersonal. Así mismo recomienda el uso de fármacos en pacientes con depresión moderada a severa con alta probabilidad de recidiva, recomendando en uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina o aminas secundarias (12).

Lamentablemente durante la revisión de historias clínicas y cuando se entrevistó a las pacientes se evidencio que no hay un diagnóstico y mucho menos un manejo o tratamiento para aquellas que padecen de esta patología.





**CAPÍTULO IV**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

- Primera:** El 54.5% (43) de gestantes presentaron algún grado de depresión cuya distribución fue del 34.2% (27) de gestantes con depresión leve, el 19.0% (15) tienen depresión moderada, mientras que solo el 1.3% (1) presentaron depresión severa, el 45.6% (36) de gestantes no presentaron algún síntoma de depresión.
- Segunda:** La depresión y los controles prenatales no presentan relación estadística significativa ( $P > 0.05$ ). Solo el 2.5% de gestantes con algún grado de depresión no registra control alguno.
- Tercera:** La depresión y el peso de los neonatos no presentan relación estadística significativa ( $P > 0.05$ ). El 50.7% de gestantes del Hospital III Goyeneche de Arequipa con algún grado de depresión presentaron un peso adecuado para la edad gestacional.
- Cuarta:** La depresión y el apoyo social presentan relación estadística significativa ( $P < 0.05$ ). El 17.7% de las gestantes del Hospital III Goyeneche de Arequipa con depresión leve presentan apoyo social medio, mientras que el 12.7% de gestantes con depresión moderada presentaron un apoyo social medio, así como el 1.3% de gestantes con depresión severa.

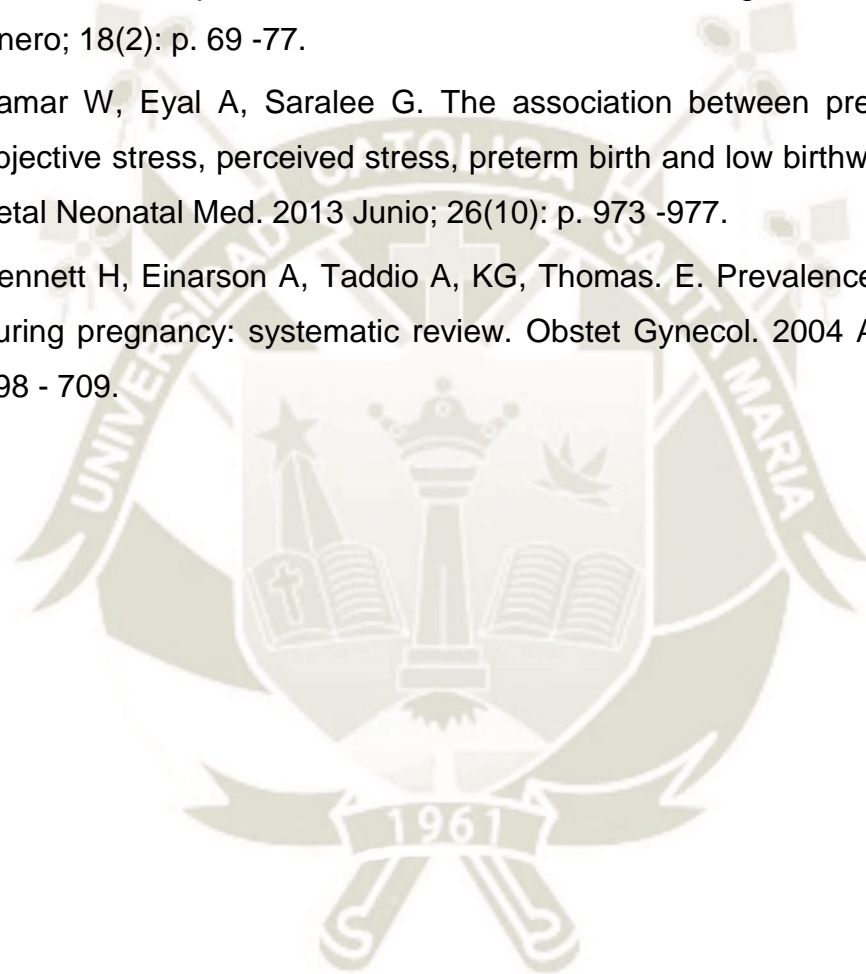
## RECOMENDACIONES

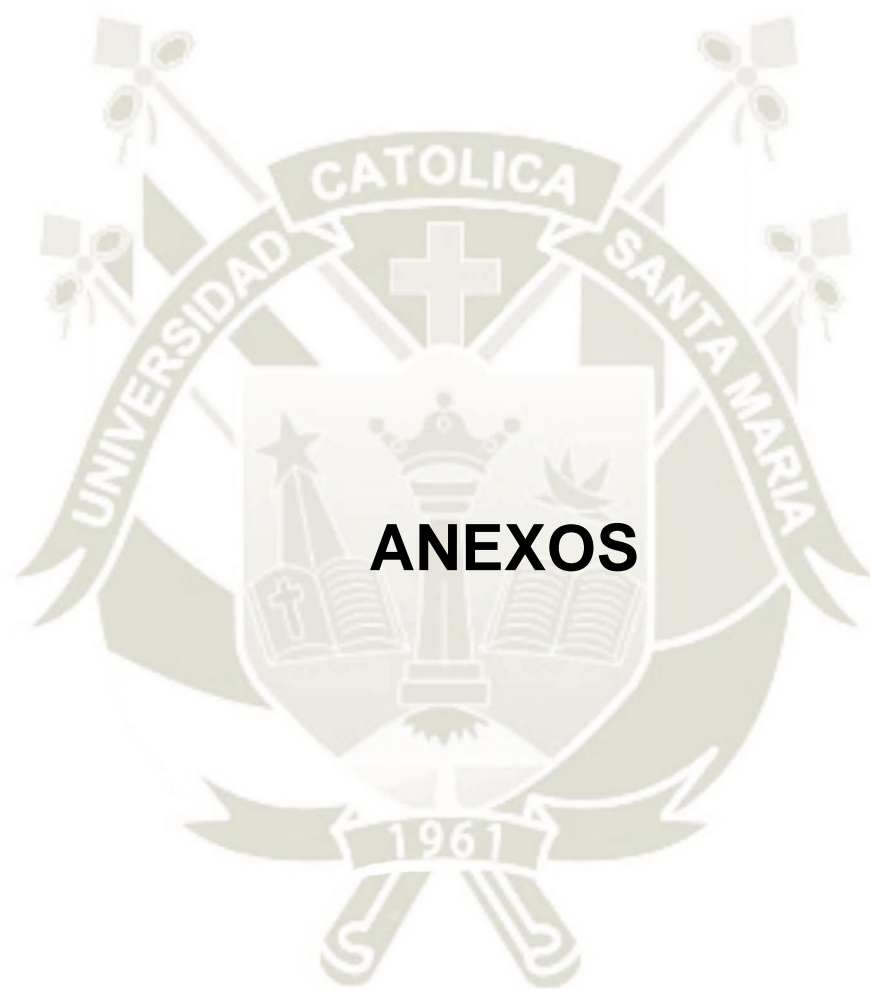
1. Se recomienda un trabajo conjunto del Departamento de Gineco – Obstetricia con el Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital III Goyeneche para poder brindar un apoyo integral.
2. Se recomienda al Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital III Goyeneche a realizar a todas las pacientes gestantes el cuestionario MOS de apoyo social ya que de esa forma podemos identificar posibles factores de riesgo.
3. Se recomienda la utilización de la escala de desesperanza de Beck o cualquier otro instrumento validado en gestantes para tener un diagnóstico precoz y tomar las medidas necesarias.
4. Se insta a la comunidad y en especial a las gestantes a tener en cuenta que la salud mental es un parámetro fundamental para un correcto desarrollo.
5. Se insta tanto a los Centro de Salud como al Hospital III Goyeneche a realizar campañas de salud mental para brindar un apoyo integral a las gestantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de Salud. Organización Mundial de Salud. [Online].; 2019. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>.
2. Rodríguez A, Lolina M, Carrillo M. Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal. Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017 Mayo; 25(3): p. 181 -188.
3. Martínez J, Jácome N. Depresión en el embarazo. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2019; 48(1): p. 58 -65.
4. Cajahuanca G, Cazorla C; C., Valenzuela. Guía de práctica clínica basada en evidencias para el tratamiento de depresión en adultos en un hospital especializado en salud mental Lima, Perú. Anales Facultad de Medicina. 2019 Marzo; 80(1): p. 123-130.
5. Londoño N et al. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL RESEARCH. 2012 Mayo; 5(1).
6. Rodríguez S CE. Valídación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. Psicodebate, Psicología, Cultura y Sociedad. 2007;(7).
7. Mikulic IM, Cassullo GL, Crespi MC. ESCALA DE DESESPERANZA BHS (A. BECK, 1974): ESTUDIO DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS Y BAREMIZACIÓN DE LA ADAPTACIÓN ARGENTINA. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2009;; p. 365-373.
8. Cifuentes, Carlos Eduardo González. Propiedades psicométricas de la escala de desesperanza de beck en una muestra bogotana. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2009;; p. 17-30.
9. Delgado E, et al. Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Médica. 2015 Julio; 6(4).
10. Ruiz G, Gabriel H, López R. Prevalencia de Depresión en Embarazadas de una Institución de Salud de Primer Nivel. Salud y Administración. 2017 Septiembre; 4(12).

11. Luna M, Salinas J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Rev Panam Salud Publica. 2009;; p. 310-314.
12. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2010 Diciembre; 48(4): p. 269-278.
13. Betegón Á, Moliner M, Nadal G. La influencia del estrés o ansiedad de la gestante en el peso fetal o neonatal: Revisión Bibliográfica. Matronas. 2017 Enero; 18(2): p. 69 -77.
14. Tamar W, Eyal A, Saralee G. The association between prenatal maternal objective stress, perceived stress, preterm birth and low birthweight. J Matern Fetal Neonatal Med. 2013 Junio; 26(10): p. 973 -977.
15. Bennett H, Einarson A, Taddio A, KG, Thomas. E. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. Obstet Gynecol. 2004 Abril; 103(4): p. 698 - 709.





**ANEXO 1:  
ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK**

**NOMBRES:**

**FECHA:**

Instrucciones para el paciente: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

	V	F
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así.		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.		
7. Mi futuro me parece oscuro.		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio.		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro.		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable.		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo.		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera.		

