

**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE IQUITOS  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TÍTULO:**

**FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN LAS GESTANTES ATENDIDAS  
EN LA RED ASISTENCIAL DEL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA DE LA  
CIUDAD DE IQUITOS- AGOSTO 2008**

**TESIS PRESENTADO PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA**

**TESISTA :**

Bach. REÁTEGUI NUÑEZ, Ricardo Martín.

**ASESOR :**

Obst. ESPINOZA RAMIREZ, Natalik.

**IQUITOS - PERÚ**

**2008**



# UNIVERSIDAD PARTICULAR DE IQUITOS

Imaginación para la innovación permanente

## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a las 11:30. horas del día 08., del mes de Noviembre del año 2008, se reunió el Jurado Examinador, que firma al final del presente documento, para evaluar la sustentación de :

Sr. : MARTÍN REATEGUI NUÑEZ

En la modalidad de: **SUSTENTACIÓN DE TESIS**

Después de las deliberaciones correspondientes, se procedió a evaluar:

Indicador	Examinador 1	Examinador 2	Examinador 3	Promedio
A) Aplicación de la teoría a casos reales	3	4	3	3,3
B) Investigación Bibliográfica	2	2	2	2
C) Competencia expositiva (claridad conceptual, argumentación, coherencia)	3	3	3	3
D) Calidad de respuestas.	2	2	2	2
E) Uso de terminología especializada	3	4	4	3,7
Calificación Final				14

Aprobado Por: Unanimidad

Calificación Final (en letras) Catorce

Leyenda:

Indicador	Descripción	Puntaje
A	Deficiente	1
B	Regular	2
C	Satisfactoria	3
D	Óptima	4

Presidente: Mgr. Gregorio Heredia Quezada

Miembro: Psc. Herminia de los Rios Sosa

Miembro: Med. Eder Aguilar Rojas

## DEDICATORIA

**A Dios** padre todo poderoso por ser el guía espiritual de mi vida.

**A mis Padres:**

Pedro Reátegui Donayre y Bella Margoth Núñez Vargas; porque juntos guiaron mis pasos con su apoyo inconmensurable.

**A mis Hermanos:**

Ray, kely, Paolo; por ser el sustento de afecto y cariño.

**A mis Hijos:**

Bella Nicolle y Martín Junior; razón de vivir, esperanza del mañana.

**A mi Enamorada:**

Cinthia Paola Arévalo Chávez por su amor y apoyo incondicional durante toda mi formación profesional.

**A mis Amigos:**

Mabel, Evelyn, Liz, Raúl y todos aquellos que hicieron posible la confección y elaboración de este trabajo.

**A mis Docentes:**

De la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Particular de Iquitos, por su ejemplo de profesionalidad que nunca he olvidado.

**Ricardo Martín Reátegui Núñez.**

Tesista.

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres por su ayuda incondicional en los momentos que los necesitaba; tanto el apoyo moral, económico, así como su cariño y comprensión.

A mi asesora de tesis Obst. Natalik Beatriz Espinoza Ramírez. Y mis Co-Asesores Méd. Baca Huamán José L Obst. Raúl Ballarte Malpartida por el asesoramiento científico y estímulo para seguir creciendo intelectualmente.

A los médicos jefes y Obstetras de cada establecimiento de Salud por su aceptación, ejecución y facilidad para la realización de dicho trabajo de investigación.

...Y a todas las personas que directa e indirectamente fueron partícipes de dicho trabajo.

## ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE DE CONTENIDO	iv
INDICE DE TABLAS	v
INDICE DE GRAFICOS	vi
RESUMEN	vii

## CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES.....	3
1.1.1 Antecedentes Internacionales.....	3
1.1.2 Antecedentes Nacionales.....	4
1.1.3 Antecedentes Locales.....	5
1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	6
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	8
1.4 OBJETIVOS	
1.4.1 Objetivo General.....	9
1.4.2 Objetivos Específicos.....	9

## CAPÍTULO II MARCO TEORICO-CONCEPTUAL

2.1 Marco Teórico.....	10
2.2 Marco Conceptual.....	35
2.2.1 Variable Dependiente.....	35
2.2.2 Variable Independiente.....	35

**CAPÍTULO III  
RECURSOS UTILIZADOS**

3.1	Recursos.....	38
-----	---------------	----

**CAPÍTULO IV  
METODOS**

4.1	Hipótesis.....	40
4.2	Tipo de Investigación.....	40
4.3	Población y Muestra.....	40
4.3.1	Población.....	40
4.3.2	Muestra.....	40
4.4	Técnicas.....	42
4.5	Instrumentos.....	42
4.6	Ética.....	47

**CAPÍTULO V  
RESULTADOS**

5.1	Análisis e Interpretación.....	48
-----	--------------------------------	----

**CAPÍTULO VI  
DISCUSIÓN**

6.1	Discusión de los resultados.....	63
-----	----------------------------------	----

<b>CONCLUSIONES.....</b>		<b>67</b>
--------------------------	--	-----------

<b>RECOMENDACIONES.....</b>		<b>69</b>
-----------------------------	--	-----------

<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>		<b>70</b>
--------------------------	--	-----------

**ANEXOS**

## **INDICE DE TABLAS**

- Tabla N° 1 Relación entre la Edad de la Gestante y la Depresión
- Tabla N° 2 Relación entre la Procedencia de la Gestante y la Depresión
- Tabla N° 3 Relación entre el Estado Civil de la Gestante y la Depresión
- Tabla N° 4 Relación entre el Nivel de Instrucción de la Gestante y la Depresión
- Tabla N° 5 Relación entre el Nivel Socioeconómico de la Gestante y la Depresión
- Tabla N° 6 Relación entre el Tipo de Pareja de la Gestante y la Depresión
- Tabla N° 7 Relación entre la Edad Gestacional de la Gestante y la Depresión
- Tabla N° 8 Relación entre la Paridad de la Gestante y la Depresión
- Tabla N° 9 Relación entre el embarazo planificado de la Gestante y la Depresión

## **INDICE DE GRÁFICOS**

- Gráfica N° 1 Prevalencia de Depresión en los Centros Asistenciales de la red Asistencial del Hospital César Garayar García
- Gráfica N° 2 Tipo de Depresión en los Centros Asistenciales de la red asistencial Del Hospital César Garayar García
- Gráfica N° 3 Distribución de las Gestantes según Edad
- Gráfica N° 4 Distribución de las Gestantes según Procedencia
- Gráfica N° 5 Distribución de las Gestantes según Estado Civil
- Gráfica N° 6 Distribución de las Gestantes según Nivel de Instrucción
- Gráfica N° 7 Distribución de las Gestantes según Nivel Socioeconómico
- Gráfica N° 8 Distribución de las Gestantes según Pareja estable
- Gráfica N° 9 Distribución de las Gestantes según Edad Gestacional
- Gráfica N° 10 Distribución de las Gestantes según Paridad
- Gráfica N° 11 Distribución de las Gestantes según Embarazo planificado

## **RESUMEN**

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN LA RED ASISTENCIAL DEL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCIA DE LA CIUDAD DE IQUITOS – AGOSTO 2008.

### **Introducción**

El embarazo es una etapa crucial para la mujer, marcando su vida de manera importante. Produce en la mujer cambios significativos: físicos y psicológicos; que alteran su estado emocional, produciendo ansiedad o depresión, entre otros síntomas.

### **Objetivo**

- Identificar los factores asociados a la Depresión en las Gestantes atendidas en la red asistencial del Hospital César Garayar García.

### **Metodología**

El presente estudio fue de tipo descriptivo, correlacional, transversal, evaluando a 313 gestantes que acudieron a control prenatal en los Centros Asistenciales de la Red del Hospital Apoyo Iquitos “Cesar Garayar García”, en Agosto del 2008, distribuyéndola en forma proporcional a cada centro asistencial; se les aplicó el Test de autoevaluación de ZUNG a las gestantes que en forma voluntaria aceptaron participar en el estudio.

### **Resultados**

La tasa de prevalencia de depresión en la población gestante atendida en la red asistencial del Hospital César Garayar García fue del 27,8%.

La mayor frecuencia de trastorno depresivo en las gestantes atendidas en la red asistencial del Hospital César Garayar García son casos leves (72,4%) seguidos de casos de depresión moderada (27,6%), no hubieron casos de depresión severa.

Entre las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en la red asistencial del Hospital César Garayar García fueron: edad entre los 20 a 34 años de edad (71,9%), procedente de la zona urbanomarginal (62,0%); convivientes (73,2%), de nivel de instrucción secundaria (61,3%); de nivel socioeconómico muy bajo (68,4%); pareja no estable (57,5%).

Entre los antecedentes obstétricos de las gestantes atendidas en la red asistencial del Hospital César Garayar García se encontró que eran nulípara (39,6%), en su mayoría estaban en el tercer trimestre (51,2%), y no fueron planificados (64,5%).

Los casos de depresión en gestantes se asocian significativamente con la edad  $\leq 19$  años, con el nivel de instrucción bajo (ninguna, primaria); con el nivel socioeconómico muy bajo, con pareja no estable, en el último trimestre del embarazo, gestante nulípara y embarazo no planificado.

## INTRODUCCIÓN

La depresión como problema médico de siglos, ha presentado notable incremento en los últimos años, favorecido entre otros motivos por las frustraciones que genera la influencia de la tecnología moderna entre otros, en el mundo que hoy vivimos.

La salud mental de la mujer esta determinada por los diferentes ciclos biológicos que atraviesa, los que están determinados por cambios hormonales y situacionales que en algunos casos alteran su estado de ánimo. Se sabe que las mujeres se encuentran más propensas a presentar depresión en cualquier periodo de sus vidas en una proporción de 2 a 1 comparado con los varones. Dentro de este contexto, la depresión es una de las complicaciones médicas más frecuentes durante la gestación.

La gestación constituye uno de los eventos que coloca a la mujer en una situación más vulnerable (tanto por cambios hormonales y situacionales).

La gestación es en sí misma una experiencia estresante debido a que la mujer se ve expuesta a una serie de molestias debidas a los cambios biológicos del embarazo, tales como náuseas, vértigo, cambio de apetito, aumento de peso y deformación maternal; además, experimenta cambios en su modo de vida cotidiano, ya que requiere asistir periódicamente al médico, sufrir exploraciones y realizarse pruebas. Todo esto puede incrementar la tensión nerviosa, sobre todo en aquellas mujeres que trabajan o tienen otros compromisos sociales y familiares. El estrés y la tensión nerviosa se elevan en aquellas mujeres que tienen complicaciones durante su embarazo, todos ellos influyen en que la mujer tenga partos más largos y más complicados, aumentar el riesgo de efectos perinatales adversos, así como afectar el desarrollo del feto.

A pesar de ello, la depresión durante el embarazo no ha sido abordada suficientemente aunque puede tener importantes consecuencias fisiológicas para el feto. Los investigadores han sugerido que la depresión preparto necesita atenderse con mayor interés, por lo cual es necesario estudiar sus probabilidades y consecuencias para intensificar su diagnóstico y adecuado tratamiento.

Es por eso que en el presente trabajo de investigación daremos a conocer cuales son los factores asociados a la depresión en las gestantes; como contribuir a mejorar la calidad de atención integral de la gestante, considerando a la depresión en el embarazo como una variable adicional para el criterio de riesgo obstétrico.