15. Tengo una gran confianza en el futuro.		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. Espero más bien épocas buenas que malas.		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Fuente: Cifuentes, González, (2009); Mikulic; Cassullo Crespi, Melina (2009)



**ANEXO 2:  
CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL**

**Nombre:**

**Fecha:**

**Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que Ud. Dispone:**

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercano Ud. tiene?  
(Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo que le ocurre).

ESCRIBA EL N° DE AMIGOS O FAMILIARES: \_\_\_\_\_

Marque con un círculo uno de los números de cada fila:

	Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Alguien que lo ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien puede hablar.	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5. Alguien que lo lleve al medico cuando lo necesite.	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10. Alguien que la abrace.	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5

<b>12. Alguien que le prepare la comida sino puede hacerlo.</b>	1	2	3	4	5
<b>13. Alguien cuyo consejo realmente desee.</b>	1	2	3	4	5
<b>14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.</b>	1	2	3	4	5
<b>15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas cuando este enfermo.</b>	1	2	3	4	5
<b>16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.</b>	1	2	3	4	5
<b>17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.</b>	1	2	3	4	5
<b>18. Alguien con quien Divertirse.</b>	1	2	3	4	5
<b>19. Alguien que comprenda sus problemas.</b>	1	2	3	4	5
<b>20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.</b>	1	2	3	4	5

Fuente: Londoño, 2012



**ANEXO 3:  
FICHA DE DATOS**

**DATOS GENERALES:**

• NOMBRES Y APELLIDOS	•
• EDAD	•
• EDAD GESTACIONAL	•
• CONTROLES PRENATALES	•
• PESO FETAL	•



## ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer **PREVALENCIA DE NIVELES DE DEPRESIÓN Y POSIBLES COMPLICACIONES EN GESTANTES DEL HOSPITAL GOYENECHÉ.**

- **Participación voluntaria**

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única que decide si desea participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria.

La participación es voluntaria, y puede dejar de participar en el momento que lo desee, sin repercutir negativamente.

- **Riesgos y procedimientos para minimizar los riesgos**

No existen riesgos en esta investigación.

- **Costos**

Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio, el costo de las encuestas y el taller educativo serán asumidos por el investigador.

- **Beneficios**

Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará contribuyendo decisivamente al conocimiento de la situación actual en nuestra ciudad, y a mejorar la salud mental en gestantes del Hospital III Goyeneche.

- **Confidencialidad**

Como hemos referido todos sus resultados que se generen serán tratados con la más estricta confidencialidad

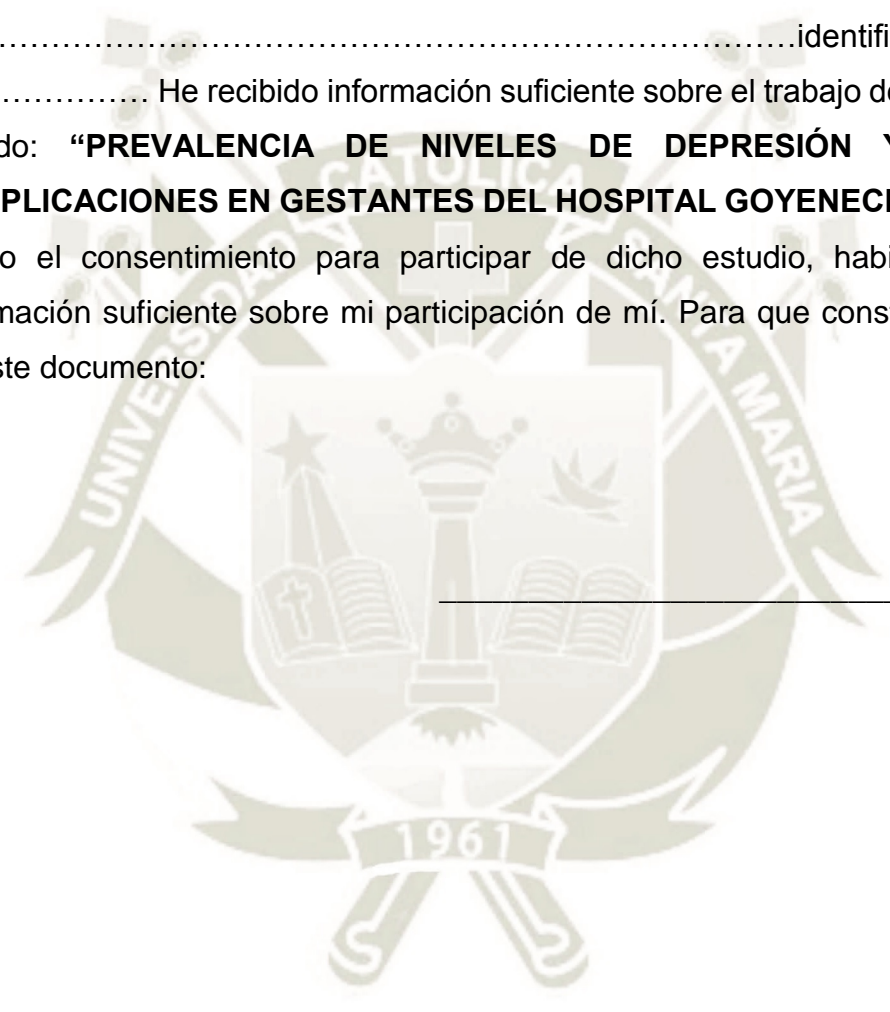
- **Contacto**

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio el personal asignado a coordinar este estudio puede responder preguntas adicionales sobre la encuesta, \* o cualquier procedimiento.

**Agradecemos por anticipado su aceptación y colaboración. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE**

Yo.....identificado con DNI ..... He recibido información suficiente sobre el trabajo de investigación titulado: **“PREVALENCIA DE NIVELES DE DEPRESIÓN Y POSIBLES COMPLICACIONES EN GESTANTES DEL HOSPITAL GOYENECHÉ”** Por lo que otorgo el consentimiento para participar de dicho estudio, habiendo recibido información suficiente sobre mi participación de mí. Para que conste, firmo al pie de este documento:

---



ANEXO 5:  
MATRIZ DE DATOS

ID	Edad	E.G	CPN	PF	T	PA	AE	AE	AI	AI	AS	AS	AA	AA	MOS	MOSC	Beck	BeckC
1	24	39	8	3104	III trimestre	AEG	28	Medio	13	Medio	14	Medio	12	Medio	67	Alto	3	Asintomático
2	23	35	6	2479	III trimestre	AEG	34	Alto	18	Alto	20	Alto	15	Alto	87	Alto	5	Leve
3	21	41	8	3300	III trimestre	AEG	40	Alto	20	Alto	20	Alto	15	Alto	95	Alto	0	Asintomático
4	28	39	4	3770	III trimestre	AEG	32	Alto	16	Alto	16	Medio	12	Medio	76	Alto	4	Leve
5	23	34	4	2500	III trimestre	AEG	30	Medio	17	Alto	16	Medio	12	Medio	75	Alto	3	Asintomático
6	21	37	5	3270	III trimestre	AEG	32	Alto	15	Medio	16	Medio	12	Medio	75	Alto	3	Asintomático
7	18	38	5	2980	III trimestre	AEG	34	Alto	16	Alto	15	Medio	12	Medio	77	Alto	1	Asintomático
8	35	40	0	3180	III trimestre	AEG	19	Bajo	7	Bajo	8	Bajo	8	Bajo	42	Medio	5	Leve
9	25	41	9	3741	III trimestre	AEG	32	Alto	18	Alto	18	Alto	13	Alto	81	Alto	2	Asintomático
10	30	40	5	4090	III trimestre	GEG	25	Medio	11	Medio	11	Bajo	11	Medio	58	Medio	5	Leve
11	46	41	9	3380	III trimestre	AEG	27	Medio	13	Medio	15	Medio	12	Medio	67	Alto	4	Leve
12	31	40	9	3260	III trimestre	AEG	27	Medio	13	Medio	15	Medio	12	Medio	67	Alto	1	Asintomático
13	32	41	10	3195	III trimestre	AEG	30	Medio	10	Bajo	16	Medio	12	Medio	68	Alto	6	Leve
14	27	39	9	3160	III trimestre	AEG	39	Alto	20	Alto	19	Alto	15	Alto	93	Alto	1	Asintomático
15	37	39	3	4230	III trimestre	GEG	40	Alto	20	Alto	20	Alto	15	Alto	95	Alto	3	Asintomático
16	24	39	10	3718	III trimestre	AEG	24	Medio	17	Alto	16	Medio	11	Medio	68	Alto	3	Asintomático
17	26	38	8	3769	III trimestre	AEG	21	Medio	11	Medio	10	Bajo	11	Medio	53	Medio	8	Leve
18	37	41	10	3150	III trimestre	AEG	25	Medio	8	Bajo	10	Bajo	8	Bajo	51	Medio	5	Leve
19	18	37	5	Sin datos	III trimestre	Sin datos	19	Bajo	12	Medio	11	Bajo	10	Medio	52	Medio	5	Leve
20	39	39	8	Sin datos	III trimestre	Sin datos	28	Medio	14	Medio	12	Medio	11	Medio	65	Medio	2	Asintomático
21	16	40	0	3370	III trimestre	AEG	31	Medio	14	Medio	15	Medio	12	Medio	72	Alto	6	Leve
22	30	39	11	2980	III trimestre	AEG	21	Medio	18	Alto	15	Medio	13	Alto	67	Alto	5	Leve
23	23	37	11	3319	III trimestre	AEG	31	Medio	14	Medio	14	Medio	12	Medio	71	Alto	3	Asintomático
24	42	29	3	1216	III trimestre	AEG	31	Medio	15	Medio	18	Alto	13	Alto	77	Alto	3	Asintomático
25	18	39	7	Sin datos	III trimestre	Sin datos	24	Medio	14	Medio	15	Medio	14	Alto	67	Alto	2	Asintomático
26	28	38	8	3670	III trimestre	AEG	28	Medio	12	Medio	16	Medio	11	Medio	67	Alto	9	Moderaado
27	29	41	12	2930	III trimestre	AEG	38	Alto	20	Alto	16	Medio	15	Alto	89	Alto	0	Asintomático
28	18	36	1	3234	III trimestre	AEG	33	Alto	16	Alto	16	Medio	12	Medio	77	Alto	1	Asintomático
29	34	36	4	Sin datos	III trimestre	Sin datos	31	Medio	14	Medio	16	Medio	12	Medio	73	Alto	0	Asintomático
30	24	34	6	1944	III trimestre	AEG	14	Bajo	4	Bajo	7	Bajo	4	Bajo	29	Bajo	1	Asintomático
31	24	41	9	3300	III trimestre	AEG	27	Medio	13	Medio	17	Alto	13	Alto	70	Alto	2	Asintomático
32	27	33	4	2011	III trimestre	AEG	33	Alto	18	Alto	17	Alto	13	Alto	81	Alto	2	Asintomático
33	28	37	6	No eco	III trimestre	AEG	16	Bajo	9	Bajo	9	Bajo	12	Medio	46	Medio	0	Asintomático
34	36	37	8	3662	III trimestre	AEG	32	Alto	16	Alto	15	Medio	13	Alto	76	Alto	3	Asintomático
35	37	39	9	3510	III trimestre	AEG	32	Alto	16	Alto	15	Medio	11	Medio	74	Alto	4	Leve
36	28	31	8	1648	III trimestre	AEG	22	Medio	10	Bajo	10	Bajo	7	Bajo	49	Medio	4	Leve
37	30	41	9	3850	III trimestre	AEG	18	Bajo	8	Bajo	8	Bajo	6	Bajo	40	Medio	6	Leve
38	31	40	10	3821	III trimestre	AEG	20	Bajo	11	Medio	10	Bajo	8	Bajo	49	Medio	13	Moderaado
39	33	35	6	Sin datos	III trimestre	Sin datos	28	Medio	15	Medio	14	Medio	11	Medio	68	Alto	2	Asintomático
40	35	39	8	3890	III trimestre	AEG	28	Medio	14	Medio	14	Medio	11	Medio	67	Alto	0	Asintomático
41	21	39	9	3562	III trimestre	AEG	24	Medio	12	Medio	12	Medio	9	Medio	57	Medio	7	Leve
42	21	41	3	3800	III trimestre	AEG	20	Bajo	8	Bajo	11	Bajo	9	Medio	48	Medio	11	Moderaado
43	30	39	2	2173	III trimestre	PEG	31	Medio	14	Medio	15	Medio	11	Medio	71	Alto	4	Leve
44	30	39	8	3070	III trimestre	AEG	36	Alto	19	Alto	19	Alto	14	Alto	88	Alto	3	Asintomático
45	34	39	6	3600	III trimestre	AEG	23	Medio	9	Bajo	9	Bajo	6	Bajo	47	Medio	6	Leve
46	16	37	7	3140	III trimestre	AEG	32	Alto	16	Alto	16	Medio	12	Medio	76	Alto	3	Asintomático
47	31	41	3	3542	III trimestre	AEG	16	Bajo	5	Bajo	8	Bajo	5	Bajo	34	Bajo	13	Moderaado
48	22	15	2	Sin datos	II trimestre	Sin datos	24	Medio	14	Medio	14	Medio	10	Medio	62	Medio	1	Asintomático
49	18	21	1	305	II trimestre	AEG	25	Medio	14	Medio	12	Medio	9	Medio	60	Medio	9	Moderaado
50	26	37	9	3121	III trimestre	AEG	18	Bajo	10	Bajo	8	Bajo	7	Bajo	43	Medio	13	Moderaado
51	25	38	10	3800	III trimestre	AEG	38	Alto	15	Medio	20	Alto	15	Alto	88	Alto	12	Moderaado
52	22	39	9	3650	III trimestre	AEG	28	Medio	16	Alto	15	Medio	14	Alto	73	Alto	5	Leve
53	21	35	6	2450	III trimestre	AEG	19	Bajo	10	Bajo	10	Bajo	8	Bajo	47	Medio	11	Moderaado
54	38	8	0	Sin datos	I trimestres	Sin datos	26	Medio	14	Medio	15	Medio	11	Medio	66	Medio	2	Asintomático
55	23	37	9	3295	III trimestre	AEG	33	Alto	13	Medio	13	Medio	14	Alto	73	Alto	6	Leve
56	34	39	7	2987	III trimestre	AEG	27	Medio	14	Medio	11	Bajo	11	Medio	63	Medio	4	Leve
57	25	37	10	3170	III trimestre	AEG	23	Medio	14	Medio	10	Bajo	11	Medio	58	Medio	9	Moderaado
58	32	32	4	1700	III trimestre	AEG	17	Bajo	10	Bajo	10	Bajo	7	Bajo	44	Medio	15	Severo
59	38	36	9	3070	III trimestre	AEG	16	Bajo	8	Bajo	8	Bajo	6	Bajo	38	Medio	5	Leve
60	25	35	10	3000	III trimestre	AEG	30	Medio	13	Medio	11	Bajo	15	Alto	69	Alto	5	Leve
61	27	39	8	3700	III trimestre	AEG	27	Medio	12	Medio	16	Medio	13	Alto	68	Alto	5	Leve
62	17	40	9	3100	III trimestre	AEG	19	Bajo	9	Bajo	9	Bajo	8	Bajo	45	Medio	13	Moderaado
63	27	39	6	2300	III trimestre	PEG	25	Medio	11	Medio	13	Medio	10	Medio	59	Medio	3	Asintomático
64	23	27	2	Sin datos	III trimestre	Sin datos	34	Alto	18	Alto	16	Medio	15	Alto	83	Alto	3	Asintomático
65	30	18	3	117	II trimestre	AEG	23	Medio	11	Medio	10	Bajo	8	Bajo	52	Medio	10	Moderaado
66	29	34	6	2371	III trimestre	AEG	28	Medio	14	Medio	13	Medio	11	Medio	66	Medio	4	Leve
67	25	34	6	2031	III trimestre	AEG	32	Alto	16	Alto	16	Medio	12	Medio	76	Alto	3	Asintomático
68	22	33	5	2137	III trimestre	AEG	21	Medio	10	Bajo	11	Bajo	9	Medio	51	Medio	1	Asintomático
69	19	37	4	2770	III trimestre	AEG	19	Bajo	9	Bajo	11	Bajo	7	Bajo	46	Medio	9	Moderaado
70	25	18	1	253	II trimestre	AEG	21	Medio	12	Medio	11	Bajo	8	Bajo	52	Medio	4	Leve
71	29	32	6	2371	III trimestre	AEG	21	Medio	10	Bajo	12	Medio	9	Medio	52	Medio	4	Leve
72	22	38	2	3270	III trimestre	AEG	29	Medio	16	Alto	15	Medio	11	Medio	71	Alto	9	Moderaado
73	23	36	8	2706	III trimestre	AEG	24	Medio	11	Medio	11	Bajo	11	Medio	57	Medio	9	Moderaado
74	25	37	7	2850	III trimestre	AEG	28	Medio	13	Medio	14	Medio	12	Medio	67	Alto	9	Moderaado
75	19	38	5	3800	III trimestre	AEG	34	Alto	19	Alto	19	Alto	15	Alto	87	Alto	2	Asintomático
76	35	39	9	3780	III trimestre	AEG	36	Alto	18	Alto	17	Alto	13	Alto	84	Alto	0	Asintomático
77	19	40	8	2990	III trimestre	AEG	36	Alto	17	Alto	19	Alto	14	Alto	86	Alto	0	Asintomático
78	29	38	8	2950	III trimestre	AEG	29	Medio	13	Medio	15	Medio	11	Medio	68	Alto	7	Leve
79	27	38	9	3350	III trimestre	AEG	32	Alto	16	Alto	16	Medio	12	Medio	76	Alto	3	Asintomático

### LEYENDA:

- **ID:** Numero de gestante.
- **Edad:** Años.
- **EG:** Edad gestacional.
- **CPN:** Controles prenatales.
- **PF:** Peso fetal.
- **T:** Numero de trimestre.
- **PA:** Peso adecuado.
- **AE:** Apoyo emocional.
- **AI:** Apoyo instrumental.
- **AS:** Apoyo social.
- **AA:** Apoyo afectivo.
- **MOS:** Puntuación de escala de MOS.
- **MOSC:** Codificación de la puntuación de la escala de MOS
- **BECK:** Puntuación de escala de Beck.
- **BECKC:** Codificación de la puntuación de la escala de Beck.



**ANEXO 6:  
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

# Universidad Católica de Santa María

## Facultad de Medicina Humana

### Escuela Profesional de Medicina Humana



#### **“PREVALENCIA DE NIVELES DE DEPRESIÓN Y POSIBLES COMPLICACIONES EN GESTANTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA – 2020”**

Proyecto de Tesis presentada por la  
Bachiller:

**Callo Zegarra, Wendy Alicia**

para optar el Título Profesional de:

**Médico Cirujana**

Asesor:

**Dr. Zevallos Rodríguez, Juan Manuel**

**Arequipa – Perú**

**2020**

## 1. PREÁMBULO

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares (1). En América del Sur se evidencia un patrón subregional mayor de los cuales Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia son los cinco primeros países en la tabla clasificatoria de la discapacidad por depresión (2).

La depresión es entre dos y tres veces más frecuente en las mujeres que los hombres, así mismo se conoce que el embarazo es un periodo de grandes cambios tanto para la gestante como para su familia.

En la actualidad la evidencia permite reconocer que los cambios hormonales asociados a los ciclos reproductivos incrementan el riesgo de padecer algún trastorno del estado de ánimo y en especial el trastorno depresivo (3).

El embarazo, uno de los eventos de mayor significancia en cuanto a cambios hormonales, representa un periodo de vulnerabilidad para la presentación o la recurrencia de un trastorno depresivo. Algunas mujeres experimentan su primer episodio depresivo durante el embarazo mientras que otras, que cuentan con antecedentes depresivos, están en riesgo incrementado para una recurrencia, continuación o exacerbación de dicho trastorno (4).

Se sabe además que el estigma asociado con la depresión y otras barreras en la búsqueda de tratamiento (5), hace que alrededor del 65% de las mujeres que sufren depresión durante el embarazo no sean diagnosticadas (6). Todo ello parece demostrar la importancia de intervenir, intentando evitar que el problema tenga una dimensión mayor y pueda afectar a la calidad de los cuidados que recibe el bebé (7).

## 2. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 2.1. Problema de Investigación

#### 2.1.1. Enunciado del problema

“¿Cuál es la prevalencia de los niveles de depresión y posibles complicaciones en gestantes del Hospital Goyeneche, Arequipa – 2020?”