## CAPÍTULO I

### 1.1 ANTECEDENTES

#### 1.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- **SUEZANNE y col. (2002) BALTIMORE MARYLAND** en su estudio realizado participaron más de 1.000 mujeres afroamericanas, con bajos ingresos familiares, que habían sido atendidas en clínicas de Baltimore por depresión. Un 13% de ellas tuvieron partos prematuros, mientras que, en las que no sufrían esta patología, el índice de parto prematuro fue del 8%. En la muestra, se incluyó a mujeres de más de 18 años que mostraban sintomatología depresiva, tales como tristeza, desesperanza, cambios en el sueño y en el apetito, y episodios de llanto<sup>26</sup>.
- **BENNETT, H UNIVERSITY OF TORONTO (2004) CANADÁ**, los resultados de un estudio sobre una muestra de más 19.000 mujeres gestantes, demuestran que los índices de depresión durante el embarazo son incluso más altos de lo que se creía. En especial, durante el segundo y tercer trimestre. Se estimó que la prevalencia de depresión en mujeres embarazadas era del 7,4%, durante el primer trimestre de la gestación; del 12,8%, en el segundo trimestre; y del 12,0%, en el tercer trimestre <sup>1</sup>
- **HEATHER y col (2004)** la depresión durante la gestación se presenta más frecuentemente en los dos últimos trimestres. La mayoría de ellas no experimentan remisión espontánea de sus síntomas sino que por el contrario, correrá el riesgo de presentar depresión puerperal<sup>15</sup>.
- **DIVISIÓN DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD DE BRISTOL REINO UNIDO**, los investigadores han demostrado que los casos de probable depresión son más frecuentes durante el embarazo que luego de producirse el nacimiento. Estas alteraciones merecen no poca atención por parte del equipo de salud, ya que las consecuencias que provocan pueden afectar al recién nacido, a la madre y al ambiente

familiar. Las más comunes incluyen problemas emocionales y de comportamiento en la madre y retraso cognitivo en los niños. A pesar de ello, la depresión durante el embarazo no ha sido abordada suficientemente aunque puede tener importantes consecuencias fisiológicas para el feto. Los investigadores han sugerido que la depresión preparto necesita atenderse con mayor interés, por lo cual es necesario estudiar sus probabilidades y consecuencias para intensificar su diagnóstico y adecuado tratamiento <sup>12</sup>

- **BERTHIAUME (1998) CANADÁ** confirma que las mujeres embarazadas con mayor apoyo social y autoestima son las que presentan menor prevalencia de depresión durante el embarazo. Las experiencias emocionales previas negativas, la intensidad del estrés perinatal y el número de hombres con los que la mujer informa haber tenido experiencia negativas, son factores que se asocian con un incremento de los niveles de depresión en mujeres embarazadas<sup>3</sup>.
  
- **CANTORAL y Col. (2003) MÉXICO**, en su estudio Factores asociados a la depresión durante el embarazo y al tipo de personalidad, refiere encontrar una frecuencia de 48% de gestantes con depresión en los diversos grados. Así el 34% presentaba depresión media seguida de un 9% de depresión moderada y un 5% con depresión severa, el 52% restante se señala sin depresión. Concluyendo que debido al alto grado de depresión observada, cabe considerar hacer hincapié en este concepto, especialmente en los 2 últimos trimestres del embarazo, donde encuentra este estudio mayor vulnerabilidad <sup>5</sup>

### 1.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES.

- **SALCEDO CERNA PEDRO (2000) PERÚ**, en su estudio realizado en la Universidad César Vallejo sobre “Ansiedad estado rasgo y depresión en gestantes hospitalizadas” concluye que la población investigada presenta un Nivel de Depresión Leve, manifestada como tristeza, desgano, enlentecimiento motor y de lenguaje; todos éstos en grados leves, que se añan a los síntomas y signos propios del embarazo sin modificar el estado de ánimo de las pacientes <sup>23</sup>.

➤ **1.1.3 ANTECEDENTES LOCALES.**

- **THEMME (2005) IQUITOS**, evaluó a 125 gestantes del Hospital Apoyo Iquitos, el 50.4% de las gestantes presentan algún grado de depresión, de las gestantes con depresión, el 58.7% fueron catalogada como leve y el 41.3% como moderada, no hubieron casos severos, asociándose significativamente a la edad de adolescencia, con el nivel de instrucción bajo, nivel socioeconómico bajo, y con la edad gestacional; tiene la finalidad de determinar la prevalencia e identificar los factores asociados a la depresión en las gestantes atendidas en la red asistencial del Hospital César Garayar García a través de un test simple validado conocido como el test de Zung; y su relación con algunas variables sociodemográfica, cultural y obstétricas que puedan estar influyendo en su presencia, con esta información el profesional de Obstetricia puede mejorar la calidad de atención integral de la gestante y considerar la presencia de depresión en el embarazo como una variable adicional para el criterio de riesgo obstétrico<sup>27</sup>.

## 1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A lo largo de la literatura determinados estudios han demostrado que hay determinadas situaciones como el embarazo, el aborto, la infertilidad y el periodo post-parto que afectan el estado emocional de la mujer incrementando la presencia de trastornos afectivos<sup>21</sup>.

La salud mental de la mujer esta determinada por los diferentes ciclos biológicos que atraviesa, los que están determinados por cambios hormonales y situacionales que en algunos casos alteran su estado de ánimo; las consecuencias de esta enfermedad están asociadas a una substancial carga social, clínica y económica. La etiología de la depresión aún no es bien conocida, pero se piensa que en su desarrollo confluyen factores neurobiológicos y ambientales combinados con una predisposición genética.

La gestación constituye uno de los eventos que coloca a la mujer en una situación más vulnerable (tanto por cambios hormonales y situacionales)<sup>20</sup>, es una experiencia estresante debido a que la mujer se ve expuesta a una serie de molestias debidas a los cambios biológicos del embarazo, tales como náuseas, vértigo, cambio de apetito, aumento de peso y deformación maternal; además, experimenta cambios en su modo de vida cotidiano, ya que requiere asistir periódicamente al médico, sufrir exploraciones y realizarse pruebas. Todo esto puede incrementar la tensión nerviosa, sobre todo en aquellas mujeres que trabajan o tienen otros compromisos sociales y familiares. El estrés y la tensión nerviosa se elevan en aquellas mujeres que tienen complicaciones durante su embarazo, todos ellos influyen en que la mujer tenga partos más largos y más complicados, aumentar el riesgo de efectos perinatales adversos, así como afectar el desarrollo del feto<sup>4,15</sup>.

En muchos casos la mujer que presenta depresión durante la gestación presenta tendencias suicidas, desea abortar, tiende a utilizar de todas formas sustancias tóxicas, como alcohol o tabaco y puede alimentarse incorrectamente. Algunos estudios demuestran que los bebés nacidos en estas circunstancias suelen tener retardo de crecimiento intrauterino, prematuridad y con un mayor riesgo de que éstos padezcan diarreas<sup>27</sup>

Si bien se ha estudiado más ampliamente la depresión en el posparto, siendo considerado este un periodo altamente vulnerable para la mujer, en la actualidad se sabe que la depresión durante la gestación es igual e incluso más frecuente que la ocurrida en el posparto.

Por ello el presente trabajo de investigación esta referido principalmente a responder la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores asociados a la Depresión en las Gestantes atendidas en la Red Asistencial del Hospital “César Garayar García” de la ciudad de Iquitos Agosto 2008?

### 1.3 JUSTIFICACIÓN

El estado de gestación es un periodo especial para la mujer durante el cual se manifiesta un gran número de emociones; entre ellas, ansiedad, depresión e inestabilidad emocional que influyen en que la mujer tenga partos más largos y más complicados<sup>4</sup>. Durante esta etapa, la depresión puede aumentar el riesgo de efectos perinatales adversos, así como afectar el desarrollo del feto<sup>15</sup>.

Pueden ser muchos los factores que causan la depresión en el embarazo: las hormonas del embarazo pueden ser una de las causas; ya que los grandes cambios hormonales que se experimentan en esta etapa, pueden afectar directamente los niveles de los neurotransmisores químicos del cerebro que regulan nuestro humor, por otro lado, los cambios hormonales también pueden causar más ansiedad de lo habitual y al igual que la depresión debe ser tratada durante el embarazo.

Los antecedentes personales o familiares de depresión; si ha existido antecedente de depresión en la gestante o en algún miembro de su familia, es más factible que la gestante sufra de depresión; así mismo los problemas de pareja es una de las principales causas de depresión durante el embarazo.

Es por eso que la investigación que se presenta a continuación pretende determinar la prevalencia e identificar los factores asociados a la depresión en las gestantes atendidas a la Red Asistencial del Hospital Iquitos César Garayar García periodo Agosto 2008; a través de un test simple validado conocido como el test de Zung; y su relación con algunas variables sociodemográfica y obstétricas que puedan estar influyendo en su presencia, con esta información el profesional de Obstetricia puede mejorar la calidad de atención integral de la gestante y considerar la presencia de depresión en el embarazo como una variable adicional para el criterio de riesgo obstétrico.

La información y los resultados que se obtienen en el presente trabajo de investigación van a ser de utilidad para contribuir a mejorar la calidad de atención integral de la gestante valorando la situación de riesgo - beneficio tanto materno como fetal, así mismo será válido para replantear el modelo de atención pre-natal tomando en cuenta los diferentes métodos alternativos para prevenir depresión en el embarazo.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL:**

- Identificar los factores asociados a la Depresión en las Gestantes atendidas en la red asistencial del Hospital César Garayar García.

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Determinar la prevalencia de depresión en las gestantes atendidas en la red asistencial del Hospital César Garayar García.
- Identificar algunas características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el control prenatal de la red asistencial del Hospital César Garayar García como: edad, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, nivel socioeconómico y presencia de pareja estable.
- Identificar algunos antecedentes obstétricos como edad gestacional, paridad y embarazo planificado de las gestantes atendidas en la red asistencial del Hospital César Garayar García.
- Determinar los tipos de depresión en las gestantes atendidas en la red asistencial del Hospital César Garayar García.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEORICO-CONCEPTUAL

#### 2.1 MARCO TEÓRICO

La depresión como enfermedad siempre ha estado presente en la humanidad y es motivo de constante y creciente interés; ya en siglo V a.c, **Hipócrates** la describía con el nombre de melancolía, fue la primera descripción formal y médica de la depresión; Hipócrates afirma que, desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: Sangre, Bilis Negra, Bilis Amarilla y Flema, y que la melancolía era producida por la bilis negra o “atrabilis”<sup>14,17</sup>

Entre los primeros siglos de nuestra era, **CELUS** en su libro “De re Médica”, y **ARETEO de CAPADOCIA**, en Enfermedades Agudas y Crónicas, hablan de la manía y de la melancolía como problemas médicos. Fue Areteo de Capadocia, quien presentó una descripción moderna del trastorno. Además propuso que la melancolía debía atribuirse a causas psicológicas, sin que tuviera nada que ver la bilis u otros humores corporales. También anticipándose a los observadores clínicos de los siglos XVI y XVII reconoció que los comportamientos maniacos y el estado depresivo covariaban<sup>14,17</sup>. Durante la edad media, los filósofos destacados como **SANTO THOMAS DE QUINO** sostenían que la melancolía era producida por los demonios e influencia astrales. Esta creencia se comenzó a abandonar en 1630; cuando **ROBERT BURTON**, publicó “Tratado de la anatomía de la melancolía”, obra que facilitó en mucho la identificación de los estados depresivos y sirvió como guía durante los dos siglos siguientes<sup>14,17</sup>

La depresión es una enfermedad que esta tomando gran importancia a nivel mundial, la incidencia esta aumentando con le transcurso de los años.