#### 2.1.2. Descripción del problema

##### 2.1.2.1. Área del conocimiento

**Área general:** Ciencias de la Salud

**Área Específica:** Medicina Humana

**Especialidad:** Psiquiatría

**Línea:** Depresión en Gestantes

##### 2.1.2.2. Análisis u operacionalización de variables e indicadores

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD	ESCAL	TIPO DE VARIABLE
/CATEGORÍA				
A				
<b>Características clínico-epidemiológicas.</b>				
<b>Edad</b>	Fecha de nacimiento	Años	Numérico	Variable Interviniente
<b>Edad Gestacional</b>	Fecha de ultima regla	Semanas	Numérico	Variable Interviniente
<b>Controles prenatales</b>	Número de controles prenatales	Controles prenatales	Numérico	Variable Dependiente
<b>Peso Fetal</b>	Peso fetal	Gramos	Numérico	Variable Dependiente

<b>Grado de depresión</b>	Escala de Beck	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal – Dicotómica	Variable Independiente
<b>Apoyo Social</b>	Cuestionario MOS de apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Pocas veces</li> <li>• Algunas veces</li> <li>• La mayoría de las veces</li> <li>• Siempre</li> </ul>	Nominal – Política	Variable Dependiente

**2.1.2.3. Interrogantes básicas: actividades que vamos a cumplir para llegar al objetivo general.**

¿Cuál es la prevalencia de Depresión en Gestantes del Hospital Goyeneche?

¿El grado de depresión afecta el número de controles prenatales?

¿El grado de depresión afecta en el peso del producto?

¿Las gestantes cuentan con el apoyo social esperado?

¿Cuál es el adecuado manejo de Gestantes con Depresión?

#### **2.1.2.4. Tipo de investigación**

Investigación de campo

#### **2.1.2.5. Nivel de investigación**

Observacional, Prospectivo, Transversal

### **2.2. Justificación del problema**

La depresión es un trastorno mental frecuente que se presenta con mayor incidencia en mujeres, así mismo se puede presentar en cualquier etapa de la vida. Aunque la maternidad es un período que se percibe como una etapa positiva, muchas mujeres experimentan este trastorno en el embarazo y el puerperio, por tal motivo es de interés científico conocer la prevalencia de los niveles de Depresión, así mismo conocer como este trastorno podría afectar en el Número de controles prenatales y en el peso del producto en Gestantes del Hospital Goyeneche.

Es de interés humano ya que se podrá identificar este trastorno en el momento preciso, así como conocer porcentajes reales de aquellas gestantes que se ven afectadas y poder brindar el apoyo integral. Es de interés Social ya que mediante el cuestionario MOS podremos conocer si las gestantes del Hospital Goyeneche cuentan con el apoyo social familiar y extrafamiliar que ellas ameritan.

El tema es de interés actual ya que se desconoce el número de gestantes afectadas por este trastorno en nuestro medio, además de existir pocos estudios que evalúen este trastorno en la etapa gestacional.

Dicho estudio, despierta mucha curiosidad por parte de los investigadores ya que hay un progreso notable en el ámbito de la psiquiatría perinatal, además permitirá un trabajo conjunto tanto con Gineco-obstetras como Pediatras. Es de interés personal realizar este estudio para poder aportar en el diagnóstico precoz de este trastorno en el departamento de Gineco – Obstetricia y brindar un apoyo integral.

Debido a la factibilidad del proyecto es que se decide aplicarlo.

## 2.3. Marco conceptual

### 2.3.1. Depresión

La depresión representa un problema de salud pública debido a su alta prevalencia. La etiología de la depresión es compleja ya que en ella intervienen factores psicosociales, genéticos, y biológicos. Entre los factores psicosociales, se ha observado que los primeros episodios depresivos aparecen después de algún evento estresante, y el estrés que acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la fisiología cerebral que pueden producir variaciones a nivel estructural y en el funcionamiento de diferentes áreas cerebrales. Entre los factores genéticos que intervienen en el trastorno depresivo, se ha reportado que alrededor de 200 genes están relacionados con el trastorno depresivo mayor. Dentro de los factores biológicos, existen evidencias de alteraciones a nivel de neurotransmisores, citosinas y hormonas, cuyas acciones inducen modificaciones estructurales y funcionales en el sistema nervioso central, en el sistema inmunológico y en el sistema endocrino, que incrementan el riesgo de padecer la depresión mayor. A pesar de años de estudio, las bases biológicas del trastorno depresivo mayor y el mecanismo preciso de la eficacia antidepressiva siguen siendo poco claras (8).

A nivel mundial, aproximadamente 350 millones de personas, uno de cada diez adultos, sufre de depresión, y aproximadamente 60% de estos individuos no reciben la ayuda necesaria, a pesar de que el tratamiento disminuye los síntomas en más de 50% de los casos (9). Según las estimaciones, la prevalencia del trastorno depresivo mayor varía en todo el mundo, desde 3% en Japón hasta 16.9% en los Estados Unidos de América. Para los demás países, el trastorno depresivo tiene una prevalencia que va desde 8 a 12% (10).

En el Perú, aproximadamente más del 90% de pacientes con depresión no recibe un tratamiento eficaz y adecuado, debido a causas como las limitaciones en el diagnóstico pudiendo llegar al sobretreatment. Otro problema paralelo, es el escaso número de médicos especialistas en

psiquiatría a nivel nacional, pues la mayoría se ha concentrado en grandes ciudades del país (11).

En nuestro país, la última guía nacional sobre depresión fue aprobada por el MINSA en el año 2008, conteniendo recomendaciones orientadas solo al tratamiento farmacológico. Sin embargo, en la práctica clínica actual, los hospitales vienen aplicando diferentes tipos de psicoterapia además del uso de medicamentos antidepresivos, basándose en evidencias de guías internacionales. Por otro lado, la reciente creación de los “Centros de Salud Mental Comunitarios” del MINSA, que cuentan con profesionales psiquiatras y equipo multidisciplinario, constituyen una oportunidad para la protección y tratamiento de pacientes con trastornos mentales y la promoción de la salud mental en el primer nivel de atención (11).

#### **2.3.1.1. Anatomía de los circuitos nerviosos que participan en las emociones.**

La identificación de los circuitos neuronales y sus mecanismos moleculares son fundamentales para comprender la fisiopatología del trastorno depresivo. En este sentido, se han realizado estudios genéticos en humanos y en modelos de roedores con el fin de identificar los circuitos cerebrales involucrados en este trastorno mental. En el ser humano, el control de las emociones está regulado por el sistema límbico, el cual desencadena respuestas autónomas, endocrinas y del comportamiento ante los retos que comprometen la homeostasis, la supervivencia y la reproducción de un organismo, garantizando que éstos sean almacenados en la memoria para ser recordados durante eventos futuros (12).

El funcionamiento del sistema límbico está regulado por diversas vías nerviosas que liberan transmisores químicos como la noradrenalina (NA), dopamina (DA), la serotonina (5-HT) y la acetilcolina (ACh), entre otros, los cuales interactúan de una manera compleja para dar origen tanto a las emociones placenteras como a las desagradables. Debido a esto ha sido denominado el “cerebro emocional”. El sistema

límbico juega un papel preponderante en las alteraciones de la homeostasia emocional. Diversos estudios mostraron fisiológicamente que los pacientes con depresión mayor presentan un mayor flujo sanguíneo y un mayor metabolismo en zonas de la amígdala, la corteza orbital y el tálamo medial, así como una disminución de la actividad en las zonas dorso-medial y dorso-antero lateral de la corteza prefrontal y de la zona ventral anterior de la corteza cingulada. Estas alteraciones comprometen regiones talámicas, y diversos circuitos hipotalámicos, con la participación de la amígdala, la corteza orbital medial, y diversas regiones del estriado (8).

Las últimas investigaciones han permitido observar alteraciones neurobiológicas en pacientes deprimidos, entre los que destacan: cambios estructurales, cambios neuroendocrinos, además de cambios celulares y moleculares. Las áreas cerebrales que se cree están implicadas con la depresión mayor son la amígdala, la corteza cingulada, la corteza prefrontal y el hipocampo, donde se observa una reducción en el volumen y el grosor de estas áreas (13,14).

Por otro lado, la reducción del volumen del hipocampo ha sido reportada en niños y en adultos jóvenes con el trastorno depresivo mayor. Notablemente, otros estudios reportan reducciones en el volumen y densidad celular en diversas áreas del sistema nervioso central. Todos estos cambios estructurales y funcionales que ocurren en el trastorno depresivo mayor, se creen que son mediados por múltiples procesos moleculares que ocurren durante los episodios depresivos. Sin embargo, para entender un poco del cómo se originan, es necesario dar una mirada a la etiología del trastorno depresivo (8).

#### 2.3.1.2. Etiología del trastorno depresivo

- **Hipótesis de las monoaminas en la depresión:** Desde hace 5 décadas, el enfoque biológico de la depresión ha sido dominado por la hipótesis de las monoaminas. La hipótesis propone que la

depresión es causada por un déficit funcional de los neurotransmisores noradrenalina (NA) y la serotonina (5-HT), en las regiones límbicas (emocionales) del cerebro. Esta hipótesis se apoyó por el hallazgo de que el tratamiento con reserpina (un fármaco antihipertensivo, que agota las reservas de las monoaminas), causó episodios depresivos en algunos pacientes. La versión básica de esta hipótesis, con respecto al trastorno depresivo, especuló que la depresión se debe a una reducción en la disponibilidad de los neurotransmisores 5-HT y NA (8).

- **Importancia de la Serotonina en la depresión:** Las acciones de la 5-HT en el cerebro están mediadas por 14 receptores de membrana, agrupados en 7 familias: 5-HT<sub>1</sub>, 5-HT<sub>2</sub>, 5-HT<sub>3</sub>, 5-HT<sub>4</sub>, 5-HT<sub>5</sub>, 5-HT<sub>6</sub> y 5-HT<sub>7</sub>. Diversas funciones cerebrales se ven influenciadas por la 5-HT y sus receptores, incluyendo el sueño, la actividad motora, percepción sensorial, el apetito, el comportamiento sexual, regulación de la temperatura, la nocicepción y la secreción de las hormonas. Notablemente, se ha mostrado que la disminución de los niveles de 5-HT en el cerebro, mediante una dieta pobre en L-triptófano, induce síntomas depresivos tanto en pacientes en remisión durante el tratamiento con ISRS, como en sujetos con predisposición a desarrollar depresión (15,16).
- **Papel de la noradrenalina en la depresión:** A lo largo de los años, se ha sugerido una disminución en la liberación de la noradrenalina (NA) en personas deprimidas, que indica una alteración en el sistema noradrenérgico en la fisiología de los trastornos afectivos. La NA es un neurotransmisor que se ha relacionado con la motivación, el estado de alerta-vigilia, el nivel de conciencia, la percepción de los impulsos sensitivos, la regulación del sueño, el apetito, la conducta sexual, la neuromodulación de los mecanismos de recompensa, el aprendizaje y la memoria, funciones que con frecuencia se encuentran alteradas en el paciente deprimido (8).