Si se tiene en cuenta que la depresión puede constituir una veces un síntoma, otras un síndrome y otras una enfermedad, se comprenderá que se encuentre en numerables situaciones y cuadros clínicos, lo que, en parte, explica las altas cifras de depresiones que aportan los estudios epidemiológicos. En tal sentido cabe citar que, según la OMS (trabajos de Sartorius y Kielholz), el 3-5% de la población mundial presenta depresión lo que equivale a 120-200 millones de personas. A su vez, los depresivos representan el 10-20% de los enfermos de la consulta general y el 40-60% de los pacientes vistos por el psiquiatra. De acuerdo con el fenómeno de iceberg,

descrito por el médico inglés WATTS, solo una pequeña parte de la población depresiva inglesa (15%) recibe asistencia médica correspondiendo al médico general el 1.5%, al psiquiatra el 0.2% y siendo tratados en régimen de internamiento el 0.1%. El 13.2% restante no es diagnosticado correctamente <sup>14,17,30</sup>

Los trastornos del afecto constituyen un amplio grupo de trastornos psiquiátricos en los que dominan el cuadro clínico, las alteraciones del ánimo y sus componentes psicomotores y neurovegetativos. Estos trastornos se consideran mejor como síndromes (más que como enfermedades definidas) que consisten en signos y síntomas sostenidos en períodos de semanas o meses, representando una declinación importante del funcionamiento habitual, con tendencia a la recurrencia, a menudo en forma periódica o cíclica. Dentro de ellos, el trastorno depresivo es considerado como una afección médica, que se corresponde con una etiopatogenia, epidemiología, marcadores biológicos, historia natural y tratamiento determinados <sup>22</sup>.

## **PREVALENCIA**

La depresión es el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia), y en general los periodos de crisis o cambios importantes parecen ser las más afectadas <sup>20</sup>.

Según las últimas investigaciones el 10% de las mujeres embarazadas sufren de depresión, especialmente entre las semanas 6 y 10 del embarazo y durante el tercer trimestre, cuando el cuerpo se prepara para el parto y el nacimiento del bebé. Se estima que el 50% de las mujeres que sufren de depresión durante el embarazo desarrollarán depresión postparto, pero este número se reduce a menos del 2% si se efectúa un tratamiento psicoterapéutico adecuado durante este período <sup>20</sup>.

BERTHIAUME (1998) confirma que las mujeres embarazadas con mayor apoyo social y autoestima son las que presentan menor prevalencia de depresión durante el embarazo. Las experiencias emocionales previas negativas, la intensidad del estrés perinatal y el número de hombres con los que la mujer informa haber tenido experiencias negativas, son factores que se asocian con un incremento de los niveles de depresión en mujeres embarazadas<sup>3</sup>.

## **EPIDEMIOLOGÍA**

La depresión es una entidad clínica muy frecuente se calcula que un 3-5% de la población mundial presenta este cuadro bien diferenciado. Si eso es correcto significaría que de los 120-200 millones de personas sufren este padecimiento<sup>14,17</sup>

La depresión es mas frecuente que otras entidades medias tan comunes como la Diabetes Mellitus por ejemplo. Esta elevada incidencia ha hecho familiarizar el término “Depresión”, de tal manera, que en la actualidad se usa mucho de forma coloquial, como expresión muy “Culturizada”, y en ocasiones por lo tanto con poca precisión<sup>17</sup>

Parece evidente que no todas la depresiones son tratadas, según algunos estudios epidemiológicos, pueden afirmarse que solo el 1.5% de las depresiones llegan al medico general y un 0.2% al Psiquiatra. Probablemente una de las razones más importantes para que se dé este hecho es que ni el paciente, ni los familiares, ni el entorno relacionan a veces la depresión como un hecho patológico o una enfermedad. Este es un grave error ya que puede afirmarse que la depresión es una enfermedad real, con bases etiológicas cada vez más contrastadas y conocidas, y que se trata de alteraciones que mejoran y remiten con un adecuado tratamiento biológico en gran proporción.<sup>26</sup>

## **FISIOPATOLOGÍA**

La evidencia sugiere que el trastorno depresivo esta relacionado con la respuesta del cerebro al estrés donde los niveles de la Hormona Liberadora de Corticotropina (CRH) se encuentran incrementados, esta hormona es la principal reguladora del eje del sistema límbico-hipotalámico-pituitario-adrenal (LHPA). Disturbios en el sistema serotoninérgico 5-HT<sub>1a</sub> y 5-HT<sub>2a</sub>, y en el eje LHPA han sido identificados como una alteración neurológica más consistente asociada a enfermedades con cambio del humor<sup>16</sup>.

Alteraciones en los circuitos cerebrales que transportan señales a través del sistema monoamina, específicamente norepinefrina y serotonina median diversos síntomas, la norepinefrina se cree que inhibe o estimula una variedad de repuestas emocionales tales como la ansiedad, agresividad, estrés y el patrón del sueño. La serotonina está relacionada en la regulación de las emociones y el control de las actividades básicas como el comer, dormir, dolor. Se cree que la depleción de estos neurotransmisores lleva a la depresión<sup>16</sup>

Durante la gestación existen grandes cambios hormonales que puede ser un gatillo para la recurrencia de síntomas depresivos en mujeres vulnerables. Los niveles de progesterona, estradiol, CRH (Hormona Liberadora de Corticotropina), corticotropina y cortisol se incrementan con la progresión del embarazo. La Hormona Liberadora de Corticotropina y el estrógeno son los principales reguladores del eje Límbico-Hipotalámico Pituitario-Adrenal, y causan incremento de la estimulación de corticotropina y consecuentemente el incremento de la secreción de cortisol y glucocorticoides por la corteza adrenal. Los efectos potencialmente patógenos del incremento hipotalámico de la Hormona Liberadora de la Corticotropina incluyen la depresión melancólica, trastornos alimenticios y alcoholismo crónico <sup>16</sup>.

Es difícil diferenciar los factores bioquímicos de los estresantes de la vida como causa primaria de la enfermedad mental en el embarazo. Se sabe que las hormonas afectan al humor, como lo ponen de manifiesto en síndrome premenstrual y la depresión menopáusica. Parece ser importante el nivel absoluto de hormona. El estrógeno modula la función serotoninérgica; ha sido empleado en forma terapéutica para tratar la depresión y puede ser un factor en el aumento del estado de ánimo experimentado por muchas mujeres durante el embarazo. Por el contrario, la hormona liberadora de corticotropina, por lo general elevada en el embarazo, presenta niveles más bajos en las mujeres con depresión relacionada con el embarazo. El ritmo de cambios de los niveles hormonales también parece tener influencia. Las mujeres que experimentan depresión puerperal con frecuencia presentan mayores niveles preparto de estrógeno y progesterona y experimenta una caída mayor a niveles más bajos luego del parto.

También es cierto, sin embargo, que la gestación es un importante factor de estrés de la vida que puede descubrir o empeorar tendencias depresivas <sup>10</sup>.

## **DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN**

Estado emocional caracterizado por tristeza y aprensión sin razón aparente que la justifique, puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidos las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el auto castigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer. <sup>1,16,17</sup>.

En Psiquiatría, estado patológico caracterizado por alteraciones del estado de ánimo y de la afectividad. Sus manifestaciones son un profundo sentimiento de tristeza acompañado a menudo de soledad, disminución de la autoestima y autodesvalorización. A nivel motriz aparece un profundo estado de inhibición. En el plano afectivo tiene lugar un aislamiento de los contactos interpersonales. Se produce, así mismo, síntomas vegetativos, como la anorexia y el insomnio, y un profundo deseo de morir, seguido muy a menudo de ideas suicidas <sup>11</sup>.

Se considera que el estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores internos o externos) y los recursos disponibles del sujeto. De tal modo, los elementos a considerar en la interacción potencialmente estresante son: variables situacionales (por ejemplo, del ámbito laboral), variables individuales del sujeto que se enfrenta a la situación y consecuencias del estrés. <sup>6</sup>

El **estrés** puede ser definido como el proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuáles debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. Cuando la demanda del ambiente (laboral, social, etc.) es excesiva frente a los recursos de afrontamiento que se poseen, se van a desarrollar una serie de reacciones adaptativas, de movilización de recursos, que implican activación fisiológica. Esta reacción de estrés incluye una serie de reacciones emocionales negativas (desagradables), de las cuáles las más importantes son: la ansiedad, la ira y la depresión <sup>6</sup>

## CAUSAS

Se desconoce la causa exacta de la depresión. Muchos investigadores creen que puede ser causada por desequilibrios químicos en el cerebro, los cuales pueden ser hereditarios o causados por sucesos de la vida de una persona

Las investigaciones han revelado que la depresión es hereditaria y sugieren que algunas personas heredan genes que los hacen más propensos a la depresión. Pero no toda persona que tiene propensión genética a la depresión se deprime.

Algunos tipos de depresión parecen transmitirse de padres a hijos, aunque ésta también se puede presentar en personas que no tienen antecedentes familiares de la enfermedad. Por lo tanto, si bien los genes son un factor, no constituyen la única causa de la depresión.

Son muchos los factores que desempeñan un papel, incluidos la genética, el entorno, el estado de salud, los sucesos de la vida y determinados patrones de pensamiento que afectan las reacciones de las personas frente a los acontecimientos.

Por lo general, está involucrada con una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

### **CLASIFICACIÓN:**

El síndrome depresivo es extraordinariamente heterogéneo en relación a sus causas (desde factores biológicos a factores psicológicos), su evolución (desde la remisión *ad integrum* hasta la cronicidad o el suicidio), o su intensidad (desde estados próximos a la normalidad o con repercusión casi exclusiva en la esfera subjetiva, hasta cuadros muy graves con incapacitación en todas las áreas de funcionamiento personal)<sup>32</sup>.

Por otra parte, los límites de la depresión son difusos, y la depresión puede ser conceptualizada alternativamente como síntoma, síndrome, enfermedad, o incluso, como una forma de reacción normal del ser humano ante acontecimientos de la vida. Esto hace que cuestiones como la definición, diagnóstico y clasificación de la depresión planteen serios problemas teóricos y prácticos (terapéuticos) aún no resueltos completamente.

Cualquier sistema clasificatorio categorial- aunque válidas desde el punto de vista didáctico y hasta teórico- tienen importantes dificultades desde el punto de vista clínico y práctico, tal es así que dos subtipos excluyentes de una clasificación pueden darse simultáneamente y con distinta intensidad en un mismo paciente.

Salcedo Cerna Pedro, en su estudio realizado en la Universidad César Vallejo sobre “Ansiedad estado rasgo y depresión en gestantes hospitalizadas” concluye que la población investigada presenta un Nivel de Depresión Leve, manifestada como tristeza, desgano, enlentecimiento motor y de lenguaje; todos éstos en grados leves, que se aúnan a los síntomas y signos propios del embarazo sin modificar el estado de ánimo de las pacientes<sup>23</sup>.

## EPISODIOS DEPRESIVOS

Por lo general, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a. La disminución de la atención y concentración.
- b. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de infertilidad.
- c. Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves)
- d. Una perspectiva sombría del futuro.
- e. Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f. Los trastornos del sueño.
- g. La pérdida del apetito.

La depresión está normalmente clasificada en leve, moderada o severa dependiendo el grado de intensidad en que se presente y son los siguientes:

### DEPRESIÓN LEVE

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos.

- a. **Sin Síndrome Somático.**- Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.

- b. Con Síndrome Somático.-** Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

Es el tipo de depresión más fácil de tratar, puesto que muchas veces solamente un cambio en el estilo de vida, más relajado, sin mucho estrés, apartar la tristeza entre otros, es suficiente para acabar con el trastorno.

## **DEPRESIÓN MODERADA**

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

- a. Sin Síndrome Somático.-** Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.
- b. Con Síndrome Somático.-** Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndromes somáticos (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

La tristeza es un tanto más profunda, al igual que el periodo depresivo más intenso y prolongado. Los pacientes presentan síntomas propios de esta patología, al grado de que se necesita asistencia médica para evitar el progreso de la enfermedad.

## **DEPRESIÓN GRAVE**

### **SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS:**

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo puede presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida

de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

#### **CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS:**

Se trata de un episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo<sup>31</sup>.

CANTORAL y Col., en su estudio Factores Asociados a la Depresión durante el Embarazo y al Tipo de Personalidad, refiere encontrar una frecuencia de 48% de gestantes con depresión en los diversos grados. Así el 34% presentaba depresión media seguida de un 9% de depresión moderada y un 5% con depresión severa, el 52% restante se señala sin depresión. Concluyendo que debido al alto grado de depresión observada, cabe considerar hacer hincapié en este concepto, especialmente en los 2 últimos trimestres del embarazo, donde encuentra este estudio mayor vulnerabilidad<sup>5</sup>

THEMME, evaluó a 125 gestantes del Hospital Apoyo Iquitos, el 50.4% de las gestantes presentan algún grado de depresión, de las gestantes con depresión, el 58.7% fueron catalogada como leve y el 41.3% como moderada, no hubieron casos severos.<sup>27</sup>

## FACTORES ASOCIADOS

Embarazo, parto y puerperio suponen una sobrecarga tanto física como emocional para la mujer. Existen numerosos estudios que evidencian el riesgo aumentado de desarrollar trastornos del estado de ánimo durante el puerperio, y fundamentalmente en los primeros meses después del parto<sup>7,8</sup>.

Además del antecedente de depresión son factores de riesgo específicos en este periodo: la primiparidad, la falta de apoyo familiar y social, el abuso del alcohol, la historia de abortos previos, la ambivalencia hacia la gestación; sin embargo es importante no pasar por alto los factores de riesgo clásicos: mal ajuste social, escaso apoyo de la pareja, eventos vitales negativos, bajo nivel socio económico y pensamientos negativos.

Se han descrito algunos factores de riesgo a los casos de depresión:

- a. **SEXO:** La prevalencia en mujeres es mayor que en varones más o menos una relación de 2 a 1.

Puede haber varias razones para explicar esta diferencia:

- Parece ser que a niveles de estrés similares las mujeres presentan sintomatología psicopatológica con mayor intensidad y frecuencia
- Quizás por razones socioculturales las mujeres están más propensas a presentar síntomas depresivos.
- Los hombres podrían tender a manifestar su depresión por otras vías como el alcoholismo agresividad, etc.
- Existe cierta evidencia de que existe cambios neuroendocrinológicos como los que se dan en el embarazo, parto, menstruación, etc. inducen a cambios

biológicos y psicosociales que podrían construir un buen sustrato sobre el que se desarrolla la enfermedad depresiva.

- Otro factor, es el rol social que durante muchos años se les a adjudicado a las mujeres y que obviamente ha producido altos niveles de dependencia, facilidad, etc; pudiendo haber aumentado la susceptibilidad de las mujeres para sufrir depresión.

**b. EDAD:** De inicio es de entre los 25-55 años más o menos.

- Estudios recientes indican una mayor acumulación de depresiones en jóvenes adultos (de 18 a 40 años) fundamentalmente mujeres, mientras que los hombres tendrían a presentar estos trastornos en edades mas avanzadas.<sup>13,14,17,30</sup>
- El mayor porcentaje se encuentra justo en las edades donde la producción del ser humano es mayor es decir la depresión afecta sobre todo a las personas en edad laboral productiva. La depresión esta asociada a una elevada mortalidad se piensa que en el año 2020 será la primera causa de mortalidad por suicidios en personas mayores de 55 años en Europa.<sup>13,14,17,25,29</sup>
- En Latinoamérica han aumentado en la misma proporción pero en personas jóvenes. La mayoría de enfermedades neurodegenerativas están asociadas a depresión. Los pacientes reconocidos no significan que son tratados. Muchos de los pacientes que son reconocidos reciben el tratamiento adecuado.<sup>13,14,17,25,29</sup>

SUEZANNE y col. en su estudio realizado en Baltimore Maryland, participaron más de 1.000 mujeres afroamericanas, con bajos ingresos familiares, que habían sido atendidas en clínicas de Baltimore por depresión. Un 13% de ellas tuvieron partos prematuros, mientras que, en las que no sufrían esta patología, el índice de parto prematuro fue del 8%. En la muestra, se incluyó a mujeres de más de 18 años que mostraban sintomatología depresiva, tales como tristeza, desesperanza, cambios en el sueño y en el apetito, y episodios de llanto<sup>26</sup>.

- c. **PROCEDENCIA:** Respecto al medio rural o urbano, pocos estudios controlados están a disposición para dar una información precisa, aunque parece ser que se da mayor porcentaje de depresión en zonas urbanas<sup>13,25,30</sup>
- d. **ESTADO CIVIL:** Se presentan con menor frecuencia entre personas casadas o que mantienen una relación emocional estable. Se ha hablado de que el soporte social en general es un buen factor de estabilidad de inmunización contra ciertas psicopatologías. Parece que en los casos de las depresiones esto es válido.<sup>17</sup>
- e. **CLASE SOCIAL:** La depresión es más común en los grupos de bajo nivel socioeconómico.

Las depresiones aparecen con más frecuencia en las clases sociales más bajas, en sujetos con menos años de educación y que desempeñan trabajos menos calificados.<sup>13</sup>

- f. **AMBIENTALES:** La depresión no depende exclusivamente del ambiente debe existir una vulnerabilidad genética. Los problemas ambientales solo son desencadenantes de la depresión.
- g. **RELIGIÓN:** No se ha delimitado exactamente el papel que la religión puede jugar en la incidencia de depresiones. Parece que en algunas comunidades religiosas son muy estrictas. Es difícil evaluar el significado exacto de estas diferencias, pero debe tenerse en cuenta que, en general, en comunidades "Cerradas", algunas comunidades religiosas entre ellas, los matrimonios se realizan entre miembros de la misma comunidad, por lo que cabe suponer que puede acumularse una carga genética
- h. **PROCEDENCIA:** Respecto al medio rural o urbano, pocos estudios controlados están a disposición para dar una información precisa, aunque parece ser que se da mayor porcentaje de depresión en zonas urbanas<sup>13,30</sup>
- i. **HECHOS HISTÓRICOS:** Se relaciona con acontecimientos negativos frecuentes antes de la iniciación
- j. **HISTORIA FAMILIAR POSITIVA:** Como se llevó la vida de los padres; igualmente como fue la niñez, como la adolescencia y los años juveniles. Estos datos permiten entender como es la persona, que problemas trae en su mente y si ello va a ser gravitante. Los cambios de vida o acontecimientos estresantes también pueden

desencadenar la depresión en algunas personas; y muchas otras que no tienen una historia familiar ligada a la depresión sí la sufren <sup>33</sup>

THEMME, en su estudio de prevalencia e identificación de factores asociados a la depresión en las gestantes atendidas en el Hospital César Garayar García a través de un test simple validado conocido como el test de Zung, encontró significativamente a la edad de adolescencia, al nivel de instrucción bajo, al nivel socioeconómico bajo, y a la edad gestacional; como factores sociodemográficos, culturales y obstétricos que pueden estar influyendo en su presencia<sup>27</sup>.

## **DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN**

El diagnóstico de depresión consiste principalmente en realizar una adecuada anamnesis próxima, remota y una anamnesis externa, exploración física, neurológica y mental. Uno de los métodos más utilizados para llegar a una aproximación diagnóstica de depresión es el Test de Zung, es una escala objetiva de evaluación de la depresión, el mismo es de fácil realización, comprensible para el sujeto en estudio y proporciona un índice global de la intensidad de los síntomas depresivos, incluyendo la expresión afectiva de la depresión y preguntas que evalúan, de manera indirecta, las ideas de autoeliminación.

El test de Zung, es una prueba válida mundialmente que sirve para valorar sintomatología de la depresión, está compuesta de 20 frases, cada una de las cuales se refiere a un síntoma o signo característico de la entidad nosológica tratada.

## **DEPRESIÓN Y EMBARAZO**

A lo largo de la literatura determinados estudios han demostrado que el rango de depresión en mujeres es más alto que en hombres. Además, hay determinadas situaciones como el embarazo, el aborto, la infertilidad y el periodo post-parto que afectan el estado emocional de la mujer incrementando la presencia de trastornos afectivos <sup>21</sup>

El estado de gestación es un periodo especial para la mujer durante el cual se manifiesta un gran número de emociones; entre ellas, ansiedad, depresión e inestabilidad emocional que influyen en que la mujer tenga partos más largos y más complicados <sup>4</sup>.

Para muchas mujeres el embarazo puede ser una etapa maravillosa mientras que para otras puede significar un periodo de angustia y depresión difícil de sobrellevar. Según las últimas investigaciones el 10% de las mujeres embarazadas sufren de depresión, especialmente entre las semanas 6 y 10 del embarazo y durante el tercer trimestre, cuando el cuerpo se prepara para el parto y el nacimiento del bebé. Se estima que el 50% de las mujeres que sufren de depresión durante el embarazo desarrollarán depresión postparto, pero este número se reduce a menos del 2% si se efectúa un tratamiento psicoterapéutico adecuado durante este período.