- **Hipótesis Neurotrófica de la depresión:** Las neurotrofinas como el factor de crecimiento nervioso (NGF) y el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), son proteínas que influyen los procesos de neurogénesis y la plasticidad neuronal tanto en el sistema nervioso central como en el sistema nervioso periférico (17). Diversos estudios reportan la formación anormal de las sinapsis y una interrupción de la neurogénesis en pacientes deprimidos. Por lo que se cree que la reducción en los niveles de estas neurotrofinas (NGF y BDNF), afectan las funciones de las áreas cerebrales límbicas que participan en el control del ánimo y en las funciones cognitivas (18,19).
- **Hipótesis del déficit de GABA en la depresión:** las evaluaciones más recientes de los déficits de GABA en el cerebro, utilizando la técnica de espectroscopia de resonancia magnética muestran reducciones dramáticas del neurotransmisor GABA en la corteza occipital, pero aún más, existen reducciones significativas en la concentración de GABA en la corteza cingulada anterior y dorsomedial / dorsolateral de la corteza prefrontal de los pacientes con el trastorno de depresión mayor. Este fenotipo neuroquímico es consistente con una pérdida selectiva de las interneuronas GABAérgicas positivas a la calbindina observados en la corteza prefrontal dorsal de los pacientes deprimidos. Curiosamente, los déficits de GABA son más pronunciados en los subtipos de personas melancólicas y resistentes al tratamiento de la depresión (-50%), mientras que las reducciones en los pacientes deprimidos que no cumplen con los criterios de la melancolía son menos graves (-20%) (8).
- **Hipótesis del glutamato en la depresión:** Un gran número de estudios clínicos sugieren que la fisiopatología de la depresión se asocia con una exacerbación del sistema. Además, de cambios morfológicos y citoarquitecturales en un gran número de áreas del cerebro que median comportamientos cognitivos y emocionales. Al mismo tiempo, una gran cantidad de datos obtenidos en modelos animales muestran que los diferentes tipos de estrés

ambiental mejoran la liberación del neurotransmisor glutamato en las áreas límbicas y corticales. Además, de ejercer sus efectos en la remodelación de las espinas y los trocos dendríticos de las neuronas, causando la reducción de las sinapsis y posiblemente reducciones volumétricas que se asemejan a las observadas en los pacientes deprimidos. Debido a que una gran mayoría de las neuronas y de sus sinapsis en estas áreas cerebrales usan el glutamato como su neurotransmisor, se debe reconocer que este sistema (glutamatérgico) es un mediador primario de la patología depresiva y, potencialmente, también una vía final común para la acción terapéutica de los agentes antidepresivos (8).

- **Factores genéticos en el trastorno de depresión:** En fechas más recientes se ha propuesto que la depresión tiene su origen en la interacción de factores genéticos y ambientales que desencadenan alteraciones en la liberación de las monoaminas (20). Por otro lado, hasta la fecha se han reportado casi 200 genes involucrados con el trastorno depresivo mayor. De todos los genes asociados, siete se reportan con mayor significancia: 5HTTP / SLC6A4, APOE, DRD4, GNB3, HTR1A, MTHFR, y SLC6A3 (8).

### 2.3.1.3. Clínica:

La depresión mayor es un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento (21).

Estos síntomas incluyen:

- Llanto.
- Irritabilidad.
- Retraimiento social.
- Falta de libido.
- Fatiga.
- Disminución de la actividad.

- Pérdida del interés y el disfrute de las actividades en la vida cotidiana.
- Sentimientos de culpa e inutilidad.
- Baja de los sentimientos de autoestima.
- Pérdida de la confianza (21).

### 2.3.2. Depresión Gestacional

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria (1).

La depresión es la segunda causa de incapacidad de las mujeres y la morbilidad más común en la gestación (22). Un estudio realizado por Bennet et al encontró que los síntomas depresivos se presentaron en mayor proporción en el segundo (13%) y el tercer trimestre del embarazo (12%), comparado con el primer trimestre, en el que solo el 7% de la población estudiada presentó los síntomas (23).

Así mismo se registra una prevalencia del 40,1% en Perú, del 30,7% en México y un 29% en Sudamérica, lo que confirma la importancia de atender a este trastorno tanto en el país como en el mundo (22).

Actualmente no existe una definición exacta de depresión prenatal; sin embargo, en la guía de referencia rápida: “Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto” se menciona como un factor de riesgo para el padecimiento de depresión postparto (24).

Sigue siendo desconocida la causa de que para algunas mujeres el estado de embarazo no sea un factor protector contra los trastornos del estado de ánimo, como la depresión. No obstante, se debe recordar que la depresión es una afección con etiología multifactorial, por lo que se debe incluir los cambios hormonales y neuroendocrinos de esta etapa, además de los cambios psicosociales y ambientales. Conocer los

diferentes factores de riesgo de esta enfermedad permitirá optimizar las diferentes estrategias de prevención y tratamiento en la atención a la salud (23).

En la mayoría de los casos se cree erróneamente que durante el embarazo la gestante no sufre eventos estresores o situaciones que la lleven a poner en riesgo su salud mental o, por el contrario, se considera que estos estresores no tienen efecto en el desarrollo del feto, por lo que el control prenatal se dirige a la prevención de complicaciones fetales, y se descuida el estado emocional de la madre (22).

- **Factores de riesgo:** Los factores de riesgo de depresión en el embarazo se pueden clasificar en biológicos o psicosociales y abarcan desde el antecedente de depresión y trastorno disfórico premenstrual hasta historia de abuso sexual, edad temprana al embarazo, escaso apoyo social, consumo de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar (25).

El principal factor de riesgo para cualquier depresión fue señalado por Freud hace noventa y un años (1917) y se refiere al hecho de haber sufrido una pérdida significativa. Las pérdidas pueden ser diversas, como: perder al esposo o compañero; un hijo/a (o de cualquier tipo de pérdida perinatal); los padres u otros familiares; el amor de la pareja; la ciudad o país de origen (en los casos de migración, principalmente por guerra, hambre o desastres naturales); o bien, la pérdida de la integridad corporal (por enfermedad, accidente, etc.). Como consecuencia de la pérdida, emerge la fijación a un deseo irrealizable, el cual no puede ser compensado o reemplazado por otros deseos, lo que se acompaña de un sentimiento de impotencia y desesperanza al no alcanzarlo. Este factor se combina con otros factores de riesgo, que pueden ser biológicos, psicológicos y sociales. En lo relativo a factores de tipo biológico, los cuales podrían tener un rol causal en la depresión posparto o en la gestación, se ha sugerido que, en algunas mujeres, la presencia de anticuerpos antitiroideos puede contribuir a una baja de la hormona tiroidea en la sangre en consecuencia, producir una

disminución del estado de ánimo, bajo nivel de energía y cansancio. Durante el embarazo existe un aumento en la concentración sérica de globulina ligadora de hormonas y hay un aumento de T3 y T4; después del parto, se presenta un súbito cambio de estas concentraciones. Puede ocurrir que 5% de las mujeres en la etapa posparto sufran de un hipotiroidismo pasajero; se ha demostrado una asociación entre la presencia de anticuerpos antitiroideos y depresión postnatal. Por otra parte, los anticuerpos antitiroideos se presentan en 10% de las mujeres normales y resultaría fácil el estudiar los anticuerpos antitiroideos en la etapa posparto. Cabe hacer notar que la depresión mayor se ha asociado también con cambios en el funcionamiento tiroideo. Es importante consignar, además, que durante el embarazo la cantidad de progesterona y estrógenos es varias veces mayor que después de éste; en el posparto hay una súbita caída en la cantidad de estas hormonas. Se ha sugerido como factor contribuyente una baja en el nivel sanguíneo de progesterona y una elevación del nivel de cortisol. Además, se ha encontrado una correlación entre la concentración elevada de cortisol y mayor tristeza posparto. Como se sabe, los corticosteroides suelen estar elevados en personas que sufren de depresión mayor. En cuanto a la progesterona, se ha observado que ésta tiene efectos sedantes en varios animales y puede que esto ocurra a través de facilitar la función del sistema de ácido gamma aminobutírico en el sistema nervioso central. Hubo hace tiempo un creciente entusiasmo por el uso de progesterona para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo posparto y muchos clínicos/as han pensado que puede ser útil, aunque no haya estudios que hayan demostrado esto en forma definitiva. No se ha podido demostrar una clara asociación entre la tristeza posparto y los cambios en el estradiol sanguíneo. Entre los factores psicológicos de riesgo en la infancia y/o en la adolescencia se ha encontrado una relación positiva cuando la mujer tiene antecedentes de haber sufrido pérdidas tempranas; esto puede involucrar la pérdida de uno de los padres antes de los 10 años de edad o haber perdido contacto con alguno de ellos por abandono,

separación o divorcio de los padres. Asimismo, haber sido objeto de maltrato físico, emocional o sexual en la infancia, son experiencias que predisponen a la mujer a tener depresión en la edad adulta. En realidad, no se trata de fenómenos que sean raros ya que alrededor de 15 a 20% de mujeres han sido objeto de alguna forma de abuso sexual antes de alcanzar la edad adulta. Los maltratos crean una vulnerabilidad emocional importante en la mujer adulta.

Entre los factores de riesgo psicológico actuales se encuentra el padecer de violencia conyugal en cualquiera de sus modalidades o bien el tener una pareja que no le brinde apoyo emocional.

Entre los factores de tipo social se encuentra la pobreza o vulnerabilidad social, dificultades económicas, el no poder pagar los diversos servicios esenciales (pagar la luz, la renta, etc.) o acceso a servicios como cuidados médicos, al igual que el aislamiento social (26).

- **Clínica y Diagnóstico:** del episodio depresivo mayor tanto en la población general como en la gestante suele basarse en los síntomas y signos clínicos definidos por la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico para las Enfermedades Mentales (DSM-V) (27).

**Tabla 1 – Diagnóstico de episodio depresivo mayor según el DSM–V**

<b>A</b>	Durante un periodo de al menos 2 semanas, se presentan 5 (o más) de los siguientes síntomas y al menos 1 de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer
<b>1</b>	Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
<b>2</b>	Disminución del interés o el placer por las actividades.

<b>3</b>	Pérdida de peso sin hacer dieta o aumento de peso.
<b>4</b>	Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
<b>5</b>	Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
<b>6</b>	Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
<b>7</b>	Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada.
<b>8</b>	Disminución en la capacidad de concentrarse o tomar decisiones.
<b>9</b>	Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas, intentos de suicidio o plan estructurado para llevarlo a cabo.
<b>B</b>	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, lo laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.
<b>C</b>	No se puede atribuir el episodio a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Fuente: American Psychiatric Association (2013)

Puede existir rechazo, rabia o ambivalencia en relación al embarazo, sobre todo si este no es planificado. Asimismo, la mujer puede experimentar angustia por la responsabilidad que significa asumir el rol de madre o sentirse culpable por creer que no está contribuyendo al bienestar de su bebé. Es fundamental diagnosticar los episodios de depresión (28).

Así mismo se puede realizar el diagnóstico mediante varias escalas dentro de ellas las siguientes:

- Escala depresión posnatal de Edimburgo.
- Escala de desesperanza de Beck.
- Escala de Depresión de Zung
- Escala para la depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).

- Escala para la depresión de Montgomery-Asberg.
- Escala de Hamilton para la depresión (HDRS).

Hasta la penúltima versión de su clasificación de los trastornos mentales (DSM-IV), la Asociación Psiquiátrica Americana estipulaba que se podía incluir un especificador del comienzo de la depresión denominado “postparto”. En su más reciente versión (DSM-V), de 2013, se reemplazó el nombre de dicho especificador por el de “periparto”, pudiendo aplicarse a todo episodio depresivo de comienzo en el embarazo o en las cuatro semanas después del parto. La razón de este cambio es la constatación de que el 50% de los episodios de depresión postparto comienza en realidad en el embarazo, lo que da cuenta de la continuidad de los problemas anímicos perinatales (28).

Cabe señalar, no obstante, que los especialistas en psiquiatría perinatal designan con el nombre de depresión perinatal a los cuadros depresivos que se inician durante el embarazo o hasta un año después del parto, pues estiman que el criterio de limitar las depresiones a las primeras cuatro semanas del puerperio es muy restrictivo. También se debe tener presente que no se dispone de evidencia de una etiología específica o de una psicopatología claramente diferente. Aun así, el término se justifica por las necesidades específicas de las embarazadas/puérperas deprimidas y por los potenciales efectos en la descendencia (28).

- **Tratamiento:** Hay dos posibles tratamientos para la depresión en el embarazo: la psicoterapia y la farmacoterapia con antidepresivos. Cuando se trata de un cuadro depresivo leve, la psicoterapia es el tratamiento de primera línea, pero cabe resaltar que esta difícilmente será de provecho en cuadros depresivos moderados o graves. Por otro lado, la farmacoterapia está indicada como tratamiento de primera línea para la depresión mayor moderada o grave en el embarazo, pero se requieren de varias semanas a meses de tratamiento farmacológico continuo para que llegue a actuar contra los síntomas depresivos (29).
  - **Psicoterapia y terapias alternativas:** Disminuir el estrés perinatal es un objetivo esencial dentro de la promoción y la

prevención en salud pública. La ansiedad materna, la depresión y el estrés originan las ya nombradas complicaciones para el bienestar fetal y materno, por lo que el tratamiento de esta enfermedad debe ser eficaz. Las intervenciones de tipo psicológico dadas por el personal de salud, como la psicoterapia, han mostrado una importante eficacia en el tratamiento de la depresión en el embarazo en países de medianos y bajos ingresos (30).

- **Tratamiento farmacológico con antidepresivos:** La proporción de embarazadas con tratamiento antidepresivos ha aumentado drásticamente en las últimas 2 décadas, por lo que elegir una terapia eficaz y sin efectos adversos tanto para la madre como para el feto es la prioridad dentro de la atención médica.

No existen ensayos clínicos aleatorizados y controlados que permitan conocer la eficacia o la seguridad del uso de antidepresivos en la gestación; no obstante, a través de estudios retrospectivos y prospectivos de cohorte o de casos y controles, se ha logrado evidencia del tratamiento farmacológico (31,32). En el posible arsenal de fármacos para el tratamiento de la depresión en el embarazo, se encuentran los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), también llamados duales; desafortunadamente, debido a que no hay una opción de tratamiento para la depresión en el embarazo sin riesgo de teratogenicidad, la familia de antidepresivos con más evidencia es la más recomendada, los ISRS2 (33).

### 2.3.3. Escala de desesperanza de Beck

La desesperanza se entiende como la tendencia a tener expectativas negativas acerca de uno mismo y el futuro (34).

La escala de desesperanza de Beck (BHS) fue diseñada por el autor y sus colaboradores con el objetivo de contar con un instrumento útil que permita detectar pesimismo y actitudes negativas hacia el futuro de pacientes con depresión y riesgo de suicidio, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir éxito en su vida. La BHS estaría basada en el modelo de tres factores que considera el factor afectivo, el motivacional y el cognitivo. En la BHS el Factor Afectivo indaga acerca de sentimientos de esperanza, felicidad, fe, entusiasmo y momentos agradables. El Factor Motivacional recoge información respecto de la pérdida de motivación en la persona, manifestada en las decisiones de no querer esforzarse por algo deseado, querer rendirse o no querer conseguir nada en especial. El Factor Cognitivo está orientado a obtener información acerca de las expectativas y anticipaciones negativas respecto a la vida (34).

La BHS ha sido validada en diversos países como instrumento útil en la pesquisa temprana de depresión o depresión subclínica, mostrando una estructura factorial similar a la original (35,36).

El BHS está basado en una visión cognitiva de la Desesperanza. Consta de 20 afirmaciones con dos opciones de respuesta, Verdadero o Falso. No tiene tiempo límite de aplicación, pero generalmente toma de 5 a 10 minutos. Los ítemes que indican desesperanza se califican con 1 punto; los que no la indican se califican con 0 puntos, de tal manera que el puntaje máximo es 20 y el mínimo es 0 (37).

El BHS sólo estima la severidad de la desesperanza, por ello es clínicamente importante prestar atención a otros aspectos del funcionamiento psicológico particularmente a los niveles de la depresión y la ideación suicida. Ayuda a la interpretación la siguiente escala de puntajes propuestas por Beck y Steer: 0-3, Rango normal o asintomático; 4-8, Leve; 9-14, Moderado; y 15-20, Severo. Se ha observado que un

puntaje mayor a 9 es un buen predictor de una eventual conducta suicida (37).

#### **2.3.4. Cuestionario MOS de apoyo Social**

La red social se puede definir como los vínculos sociales directos o indirectos que tienen las personas, donde se dan o solicitan cosas recíprocamente (38). La OMS define "red" como la agrupación de individuos, organizaciones y agencias, organizados de forma no jerárquica en torno a temas o preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa y sistemática, sobre la base del compromiso y la confianza (39).

Es un instrumento desarrollado por Sherbourne y cols. en pacientes participantes del Medical Outcomes Study (MOS), con una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0.97 para la puntuación total, permite conocer la red familiar y extrafamiliar. Los elementos de la prueba fueron seleccionados de una forma muy cuidadosa intentando que los ítems fueran cortos, fáciles de entender, y restringidos a una única idea en cada caso. Es un cuestionario utilizado desde hace mucho tiempo para la evaluación del apoyo social en pacientes con enfermedades crónicas y ha mostrado buenas propiedades psicométricas evaluando distintas dimensiones del apoyo social.

Se caracteriza por ser breve, de fácil comprensión y autoadministrado; permite investigar el apoyo global y sus cuatro dimensiones: a) afectiva (demostración de amor, cariño, y empatía), b) de interacción social positiva (posibilidad de contar con personas para comunicarse), c) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica), y d) informacional (posibilidad de asesoramiento, consejo, información). Está constituido por 20 ítems, el primero dimensiona el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado(a), mide el tamaño de la red social; los demás se estructuran de acuerdo con la escala de Likert que puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre); conforman cuatro escalas que miden:

- **Apoyo emocional:** ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.
- **Ayuda material o instrumental:** ítems 2, 3, 12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- **Relaciones sociales de ocio y distracción:** ítems 7, 11, 14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- **Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño:** ítems 6, 10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3 (40).

El índice global máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19 (38).

En su trabajo de validación del cuestionario de MOS, De la Revilla y cols concluyeron que el cuestionario MOS es un instrumento válido y fiable que nos permite tener una visión multidimensional del apoyo social. Su uso nos permitirá descubrir situaciones de riesgo social elevado para poder intervenir sobre las personas y sus entornos sociales (41).

### 2.3.5. Complicaciones de la Depresión Gestacional

La depresión en el embarazo se ha documentado como la causa más frecuente de incapacidad laboral, además de incluir aspectos como deterioro en el autocuidado y aumento de conductas de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco, junto con intentos suicidas (42).

Algunos estudios han demostrado que la ansiedad y la depresión en el embarazo aumentan el riesgo de trabajo de parto pretérmino, neurodesarrollo fetal alterado, Apgar con baja puntuación y bajo peso al nacer (30); además, se ha evidenciado el aumento en las tasas de abuso de sustancias y escasa participación en programas de control prenatal durante el embarazo (42).

Según un estudio llevado a cabo por la Universidad de Michigan, tanto las mujeres que sufrieron depresión durante el embarazo como sus recién nacidos mostraron aumento de corticotropina, alteraciones en el patrón del sueño, mayor irritabilidad, disminución de las expresiones faciales y mayor riesgo de adquirir apego inseguro (43).

Sobre la relación entre ansiedad y peso, identificaron 9 artículos que sí observan una relación entre estas variables y 3 que no (44). Además de relacionar ansiedad y peso (45), vinculan los síntomas de ansiedad durante el embarazo con otras medidas de crecimiento, como la talla o el perímetro craneal neonatal, encontrando una relación inversa entre ambas variables. Otros estudios, como el de Wainstock et al (46), a pesar de no hallar una asociación directa entre el estrés percibido y el bajo peso, sí observan que existen más probabilidades de que se produzca esta asociación.