Durante esta etapa, la depresión puede aumentar el riesgo de efectos perinatales adversos, así como afectar el desarrollo del feto <sup>15</sup>. La gestación es un importante factor de estrés de la vida que pueden desencadenar tendencias depresivas. <sup>10</sup>

Los investigadores, de la División de Psiquiatría de la Universidad de Bristol Reino Unido, han demostrado que los casos de probable depresión son más frecuentes durante el embarazo que luego de producirse el nacimiento. Estas alteraciones merecen poca atención por parte del equipo de salud, ya que las consecuencias que provocan pueden afectar al recién nacido, a la madre y al ambiente familiar. Las más comunes incluyen problemas emocionales y de comportamiento en la madre y retraso cognitivo en los niños. A pesar de ello, la depresión durante el embarazo no ha sido abordada suficientemente aunque puede tener importantes consecuencias fisiológicas para el feto. Los investigadores han sugerido que la depresión preparto necesita atenderse con mayor interés, por lo cual es necesario estudiar sus probabilidades y consecuencias para intensificar su diagnóstico y adecuado tratamiento. <sup>12</sup>

## CAMBIOS PSICOLÓGICOS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE

Existen una serie de cambios precoces que inducen a la mujer a pensar que se encuentra embarazada; entre ellos hay que destacar: la pérdida del periodo menstrual, sensación de sopor, mareos matutinos, oscurecimientos de las areolas mamarias, etc. Ante esta situación la mayoría de las mujeres se someten a una prueba de embarazo; una vez que éste se confirma, se van a producir varios cambios importantes en las semanas siguientes:

- Cambios en las expectativas de la función personal. Por ejemplo: Planes profesionales, libertad personal, sensación de comenzar a ser una "verdadera" mujer, etc.
- Cambios en la conformación corporal. Conciencia del propio aspecto: preocupación respecto a que se produzcan modificaciones "inalterables" como obesidad o estrías, etc.
- Cambios en las relaciones en el entorno. La adaptación a estos cambios exige un gasto importante de energía. El centro de atención de la mujer en este momento es ella misma y la significación que esas modificaciones tendrán para ella como madre y como individuo. Debido a las importantes y difíciles adaptaciones a que deben enfrentarse durante el comienzo del embarazo, la mayoría de las mujeres afirman inicialmente que no se encuentran muy satisfechas de estar embarazadas; sin embargo en un nuevo interrogatorio en un momento posterior de su gestación, el 80 por ciento responde que se sienten felices. Esto reafirma más que la hipótesis de que un objetivo importante al comienzo del embarazo consiste en aprender a adaptarse a los cambios necesarios durante la gestación.

El primer trimestre de la gestación se caracteriza desde un punto de vista obstétrico por la nidación (que consiste en la implantación del huevo fecundado en la mucosas del endometrio) y la embriogénesis (que es la formación del embrión),

situaciones que se acompañan de una gran actividad hormonal, que es responsable, a su vez, de los cambios fisiológicos característicos de este periodo, ante los cuales la mujer embarazada reacciona de una forma confusa, con sensaciones y sentimiento que no puede localizar ni entender correctamente. "La actitud psicológica hacia el niño en las 12 primeras semanas varía frecuentemente, de un extremo a otro y de forma pasional" El niño, lo mismo puede ser querido que rechazado, en un intervalo de tiempo muy breve, incluso en el caso de que el embarazo sea deseado conscientemente. La aparición de fenómenos desagradables, que con frecuencia suelen hacer acto de presencia en esta fase de la gestación (debilidad física, náuseas, vómitos, sialorrea, etc.) obligan a la mujer embarazada a restringir su actividad y como consecuencia provocan sentimientos de rechazo hacia el embarazo como hacia el propio niño, sentimientos que pueden verse reforzados por el temor ante las nuevas tareas y responsabilidades que se desprenden de la nueva situación.

Durante el primer trimestre la embarazada se preocupa más por ella misma, por los cambios corporales que se producen en su organismo y por las limitaciones que estos imponen, que por el niño que no tiene aún una existencia propia, que no existe como sea independiente.

Uno de los primeros síntomas del embarazo es la hipersomnia (aumento del deseo y de la necesidad de dormir), que desde un punto de vista psicoanalítico significa que ha comenzado la regresión (identificación falseada del feto), ya que proporciona al organismo una mayor cuota de reposo. Conviene indicar a la gestante que acepte la necesidad de dormir más, durante los primeros meses del embarazo. El insomnio debe ser considerado, en este periodo, como la expresión de una situación externa de ansiedad. Son frecuentes en este momento del embarazo los sueños con elementos de imágenes de interiores de casa o de objetos continentales, así como de niños o de animales pequeños.

A partir del segundo mes suelen aparecer las náuseas y los vómitos. Se ha comprobado clínicamente la coincidencia de estos síntomas con la ansiedad que

produce no saber si el embarazo es o no real. Una vez que se establece el diagnóstico previo, con gran frecuencia remiten los síntomas de forma espontánea: en otras ocasiones pueden persistir hasta que son percibidos los primeros movimientos fetales. A pesar de lo dicho, no hay que olvidar que la intolerancia gástrica, las náuseas y los vómitos característicos del primer trimestre el embarazo, pueden verse favorecidos por los elevados niveles circundantes de hormonas esteroideas.

## **CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE**

El segundo trimestre es considerado el de la tranquilidad; la experiencia más importante de este período es la percepción de los movimientos fetales la relación madre — hijo se sitúa más allá de una simple apreciación abstracta de lo que está sucediendo introabdominalmente, permitiendo la clara percepción del desarrollo de un individuo independiente. En este momento, todos los padres hacen conjeturas sobre la personalidad del niño, basándose en la frecuencia, momento de aparición e intensidad de los movimientos fetales.

La actividad por parte del feto supone no sólo que el embarazo es real sino también la justificación gratificante en contra de la deformidad del cuerpo. Al mismo tiempo es una prueba evidente de que el niño está vivo.

A medida que el feto cobra vida por sí mismo su presencia se hace más evidente; la mujer empieza a pensar en él como individualidad, como un ser separado de ella misma, independiente.

Naturalmente tanto la madre como la pareja de la mujer embarazada tienen una importancia tan grande, que en cualquier momento del embarazo son figuras críticas. Es precisamente durante estos meses cuando esta comprensión potencial debe ser clarificada más directamente. Es un momento oportuno para una mayor reevaluación de las relaciones críticas en la vida de una mujer. Esto supone una tarea mayor para la primigesta

(que sufre su primer embarazo) que para la multiparidad (mujeres que han sufrido otras gestaciones), aunque también esta última se halla implicada.

Los movimientos fetales son percibidos a partir de los tres meses y medio de gestación, generalmente. Sin embargo, existen casos en los que, por un mecanismo inconsciente de negación, los movimientos no se perciben hasta ya entrada el séptimo mes. Algunas mujeres se quejan de que los movimientos del niño son demasiado bruscos y que las "patadas" son dolorosas, no dejándolas dormir ni descansar. Esto puede ser indicativo de una distorsión de la percepción que expresa un estado de ansiedad, común por otro lado, a todas las embarazadas.

Como vemos, los movimientos fetales, si bien son causa de natural alegría como indicadores de que el niño vive y el embarazo es real, despiertan también, incluso en los embarazos más felizmente aceptados, sentimientos hostiles de temor y destrucción. Es precisamente la movilidad del feto la que advierte a la madre que algún día el niño será parte del mundo externo, agilizándolas sus ansiedades de separación de la mujer.

Los resultados de un estudio de la University of Toronto (Canadá), sobre una muestra de más 19.000 mujeres gestantes, demuestran que los índices de depresión durante el embarazo son incluso más altos de lo que se creía. En especial, durante el segundo y tercer trimestre. Se estimo que la prevalencia de depresión en mujeres embarazadas era del 7,4%, durante el primer trimestre de la gestación; del 12,8%, en el segundo trimestre; y del 12,0%, en el tercer trimestre <sup>1</sup>

## **CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN EL TERCER TRIMESTRE**

A partir del séptimo mes puede producirse la versión interna, en la que el niño se coloca cabeza abajo a la entrada del canal del parto. La percepción de estos movimientos provoca una gran ansiedad, que de forma inconsciente se manifiesta en diversas expresiones psíquicas y somáticas. La sensación más clara, de manera consciente de este

estado de ansiedad, es la de que algo extraño, que desconcierta, está pasando. Semejante crisis de ansiedad, debida a la percepción de la versión interna, puede desencadenar diversos trastornos orgánicos: vómitos, diarrea, estreñimiento, calambres musculares, excesivo aumento de peso, lipotimias, entre otros trastornos.

El último mes de embarazo suele considerarse como un periodo difícil. El niño crece rápidamente y la embarazada experimenta mayor fatigabilidad y malestar. También en este momento puede deteriorarse la situación clínica de la gestante, apareciendo una mayor retención de líquidos, hipertensión y otros problemas médicos. En esta etapa, denominada de pre-parto, muchas embarazadas presentan ansiedad importante. La mayoría de ellas nunca ha sufrido con anterioridad ese grado de ansiedad y difícilmente pueden controlarlo con eficacia. Las posibles razones de esta mayor ansiedad, todas ellas respuestas fisiológicas y psicológicas normales del embarazo, son las siguientes.

1. Un aumento en los cambios del humor, que la madre no puede explicar.
2. Mayor irritabilidad, que suele alterar significativamente sus relaciones con los demás.
3. Tendencia a la preocupación excesiva por problemas "insignificantes".
4. Una preocupación clara por la salud y el bienestar del feto (con planteamientos como: "Será normal el niño" "Soportaré el parto sin dificultades" "Seré una buena madre y educaré bien a mi hijo").
5. Una disminución de la movilidad, junto a sensaciones de frustración por no poder efectuar ningún tipo de planes, debido a la inminencia del parto.

En el noveno mes, como ya hemos dicho, aparecen nuevas modificaciones fisiológicas, las contracciones uterinas son cada vez más frecuentes y el cuerpo tiene que adaptarse de nuevo al volumen y dimensiones que el vientre va adquiriendo. La situación de angustia que vive la embarazada en esta última fase de la gestación, puede expresarse

mediante diversas somatizaciones: lumbalgia, palpitaciones, insomnio, mayor nerviosismo e hiperactividad, etc.

También la pareja vive un momento de gran ansiedad. Con sentimientos de responsabilidad y temor a la muerte de la mujer en el parto. Si la ansiedad se hace intolerable, aparece de nuevo la sintomatología psicósomática y/o de huida a través de las relaciones extraconyugales, o por medio de una entrega exagerada al trabajo.

En los días previos al parto existe una gran incertidumbre consciente, con diversas crisis de distinta duración y que son expresión del temor a la muerte en el parto, del dolor físico, del hijo deforme y de la muerte del mismo.

Es bastante frecuente que durante esta crisis la embarazada manifiesta que ha dejado de sentir los movimientos del feto durante todo un día. Esta experiencia es muy angustiante, pues se puede pensar en la muerte del bebé. Diversos factores contribuyen a esta sensación: por un lado el niño se mueve menos por un simple motivo de espacio, además el suelo de la pelvis lo aprisiona e inmoviliza, y por otro lado la ansiedad materna en ocasiones puede bloquear la percepción de los movimientos.

El tercer trimestre supone una preparación y un aprendizaje de la mujer para adaptarse a la separación de su amado e idealizado hijo interno y de esta manera reconstruir su amor maternal para su independencia, externo y en definitiva verdadero hijo.

Pueden ser muchos los factores que causan la depresión en el embarazo:

**Las Hormonas del Embarazo:** Pueden ser una de las causas; ya que los grandes cambios hormonales que se experimentan en esta etapa, pueden afectar directamente los niveles de los neurotransmisores químicos del cerebro que regulan nuestro humor, por otro lado, los cambios hormonales también pueden causar más ansiedad de lo habitual y al igual que la depresión debe ser tratada durante el embarazo.

**Los Antecedentes Personales o Familiares de Depresión:** Si ha existido antecedente de depresión en la gestante o en algún miembro de su familia, es más factible que la gestante sufra de depresión.

**Los Problemas de Pareja:** Esta es una de las principales causas de depresión durante el embarazo.

**Complicaciones del Embarazo:** Los embarazos con complicaciones o de riesgo de interrupción, como así también los embarazos múltiples pueden poner al borde de la depresión, los tratamientos que deben efectuarse y el reposo, combinados con el miedo que se siente por el futuro del bebé son las causas que generan la depresión.