En cuanto a los estudios que reflejan la variable «trimestre del embarazo», la importancia del trimestre se distribuye de la siguiente manera: 1 artículo destaca el primer trimestre, 4 artículos el segundo, 1 artículo recalca el intervalo entre el segundo y el tercer trimestre y, por último, 2 artículos subrayan el tercer trimestre (44).

En relación con el primer trimestre, únicamente Zhu et al. (47) demostraron que, por cada unidad de acontecimientos vitales estresantes ocurridos en el periodo prenatal y en el primer trimestre, se produce una disminución de 122,97 g en el peso al nacimiento. Del total de artículos consultados, cuatro concluyen que el segundo trimestre es el más relevante para la relación causa-efecto entre estrés materno y peso fetal o neonatal (44). Class et al. demuestran que el riesgo de tener un niño con bajo peso está relacionado específicamente con una alta exposición al estrés durante el quinto o sexto mes de la gestación. Más concretamente (48), en el estudio de Khashan et al. se especifica que las puntuaciones de estrés obtenidas en la semana  $20 \pm 1$  de embarazo se relacionan con un incremento en el riesgo de tener un feto PEG (49).

## 2.4. Análisis de antecedentes investigativos

### 2.4.1. A nivel internacional

- **Autor:** Jhon Freddy Martínez-Paredes y Nathalia Jácome-Pérez

**Título:** Depresión en el embarazo

**Fuente:** Revista Colombiana de Psiquiatría

**Resumen: Introducción:** La depresión es la morbilidad psiquiátrica más común en el embarazo, y llega a afectar a más del 13% de las gestantes. Su diagnóstico se basa en los criterios establecidos por el DSM-V y la aplicación de escalas validadas como la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo; sin embargo, entre los profesionales de la salud aún existen errores y falencias en el reconocimiento, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión durante el embarazo, lo que propicia las diferentes consecuencias y repercusiones para la gestación misma o el feto. **Objetivo:** Presentar una revisión de tema acerca de la depresión en el embarazo, sus factores de riesgo, las características clínicas, las complicaciones y el tratamiento. **Métodos:** Se utilizaron las bases de datos PubMed y LILACS para la búsqueda de manuscritos; de 223 artículos, 55 cumplían los criterios de inclusión. **Resultados:** En Sudamérica se registra una prevalencia de aproximadamente el 29%. Los factores de riesgo con mayor significación son el abuso sexual, la edad temprana al embarazo y la violencia intrafamiliar. Por ello, el diagnóstico temprano favorece la disminución en las conductas de riesgo, los trastornos del neurodesarrollo fetal y los resultados obstétricos. **Conclusiones:** La depresión en el embarazo es una afección frecuente; no obstante, se presenta subregistro por la atribución de los síntomas a la gestación misma. Se recomienda el uso de antidepresivos como los inhibidores de la recaptación de serotonina, especialmente la fluoxetina, que no se ha relacionado con teratogenicidad, además de la implementación de tratamiento no farmacológico como psicoterapia, mindfulness y ejercicio aeróbico. La sensibilización del personal de salud permitirá el diagnóstico y el tratamiento adecuados de esta enfermedad (22).

- **Autor:** Dr. Enrique Jadresic M.

**Título:** Depresión perinatal: detección y tratamiento

**Fuente:** Revista Médica Clínica Condes

**Resumen:** El estrecho contacto que los profesionales de la ginecoobstetricia mantienen con las embarazadas/puérperas, proporciona una oportunidad única para diagnosticar y tratar precozmente la depresión perinatal. El trastorno puede ocasionar consecuencias negativas a la madre, el entorno familiar y, en especial, a la descendencia en la etapa de feto/lactante o, incluso, en épocas más tardías de la vida. En Chile se ha validado la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo para la detección de probables casos, tanto en el embarazo como en el postparto. Su aceptabilidad entre las mujeres es alta. En la actualidad se dispone de diversos tratamientos. En la evaluación de los riesgos asociados a ellos, se debe tener presente que, abstenerse de indicar un antidepresivo a una embarazada deprimida, o con alto riesgo de presentar una recidiva, puede generar un riesgo mayor en la mujer y el feto que el riesgo por la exposición al fármaco (28).

#### 2.4.2. A nivel Nacional

- **Autor:** Nelly Lam, Hans Contreras, Elizabeth Mori , Williams Hinojosa , Richard Hinojosa , Erasmo Torrejón , Elizabeth Coaquira , Willy Hinojosa.

**Título:** Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008.

**Fuente:** Revista Peruana de Epidemiología

**Resumen:** Objetivo: Determinar las correlaciones y asociaciones de riesgo entre sintomatología depresiva y casos probables de depresión mayor según factores psicosociales. Métodos: Estudio observacional transversal analítico en tres hospitales Lima, Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" (HONADOMANI) y Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL). Muestra probabilística de 593

gestantes. Se utilizó la Escala de la Depresión de Edimburgo (EPDS) para medir sintomatología depresiva y casos probables de depresión mayor. Resultados: Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.836 para EPDS. Estructura multidimensional de dos factores que explica el 54.67% de la varianza. La prevalencia de casos probables de depresión mayor de 34.1%. Según regresión logística, fueron factores asociados independientes para probable depresión mayor: antecedente de aborto (OR=1.71; IC95%:1.15-2.54;  $p<0.01$ ). Conclusiones: La EPDS es un cuestionario confiable y posiblemente válido para ser utilizado en la identificación de sintomatología depresiva y de probables casos de depresión mayor en población gestante de Lima (Perú). El estudio revela una alta prevalencia de casos probables de depresión mayor y encuentra asociaciones significativas en relación con los factores psicosociales referidos por la literatura especializada (50).

- o **Autor:** Matilde Lena Luna Matos; Joel Salinas Piélagos; Antonio Luna Figueroa.

**Título:** Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú.

**Fuente:** Revista Panamericana de Salud Pública

**Resumen:** **OBJETIVOS:** Determinar la prevalencia de depresión mayor durante el embarazo y establecer las características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres embarazadas con depresión mayor atendidas en la consulta externa de un hospital de Lima, Perú.

**MÉTODOS:** Estudio descriptivo transversal de asociación simple. Se analizaron 222 gestantes de 16 a 42 años con bajo riesgo obstétrico que acudieron a la consulta externa del Departamento de Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú, entre el 2 de junio y el 28 de noviembre de 2006. A cada embarazada se le aplicó la escala de depresión de Edimburgo y un cuestionario sobre datos sociodemográficos y obstétricos. Se determinó la relación entre las variables de estudio según la presencia de depresión mayor mediante las pruebas de la  $\chi^2$  y de la Z, según el tipo de variable.

**RESULTADOS:** De las 222 gestantes estudiadas, 89 (40,1%) presentaron depresión mayor. Las mujeres casadas tendían a deprimirse menos; las que no planificaron su embarazo y que presentaron complicaciones durante su gestación tendieron a deprimirse más que sus pares. No se encontró que la edad, el número de hijos, la edad gestacional, el nivel educacional, los antecedentes de aborto, el consumo de alcohol u otras sustancias, la falta de apoyo familiar y la percepción de tener problemas de pareja, familiares, económicos o personales influyeran en la frecuencia de depresión.

**CONCLUSIONES:** La prevalencia de depresión mayor en las gestantes estudiadas fue muy elevada. Se debe prestar especial atención a las mujeres que manifiestan tener un embarazo no planificado y las que sufren complicaciones durante su embarazo, a fin de llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos (51).

- o **Autor:** Nelly Lam, Hans Contreras, Elizabeth Mori, Enrique Gil, Eduardo Espinoza, Giulianna Córdova

**Título:** Estudio de la validez interna y concurrente del inventario de depresión de Beck para atención primaria (BDI-PC) en población gestante de Lima Metropolitana, mayo – junio de 2008.

**Resumen: Objetivo:** evaluar la validez interna y concurrente del inventario de depresión de Beck para atención primaria (BDI-PC) en una población gestante de Lima, Perú. **Material y métodos:** estudio analítico observacional transversal, realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Incluyó a 307 mujeres gestantes atendidas en el servicio de Medicina fetal, durante mayo y junio del 2008, a quienes se realizó el BDI-PC. Para evaluar la validez concurrente se utilizó la escala de depresión de Edinburgo (EPDS), se calculó el coeficiente alfa de Cronbach, el coeficiente de correlación de Pearson, y se realizó un análisis exploratorio de factores con rotación Varimax. **Resultados:** la consistencia interna para el BDI-PC fue moderada (alfa de Cronbach 0.683), mientras que la consistencia interna de la EPDS fue alta (alfa de Cronbach de 0.826). El BDI-PC

no fue unidimensional, presentó dos factores que explicaron el 49% de la varianza. El coeficiente de correlación de Pearson entre BDI-PC y EPDS fue de 0.60 ( $p < 0.001$ ). El análisis exploratorio de factores reveló la ausencia de un componente ansioso en la dimensionalidad del BDI-PC.

**Conclusiones:** el estudio muestra que el BDI-PC presenta, en población gestante, una moderada validez interna y concurrente (50).

## 2.5. Objetivos

### 2.5.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de depresión y posibles complicaciones en gestantes del Hospital Goyeneche, Arequipa – 2020.

### 2.5.2. Objetivos específicos

- Encontrar el número de gestantes afectadas por depresión.
- Identificar si las pacientes con Depresión Gestacional cuentan con menor número de Controles Prenatales.
- Identificar si las pacientes con Depresión Gestacional cuentan con un producto cuyo peso es menor al esperado.
- Identificar si las Gestantes del Hospital Goyeneche cuenta con Apoyo Social.

## 2.6. Hipótesis

Existe relación entre el grado de depresión gestacional y su efecto en el número de controles prenatales y peso para la edad gestacional.

## 3. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 3.1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

#### 3.1.1. TÉCNICA:

De encuestas.

#### 3.1.2. INSTRUMENTOS:

- Escala de desesperanza de Beck
- Cuestionario MOS de apoyo social.
- Carné Perinatal.

- Ecografías Obstétricas realizadas en el Hospital Goyeneche.

### 3.1.3. MATERIALES:

- Laptop
- Hojas bond
- Lapiceros
- Calculadora
- Paquete estadístico

## 3.2. Campo de verificación

### 3.2.1. Ubicación espacial

Hospital Goyeneche – Arequipa - Perú

### 3.2.2. Ubicación temporal

2020

### 3.2.3. Unidades de estudio

Universo: Gestantes del Hospital Goyeneche

Tamaño de la Muestra: Pacientes que cumplan los criterios de inclusión.