**Tratamientos de Fertilidad:** El estrés que se produce durante los tratamientos de fertilidad es la causa de depresión cuando finalmente se logra el embarazo, por los temores de perder al bebé en el transcurso del mismo.

**Pérdida de Embarazos Anteriores:** Cuando se ha tenido interrupciones de embarazos con anterioridad es frecuente que la gestante se pregunte sobre el destino del embarazo actual y el miedo que esto produce predispone a la depresión.

**Situaciones Estresantes:** La pérdida de un ser querido, los problemas laborales, las mudanzas u otra situación de estrés reciente o actual pueden conducir directamente a la depresión.

La depresión que ocurre durante el embarazo o en el año después del parto es llamada depresión perinatal. El número exacto de mujeres con depresión durante éste tiempo no es conocido. Pero los investigadores creen que la depresión es una de las complicaciones más comunes durante y después del embarazo. Seguido, la depresión no es reconocida o tratada, porque algunos cambios normales en el embarazo causan síntomas similares y suceden al mismo tiempo. Cansancio, problemas para dormir,

reacciones emocionales más fuertes, y cambios en el peso pueden ocurrir durante y después del embarazo. Pero estos síntomas podrían también ser señas de depresión.

En 1998 se llevo a cabo un estudio, en el que evaluaron la sintomatología depresiva de un grupo de 350 mujeres a principios del segundo trimestre de gestación. Los resultados del estudio indican que las mujeres con mayor apoyo social y autoestima son las que presentan niveles más bajos de depresión pre-parto. Además, el haber tenido experiencias emocionales previas negativas, la intensidad del estrés perinatal y el número de hombres con los que la mujer informaba haber tenido experiencia negativas, son factores que se asocian con un incremento de los niveles de depresión en mujeres embarazadas <sup>3</sup>

El estado emocional de la mujer embarazada puede influir en el apego maternal de la misma tanto durante el embarazo como después del mismo, las madres con un menor apego a sus hijos eran aquellas que habían presentado niveles de depresión y ansiedad más altos, así como niveles más bajos de apoyo social fuera de su relación de pareja. Esto indica que el estado psicológico de la mujer durante el embarazo influye notablemente en su apego maternal <sup>2</sup>.

Algunos estudios, han demostrado que las alteraciones emocionales que ocurren durante el embarazo parecen estar relacionadas con variables psicosociales diferentes. Prueba de ello, es un estudio llevado a cabo en 1997 en el que evaluaron a un grupo de mujeres que se encontraban en el segundo trimestre de gestación. En el estudio, observaron la presencia de dos alteraciones emocionales en las mujeres embarazadas; por una parte la sintomatología depresiva y, por otra, la presencia de miedos relacionados con el embarazo. Estas alteraciones emocionales se asociaban con factores psicosociales diferentes. Mientras que la sintomatología depresiva se asociaba más al locus de control, relaciones interpersonales, estresores e historia psiquiátrica, los miedos relacionados con el embarazo estaban más asociados a factores sociodemográficos, relaciones interpersonales e historia familiar <sup>2</sup>.

Como sabemos, el embarazo es un momento especial para la mujer durante el cual se manifiesta un gran número de emociones. Es una nueva situación, que genera ansiedad y niveles elevados de estrés que pueden estar fuertemente condicionados por las demandas sociales ante esta nueva situación a la que debe acomodarse la mujer. <sup>4</sup>

La literatura sobre los cambios emocionales que se producen en la mujer durante la gestación, así como en el post-parto ha sido confusa en numerosas ocasiones. Según un estudio realizado en la universidad de Granada España, concluyen que el estado emocional de la mujer varía en función del periodo de gestación. Así, durante los tres primeros y los tres últimos meses de gestación, los niveles de depresión y ansiedad son más bajos que durante el segundo periodo de gestación. Una posible explicación al respecto es que durante el primer trimestre, el estado de gestación es apenas perceptible llegando incluso, en la mayoría de los casos a ser a partir del segundo y tercer mes cuando la mujer es informada de su nuevo estado. Por otra parte, durante el segundo trimestre de gestación es cuando comienza a tener lugar los cambios físicos como consecuencia del embarazo y la futura madre debe aceptar esos cambios y afrontar la nueva situación; ese afrontamiento suele ir acompañado de respuestas de ansiedad y conductas depresivas. Una vez habituada al nuevo estado las respuestas de depresión y ansiedad disminuyen <sup>24</sup>.

En relación a estos cambios emocionales, otros estudios, han observado la presencia de alteraciones psiquiátricas en algunas mujeres al final del embarazo, así como depresión en mujeres a los tres meses del parto, la mayor parte de las cuales había mostrado síntomas neuróticos al final del embarazo <sup>18,19</sup>.

Las mujeres con síntoma de depresión ante el parto son a menudo las multiparas presentando además una historia de complicaciones obstétricas más tempranas. Las complicaciones durante el embarazo eran mas frecuentes en este grupo de mujeres. El 46% de las mujeres con síntomas de depresión antes del parto tenían los síntomas de depresión de 6 a 8 semanas postparto.

En un estudio caso control en la que se comparan 160 gestantes con depresión y un número similar de gestantes sin depresión de una comunidad rural de Pakistán (Rawalpindi) en su tercer trimestre de embarazo, observando que una gran proporción de los niños de madres deprimidas nacían con bajo peso, por lo que parte de los problemas que luego padecen estos pequeños podrían conferirse en el útero. La depresión materna está relacionada con un retraso en el crecimiento de los hijos y con un mayor riesgo de que éstos padezcan diarreas. Uno de los motivos que argumentan los investigadores para explicar dicha asociación es que, durante el embarazo, las mujeres deprimidas se cuidan menos y llevan un estilo de vida menos saludable que las otras madres. Además, una vez que ha nacido el bebé, las féminas con depresión no proporcionan a sus hijos los cuidados físicos y psicológicos que requieren ni los estimulan socialmente. La falta de apoyo familiar y de recursos económicos también perjudica la salud de los pequeños. Otro de los descubrimientos del estudio es que los hijos de las madres con depresión tienen menos posibilidades de recibir las vacunas correspondientes al primer año de vida que los otros niños.

Tanto impacto tiene la depresión materna en la salud de los niños que si se consiguiera disminuir el número de madres deprimidas se podría reducir hasta en un 30%, se podría reducir los casos de retraso en el crecimiento intrauterino hasta un 40%.

A pesar de la importancia de las alteraciones emocionales durante el periodo de gestación, uno de los problemas terapéuticos mas observados a lo largo de la literatura ha sido la ausencia de un tratamiento apropiado. Se han utilizado, entre otros, fármacos antidepressivos aunque ninguno parece ser seguro para el desarrollo del feto.<sup>28</sup>

## **ASOCIACIÓN DE ANTECEDENTES Y ESTUDIOS RELACIONADOS A DEPRESIÓN:**

**THEMME** en su estudio titulado "**Prevalencia de trastornos en Gestantes Atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia**" realizado en el Hospital Iquitos César Garayar García en el año 2005, evaluó a 125 gestantes, donde 50.4% de las gestantes presentaron algún grado de depresión (Tasa de Prevalencia), de las gestantes con depresión, el 58.7% fueron catalogadas con depresión leve y el 41.3% con depresión moderada, no hubieron casos severos, asociándose significativamente a la edad de adolescencia, con el nivel de instrucción bajo, nivel socioeconómico bajo, y con la edad gestacional; más no encontró relación significativa entre la presencia de depresión con otras variables como procedencia, estado civil, ocupación, pareja no estable y paridad <sup>27</sup>. A diferencia del presente estudio titulado "**Factores Asociados a la Depresión en las Gestantes , realizado en la Red Asistencial del Hospital César Garayar García** de la ciudad de Iquitos periodo Agosto 2008, donde se evaluó a 313 gestantes encontrando una tasa de prevalencia del 27.8%, de los cuales los casos de depresión leve tuvieron una proporción de 72.4%, seguidos de los casos de depresión moderada con una proporción de 27.6%, no hubieron casos de depresión severa; coincidiendo ambos estudios con altas tasas de prevalencia y mayores porcentajes de casos de depresión leve, donde los factores sociodemográficos y obstétricos relacionados con la gestación en el presente estudio han encontrado una relación estadísticamente significativa con respecto edad, nivel de instrucción, nivel socioeconómico, edad gestacional, paridad, pareja estable, embarazo planificado; con excepción de las variables procedencia y estado civil, no coincidiendo con el estudio anterior ya que las variables ocupación, pareja no estable y paridad no tuvieron una relación significativa en comparación al presente estudio.

Con respecto al estudio realizado por **SALCEDO** en la Universidad César Vallejo sobre "**Ansiedad estado rasgo y depresión en gestantes hospitalizadas**" concluye que la población investigada presenta un nivel de depresión leve, manifestada como tristeza, desgano, enlentecimiento motor y de lenguaje; todos éstos en grados leves,

que se aúnan a los síntomas y signos propios del embarazo sin modificar el estado de ánimo de las pacientes <sup>23</sup>; coincidiendo con el presente estudio acerca de los tipos de depresión, obteniendo altos porcentajes de casos de depresión leve, en el estudio titulado **"Factores Asociados a la Depresión en las Gestantes , realizado en la Red Asistencial del Hospital César Garayar García de la ciudad de Iquitos periodo Agosto 2008.**

## **2.2 MARCO CONCEPTUAL**

### **2.1.1 VARIABLE DEPENDIENTE**

**Depresión:** Estado emocional caracterizado por tristeza y aprensión sin razón aparente que la justifique, puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidos las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

Para efectos del presente estudio el diagnóstico de depresión y su intensidad se hará a través de la aplicación de la Escala de Autoevaluación de ZUNG (Anexo N° 1); siendo su escala de medición ordinal:

20 – 49 ptos: Dentro de límites normales

50 – 59 ptos: Depresión Leve

60 – 69 ptos: Depresión Moderada

70 – 80 ptos: Depresión Intensa.

### **2.2.2 VARIABLES INDEPENDIENTES**

**Edad:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio, siendo su escala de medición nominal igual o mayor a 12 años.

**Procedencia:** Es el lugar de donde procede la gestante, a través de su dirección de residencia se establecerá la zona de donde procede; categorizándola en tres zonas, siendo su escala de medición nominal:

1. Urbana (si se encuentra en el área interceptada entre la Av. 28 de Julio, Navarro Cauper, Calvo de Araujo, Libertad, Vargas Guerra, Aguirre, Ramírez Hurtado, y la Av. la Marina).
2. Urbano Marginal (asentamiento humano fuera del área en mención para la urbana)
3. Rural (viene de caseríos de los ríos)

**Estado Civil:** Estado de la gestante con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales, con su pareja, su escala es nominal y se operacionaliza:

1. Soltera
2. Conviviente
3. Casada.

**Nivel de Instrucción:** Años de Estudios aprobados, a través de la información otorgada por la gestante durante la encuesta; se establecerá 4 categorías, siendo su escala de medición nominal:

1. Ninguno (analfabeto)
2. Primaria
3. Secundaria
4. Técnica o Superior

**Nivel Socioeconómico:** Se considera las condiciones de vida y el ingreso económico de la familia, se operacionaliza según el INEI, siendo su escala de medición nominal:

1. **Muy Bajo:** ingreso promedio mensual menor ó igual a 500 nuevos soles.
2. **Bajo:** ingreso promedios mensual entre 501 y 999 nuevos soles.