#### **Criterio de inclusión:**

Pacientes Gestantes del Hospital Goyeneche.

#### **Criterio de exclusión:**

Pacientes con antecedentes de depresión o trastornos psiquiátricos.

## 3.3. Estrategia de recolección de datos

### 3.3.1. Organización

- Después que se apruebe el proyecto de Tesis, se presentara un documento al Jefe de Departamento de Gineco – Obstetricia para que se pueda realizar el estudio.
- El investigador acudirá frecuentemente al departamento de Gineco – Obstetricia tanto el área de Hospitalización con Consultorios Externos donde aplicará encuestas y revisión de la historia Gineco – Obstétrica para obtener la mayor cantidad de datos.

### **3.3.2. Recursos**

#### **3.3.2.1. Humanos:**

- o Investigadora: Wendy Alicia Callo Zegarra alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de Santa María.
- o Asesor: Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez
- o Estadístico: Pendiente

#### **3.3.2.2. Institucional:**

Hospital III Goyeneche

#### **3.3.2.3. Financiero:**

Autofinanciado

### **3.3.3. Validación de los instrumentos**

- o No requiere ya que se utilizará escalas ya validadas.

### **3.3.4. Criterios o estrategia para el manejo de resultados**

Para el análisis estadístico de las variables ordinales, se aplicará estadística descriptiva; se calculará el promedio, mediana de las variables numéricas. En cuanto a las variables categóricas se expresará en número y porcentaje, se utilizará el programa Excel 2010 así como el paquete estadístico SPSS, los resultados serán presentados en tablas y gráficos.

#### 4. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	Nov - 18				Dici-19				Enero-20				Febre-20			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema	■	■	■													
2. Revisión bibliográfica				■	■	■	■	■								
3. Aprobación del proyecto									■	■	■	■				
4. Ejecución													■	■	■	■
5. Análisis e interpretación																■
6. Informe final																■



**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Organización Mundial de Salud. Organización Mundial de Salud. [Online].; 2019. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2018. Available from: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y).
3. Barbara P, Newton R. Chronobiological Basis of Female-Specific. NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY. 2001; 25(S5).
4. Lam N, Contreras H, Mori E. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Revista Peruana de Epidemiología. 2011;; p. 193-200.
5. Rhonda C. Boyd, Marjie Mogul, Deena Newman. Screening and Referral for Postpartum Depression among Low-Income Women: A Qualitative Perspective from Community Health Workers. Hindawi. 2011.
6. Ko, J., Farr, S., Dietz, P. y Robbins, C. Depression and treatment among U.S pregnant and non-pregnant women of reproductive age. Journal of Women's Health. 2012;; p. 830 - 836.
7. Rodríguez-Munoz M, Olivares M. Prevención de la depresión perinatal. Clínica y Salud. 2016;; p. 97- 99.
8. Elsy P, Victor C, Hijuelos N. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. Revista Biomedica. 2017 Junio; 28(2): p. 89-115.
9. Schulz PE; Arora G. Depression Continuum (Minneapolis Minn). Behavioral Neurology and Neuropsychiatry. 2015;; p. 756 -771.
10. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R. National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity. JAMA. 2003;; p. 3095–3105.
11. Cajahuanca G, Cazorla C; C., Valenzuela. Guía de práctica clínica basada en evidencias para el tratamiento de depresión en adultos en un hospital especializado en salud mental Lima, Perú. Anales Facultad de Medicina. 2019 Marzo; 80(1): p. 123-130.

12. Anderson G; Maes M. How Immune-inflammatory processes link CNS and psychiatric disorders: Classification and Treatment Implications. *CNS & Neurological Disorders - Drug Targets*. 2006.
13. Constantin B, Enikö K, Hof. PR. Anterior cingulate cortex pathology in schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Neuropathologica*. 2001 Octubre; 102(4): p. 373 - 379.
14. Baumann; P, Danos; D, Krell; S, Diekmann; A, Leschinger; R, Stauch; C., Wurthmann B. Reduced volume of limbic system-affiliated basal ganglia in mood disorders: preliminary data from a postmortem study. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 1999; 11(1): p. 71 - 78.
15. Nutt; S, Forshall; C, Bell; A, Rich; J, Sandford; J, Nash DJ. Mechanisms of action of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of psychiatric disorders. *European Neuropsychopharmacology - Journal*. 1999;: p. 81 -86.
16. Slattery D, Hudson L, Nutt D. Invited review: the evolution of antidepressant mechanisms. *Fundamental & Clinical Pharmacology*. 2004 Enero; 18(1): p. 1-21.
17. Hashimoto K. Brain-derived neurotrophic factor as a biomarker for mood disorders: an historical overview and future directions. *Psychiatry Clinical Neurosciences*. 2010 Octubre; 64(5).
18. Boldrini M, Hen R, Underwood M. Hippocampal angiogenesis and progenitor cell proliferation are increased with antidepressant use in major depression.. *Biological Psychiatry*. 2012; 72(7).
19. Korgaonkar M, Fornito A, Williams L. Abnormal structural networks characterize major depressive disorder: a connectome analysis.. *Biological Psychiatry*. 2014; 76(7).
20. Bessa J, Ferreira D, Melo I, Marques F, Cerqueira J, Palha J, et al. The mood-improving actions of antidepressants do not depend on neurogenesis but are associated with neuronal. *Molecular Psychiatry*. 2009 Agosto; 14(8): p. 764-773.
21. Lang, UE; Borgwardt, S. Molecular mechanisms of depression: perspectives on new treatment strategies. *Cell Physiology Biochemistry*. 2013;: p. 761-777.
22. Martínez J, Jácome N. Depresión en el embarazo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2019; 48(1): p. 58 -65.

23. Bennett H, Einarson A, Taddio A, KG, Thomas. E. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004 Abril; 103(4): p. 698 - 709.
24. Rodriguez A, Lolina M, Carrillo M. Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal. *Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social.* 2017 Mayo; 25(3): p. 181 -188.
25. Krauss PP, Lovisi GM, Pilowsky DL, Lima LA, Legay LF. Depression during pregnancy: Prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saude Publica.* 2009;; p. 2725–2736.
26. LARTIGUE T, MALDONADO M. Depresión en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana.* 2008; 22.
27. Arlington: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5.a ed. 2013.
28. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista chilena de neuropsiquiatría.* 2010 Diciembre; 48(4): p. 269-278.
29. Kennedy SH, Lam RW, Parikh SV, Patten SB, Ravindran AV. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. *J Affect Disord.* 2009. 2009;; p. 117.
30. Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress. *Curr Opin Psychiatry.* 2012;; p. 141 - 148.
31. Mulder EJH, Ververs FF, De Heus R, Visser GHA. Selective serotonin reuptake inhibitors affect neurobehavioral development in the human fetus. *Neuropsychopharmacol.* 2011;; p. 1961 - 1971.
32. Lattimore KA, Donn SM, Kaciroti N, Kemper AR, Neal CR, Vazquez DM. Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use during pregnancy and effects on the fetus and newborn: ameta-analysis. *J Perinatol.* 2005;; p. 596 - 604.
33. Kempler L, Sharpe L, Bartlett D. Sleep education during pregnancy for new mothers. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;; p. 155.
34. Beck A WA. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *American Psychological Association.* 1974; 42(6): p. 861-865.

35. Mikulic IM, Cassullo GL, Crespi MC. ESCALA DE DESESPERANZA BHS (A. BECK, 1974): ESTUDIO DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS Y BAREMIZACIÓN DE LA ADAPTACIÓN ARGENTINA. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2009;; p. 365-373.
36. Cifuentes, Carlos Eduardo González. Propiedades psicométricas de la escala de desesperanza de beck en una muestra bogotana. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2009;; p. 17-30.
37. Jaime, Tovar A.; Luis, Rodríguez de los Ríos. ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (BHS): ADAPTACIÓN Y CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS. Revista IIPSI. 2006;; p. 69 - 79.
38. García A. El apoyo social. Hojas informaticas. 2003;; p. 1-5.
39. OMS. [Online].; 1997. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=FA3F69243A8CC47770947CCDB246CD86?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=FA3F69243A8CC47770947CCDB246CD86?sequence=1).
40. Miguel SC. IDENTIFICACIÓN Y UTILIDAD DE LAS HERRAMIENTAS PARA EVALUAR EL APOYO SOCIAL AL PACIENTE Y AL CUIDADOR INFORMAL. La Paz. 2011.
41. De la Revilla L, Luna del Castillo J, Bailón E, Medina I. Validación del cuestionario de MOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina de Familia. 2005;; p. 10 - 18.
42. Polen KND, Rasmussen SA, Riehle-Colarusso T, Reefhuis J. Association between reported venlafaxine use in early pregnancy and birth defects, national birth defects prevention study 1997 - 2007. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2013;; p. 28 - 35.
43. Marcus SM. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences - Motherisk Update 2008. Can J Clin Pharmacol. 2009;; p. 15-22.
44. Betegón Á, Moliner M, Nadal G. La influencia del estrés o ansiedad de la gestante en el peso fetal o neonatal: Revisión Bibliográfica. Matronas. 2017 Enero; 18(2): p. 69 -77.
45. Henrichs J, Schenk J, Roza S, Van den Berg M, Schmidt H, Steegers. Maternal psychological distress and fetal growth trajectories: the Generation R Study. Psychol Med. 2010;; p. 633-643.

46. Tamar W, Eyal A, Saralee G. The association between prenatal maternal objective stress, perceived stress, preterm birth and low birthweight. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2013 Junio; 26(10): p. 973 -977.
47. Zhu P, Fangbiao T, Hao J, Sun Y, Jiang X. Prenatal life events stress: implications for preterm birth and infant birthweight. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;; p. 34.
48. Class Q, Lichtenstein P, Langström N, D'Onofrio B. Timing of prenatal maternal exposure to severe life events and adverse pregnancy outcomes: a population study of 2.6 million pregnancies. *Psychosom Med.* 2011;; p. 234.
49. Khashan; C, Everard; LM, McCowan; G., Dekker As. Second-trimester maternal distress increases the risk of small for gestational age. *Psychol Med.* 2014 Febrero; 44(13): p. 810.
50. Lam, Nelly; Contreras, Hans; Mori, Elizabeth. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. *Revista Peruana de Epidemiología.* 2008;; p. 193-200.
51. Luna M, Salinas J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Publica.* 2009;; p. 310-314.