3. **Medio:** ingreso promedio mensual comprendidos entre 1,000 a 4,999 nuevos soles.
4. **Alto:** Ingreso promedio mensual mayor a 5,000 nuevos soles.

**Edad Gestacional:** Semana comprendida entre el primer día del último periodo menstrual o fecha de última regla a la fecha del estudio. Su escala de medición será nominal.

- Primer trimestre (desde 1 a 12 semanas)
- Segundo trimestre (desde 13 a 27 semanas)
- Tercer Trimestre (desde 28 a 42 semanas)

**Paridad:** Número de partos previos (mayor de 20 semanas de gestación) que ha presentado la gestante hasta el momento del estudio, su escala de medición será nominal:

1. Nulípara ( 0 partos)
2. Primípara ( 1 parto)
3. Secundípara (2 partos)
4. Múltipara ( 3 a más)

**Pareja Estable:** Relación satisfactoria de la gestante con su pareja durante el matrimonio o la convivencia, su escala de medición será nominal:

Pareja estable: 1. Si 2. No

**Embarazo planificado:** Cuando la pareja desea o planifica tener un bebe, su escala de medición será nominal:

Embarazo planificado: 1. Si 2. No

## CAPÍTULO III

### RECURSOS UTILIZADOS

#### a) Recursos Humanos:

- Bach. Ricardo Martín Reátegui Núñez.
- 05 Encuestadores.
- 01 Asesor estadístico.

#### b) Instalaciones – Instituciones:

- Hospital César Garayar García.
- CS de Moronacocha.
- CS de Belén.
- CS de San Juan.
- Universidad Particular de Iquitos.

#### c) Materiales y Equipos:

##### 1. Materiales de Escritorio:

- Papel A4 de 80 gr. 500 (para proyecto y tesis).
- Lapicero, Lápiz, borrador, tajador.

##### 2. Material de Impresión:

- Fotocopia de fichas de recolección de datos.
- Fotocopia de material bibliográfico.

##### 3. Material Bibliográfico:

- Extraído de Internet.
- Biblioteca de la UPI – UNAP.

##### 4. Procesamiento automático de datos:

- CPU e impresora.
- CD.
- Paquete informático del SPSS v 10.

<b>d)</b>	<b>Recursos Financieros:</b>	<b>S/. 1850.00</b>
	1. Materiales de Escritorio.	S/. 50.00
	2. Material de Impresión.	S/. 100.00
	3. Material Bibliográfico.	S/. 150.00
	4. Movilidad y refrigerio.	S/. 250.00
	5. Procesamiento automático de datos.	S/. 500.00
	6. Recursos Humanos.	S/. 800.00

## CAPÍTULO IV

### METODOS

#### 4.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO:

- Los Factores Sociodemográficos, Culturales y Obstétricos están asociados a la depresión en la población gestante atendidas en la Red Asistencial del Hospital “César Garayar García” de la Ciudad de Iquitos, Agosto 2008.

#### 4.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El tipo de investigación es descriptivo, correlacional, transversal:

- **Descriptivo:** Porque reporta la prevalencia de trastorno depresivo en una población de gestantes y su distribución según ciertas características sociodemográficas.
- **Correlacional:** Porque trata de relacionar la prevalencia de trastorno depresivo con algunas características sociodemográfica de la población gestante.
- **Transversal:** Porque evalúa a la variables dependiente e independientes en solo un periodo de tiempo.

#### 4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

##### 4.3.1 POBLACIÓN:

La población estuvo constituida por todas las gestantes que acudieron al Control Prenatal en los Centros Asistenciales de la Red del Hospital “César Garayar García”, de la Ciudad de Iquitos, Agosto 2008.

##### 4.3.2 MUESTRA:

La muestra estuvo constituida por todas las gestantes que acudieron a su Control Prenatal en los Establecimientos de la Red del Hospital “César Garayar García”, en la Ciudad de Iquitos, Agosto 2008: Hospital “César Garayar García”, CS de Moronacocha, CS de Belén, y CS de San Juan; y que accedan a realizar la encuesta.

La unidad de estudio fueron las gestantes que acudan al control prenatal de los centros asistenciales en donde se hizo el estudio.

El tipo de muestreo que se usó para el presente estudio es no aleatorio, escogiendo a la gestante que se encuentra esperando su atención en el Control Prenatal y que acepta la realización de la encuesta.

El **tamaño muestral** se calculó a través de la fórmula para poblaciones finitas <sup>25</sup> obteniendo una población de 313 gestantes.

**Tamaño Muestral:**  $n / (1 + n/N)$

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q}{e^2}$$

$Z = 1.96$  (95% confianza)  
 $p = 0.50$  (prevalencia de depresión)  
 $q = 0.50$  (1 - p)  
 $e = 0.05$

$n = 384.16$

$N = 1686$  (población de gestantes atendidas en promedio en un mes del 2007 en la red asistencial del HCGG <sup>42</sup>)

**Tamaño muestral = 313**

La distribución proporcional según centro asistencial fue:

Centro Asistencial	Población de Estudio
CS Belén	43
CS Moronacocha	71
CS San Juan	126
HAI	73
Total	313

La muestra fueron las gestantes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión; los criterios de inclusión en el estudio fueron:

**Los Criterios de Inclusión en el estudio fueron**

- Gestantes mayores de 12 años y menores de 50 años con todas sus facultades mentales.
- Gestantes con lucidez mental que no tengan problemas de comunicación y lenguaje.

**Los Criterios de Exclusión en el estudio fueron:**

- Gestantes menores de 12 años y mayores de 50 años.
- Gestantes mayores de 12 años, con dificultad para la comunicación y/o trastorno mental.

#### **4.4 TÉCNICAS:**

Para la recolección de datos se aplicó una serie de técnicas las cuales fueron:

**ENTREVISTA.-** La técnica de recolección de información que se empleó en el estudio fue de fuente primaria a través de una entrevista con la gestante, los datos recabados fueron registrados en las respectivas fichas de recolección (ver Anexo N° 2).

**ENCUESTAS.-** Se realizó una serie de interrogantes para recopilar los datos concretos y lograr un análisis de información rápida y su respectiva tabulación.

#### **4.5 INSTRUMENTOS**

##### **FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANEXOS.**

Fueron los instrumentos que nos permitieron obtener la información necesaria para la investigación durante los diferentes periodos de la investigación:

El primero en la que se consigna algunos datos sociodemográficos, culturales y antecedentes obstétricos de la gestante como: Edad, Procedencia, Nivel de Instrucción,

Nivel Socioeconómico, Estado Civil, Edad Gestacional, Paridad, Pareja Estable, Embarazo Planificado. (Ver Anexo N° 1)

El segundo, el Test de Zung <sup>34</sup>, que es una prueba validada para valorar la presencia de depresión, está compuesta de 20 frases, cada una de las cuales se refiere a un síntoma o signo característico de la entidad nosológica tratada (ver Anexo N° 2).

Se elaboró un instructivo para que el encuestador pueda orientar el adecuado llenado de la ficha de recolección de datos y del Test de autoevaluación de ZUNG (Anexo N° 3), el cual debe ser llenado en su totalidad por la gestante.

Para la adecuada evaluación del test de autoevaluación de ZUNG, se obtuvo la puntuación de cada pregunta para luego determinar con el puntaje total, la presencia de depresión y el grado de depresión (Anexo N° 4).

#### **TEST DE ZUNG (Anexo 2): <sup>34</sup>**

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.

Para entender y usar correctamente la escala, es importante tener en cuenta lo siguiente:

1. El Test de Zung consta de 20 afirmaciones, 10 de los cuales corresponden a síntomas negativos y otros 10 a síntomas positivos a los cuales se les da un puntaje dependiendo de la intensidad del síntoma

2. En las preguntas N° 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 se invierte el orden de puntaje.
3. La mitad de las afirmaciones están expresadas en sentido positivo (me siento abatido y melancólico) y la mitad en sentido negativo (por las mañanas es cuando me siento mejor), lo cual evita que el paciente descubra una pauta a seguir y responda automáticamente.
4. El propio paciente indica el grado en que presenta cada uno de los síntomas, al calificar su intensidad de acuerdo con la frecuencia con que aparece, puede valorarse adecuadamente la mayoría de ellos. Así la posibilidad de poder escoger entre cuatro grados facilita la respuesta.
5. Para obtener la calificación del índice de depresión se coloca la escala ya contestada bajo la guía de puntuación transparente y se escribe el valor de cada respuesta en la columna de la derecha y la suma de todos al pie de la página. A continuación se convierte esta puntuación total en un índice basado en 100, donde:
  - 20 – 49 ptos: Dentro de Límites Normales.
  - 50 – 59 ptos: Depresión Leve.
  - 60 – 69 ptos: Depresión Moderada.
  - 70 – 80 ptos: Depresión Intensa, Grave o Severa.

#### **VALIDEZ DEL TEST DE ZUNG:**

Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en

población clínica o en población general, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad <sup>15,16</sup>.

En población geriátrica disminuye su validez, tanto para cuantificar la intensidad / gravedad de la depresión, como a efectos de cribado o detección de casos, debido al elevado peso relativo que tienen los síntomas somáticos en el puntaje total. Orientadas más hacia el paciente geriátrico, se han desarrollado versiones abreviadas, con menor peso de los síntomas somáticos, que han tenido una difusión muy limitada.<sup>9</sup>

## **PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se coordinó con la Dirección Regional de Salud y con los responsables de los Centros Asistenciales de la Red Asistencial del Hospital “César Garayar García”; CS Moronacocha, CS de Belén, y CS de San Juan, para informarles del proyecto y solicitar la debida autorización para la realización del estudio dentro de su Centro Asistencial.

A demás se coordinó con cada Jefe del Servicio del Área Mujer (Control Prenatal) de la Red Asistencial del Hospital “César Garayar García” de la Ciudad de Iquitos, para obtener la colaboración necesaria.

Se identificó a las gestantes que cumplían con los criterios de inclusión del presente trabajo de investigación.

Se aplicaron los instrumentos; dentro de ello se aplicó un instructivo con la finalidad de orientar en el adecuado llenado a la gestante, ya que todas ellas no poseen el mismo nivel socio cultural, (Anexo N°3), así mismo se aplicó una ficha de recolección de datos para obtener información acerca de los factores sociodemográficos a través de preguntas directas (Anexo N°1); y con la colaboración directa de la población en estudio se les solicitó que desarrollen las interrogantes del Test de Autoevaluación de Zung (Anexo N°2), para luego determinar con el puntaje total, la presencia de depresión y el grado de depresión (Anexo N°4); éstos instrumentos de evaluación se aplicarán de forma individual bajo las mismas condiciones para cada gestante previo consentimiento informado ( Anexo N°5).

## TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos recolectados fueron codificados y ordenados según las variables a estudiar para su almacenamiento; los datos fueron procesados y analizados mediante el paquete informático del SPSS v 10, los resultados se presentan a través de **estadística descriptiva** mediante tablas univariadas de frecuencia relativas ó a través de gráficos; para la **estadística analítica** se uso tablas de contingencia bivariadas usando la prueba no paramétrica del chi cuadrado para la significancia estadística.

### Estadística Descriptiva

Variable	Estadística	Presentación
Edad de la gestante	Porcentaje	Gráfico Pie
Procedencia	Porcentaje	Gráfico Pie
Nivel de instrucción	Porcentaje	Gráfico Pie
Estado civil	Porcentaje	Gráfico Pie
Nivel socioeconómico	Porcentaje	Gráfico Pie
Edad gestacional	Porcentaje	Gráfico Pie
Paridad	Porcentaje	Gráfico Pie
Pareja estable	Porcentaje	Gráfico Pie
Embarazo planificado	Porcentaje	Gráfico Pie
Prevalencia de depresión	Porcentaje	Gráfico en barra

### Estadística Analítica

Variable	Estadística	Presentación
Depresión vs. Edad de la gestante	Chi cuadrado	Tabla de contingencia
Depresión vs. Procedencia	Chi cuadrado	Tabla de contingencia
Depresión vs. Nivel de instrucción	Chi cuadrado	Tabla de contingencia
Depresión vs. Estado civil	Chi cuadrado	Tabla de contingencia
Depresión vs. Nivel socioeconómico	Chi cuadrado	Tabla de contingencia
Depresión vs. Edad gestacional	Chi cuadrado	Tabla de contingencia
Depresión vs. Paridad	Chi cuadrado	Tabla de contingencia
Depresión vs. Pareja estable	Chi cuadrado	Tabla de contingencia
Depresión vs. Embarazo planificado	Chi cuadrado	Tabla de contingencia

## **FACTOR ÉTICO**

El presente estudio es de tipo descriptivo no experimental, recoge en forma anónima la información sobre las gestantes respetando la confidencialidad y los derechos de la gestante, además se contó con el consentimiento informado de la paciente para dicho estudio.

## CAPÍTULO V

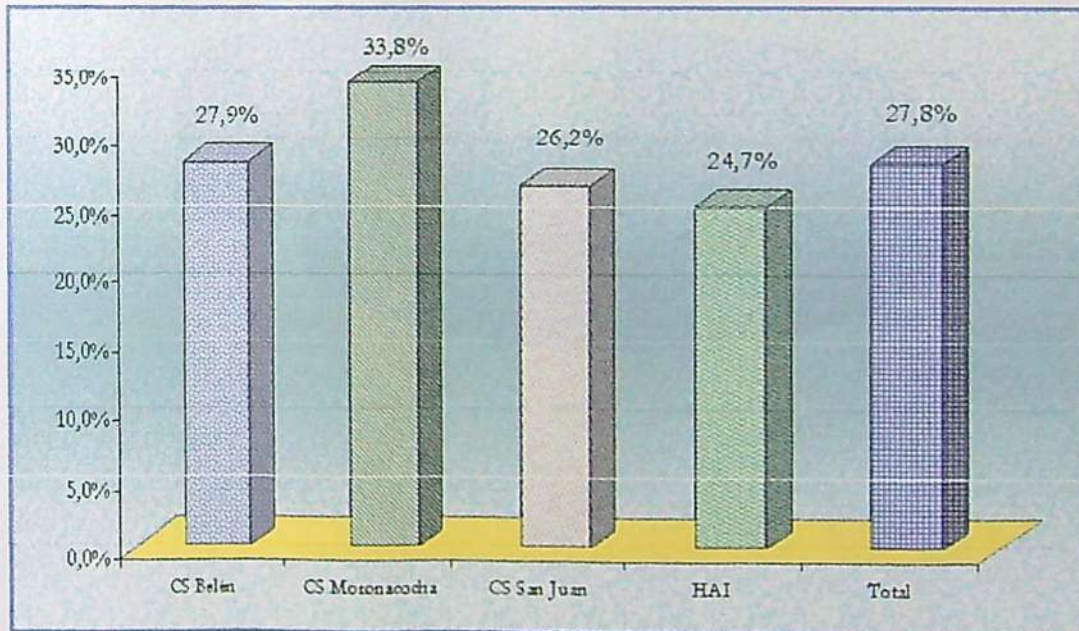
### RESULTADOS

- a) Prevalencia de depresión en las gestantes atendidas en la red asistencial del Hospital César Garayar García

Se evaluaron 313 gestantes encontrando a través del Test de Zung, una prevalencia de depresión del 27,8% (87/313), la mayor prevalencia se encontró en el C.S. de Moronacocha con el 33,8% (24/71), seguido del C.S. de Belén con el 27,9% (12/43), C.S. de san Juan con el 26,2% (33/126) y en el HAI con el 24,7% (18/73) (Gráfica N° 1, Anexo N° 4).

#### GRÁFICA N° 1

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED ASISTENCIAL DEL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA - AGOSTO 2008**

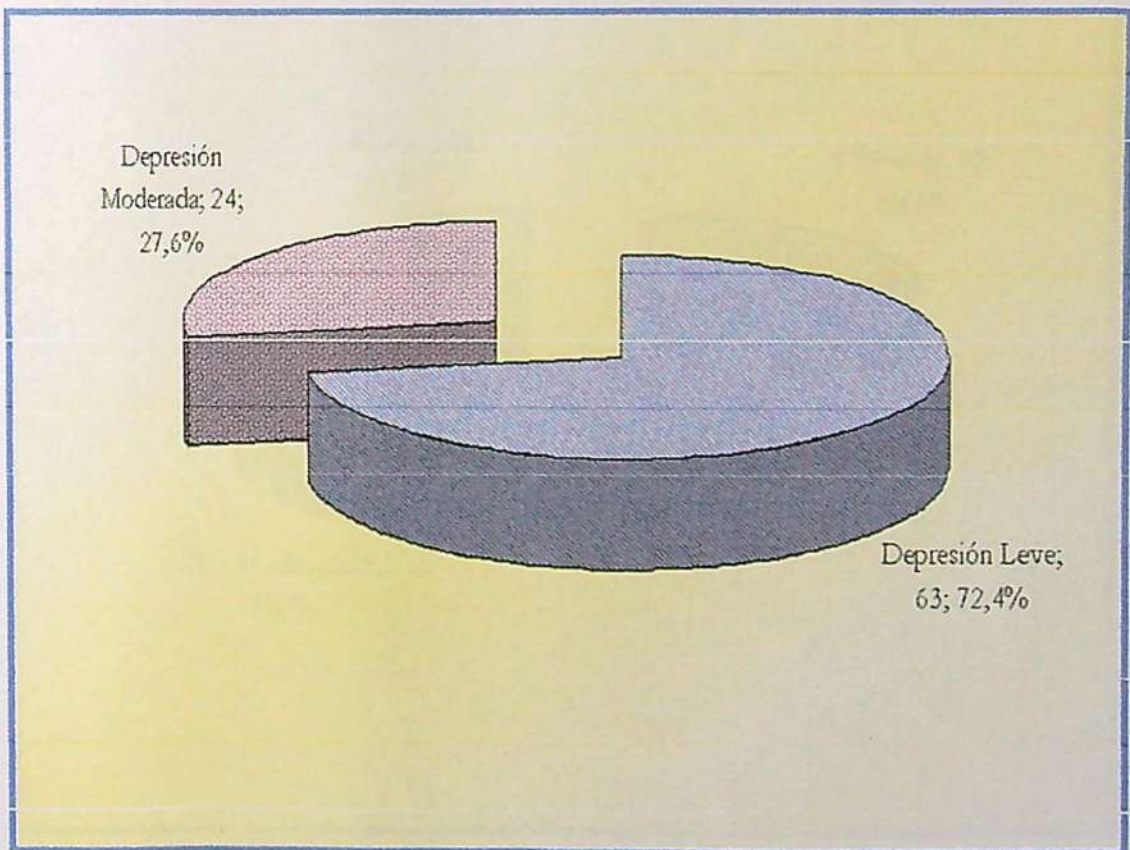


- b) Tipos de depresión en las gestantes atendidas en la red asistencial del Hospital César Garayar García.

El 72,4% (63/87) de los casos depresivos fueron depresión leve y el 27,6% fueron casos de depresión moderada (24/87), no hubieron casos de depresión severa (Gráfica N° 2).

GRÁFICA N° 2

**TIPO DE DEPRESIÓN EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED ASISTENCIAL DEL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA - AGOSTO 2008**

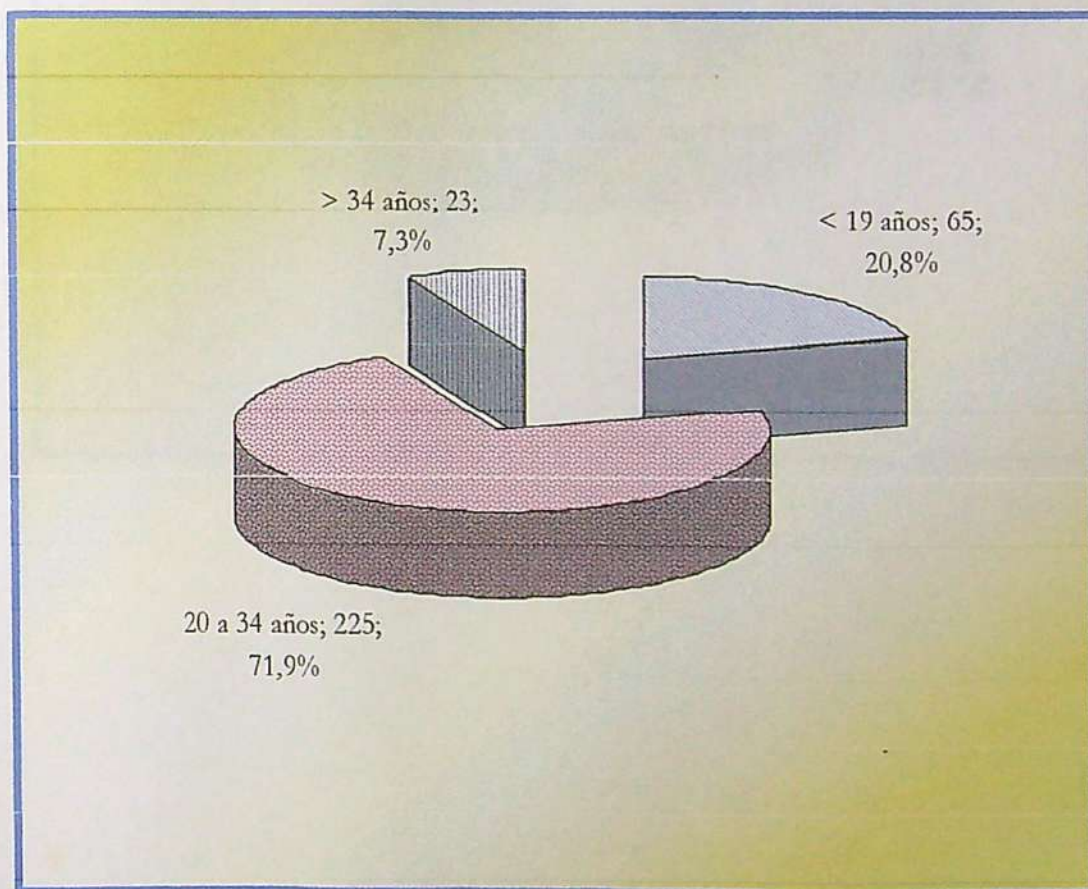


- c) Características sociodemográficas y culturales de las gestantes atendidas en el control prenatal de la red asistencial del Hospital César Garayar García.

El 71,9% de las gestantes tuvieron entre los 20 a 34 años de edad, el 20,8% fueron  $\leq$  de 19 años y el 7,3% fueron  $>$  de 34 años de edad. (Gráfica N° 3).

### GRÁFICA N° 3

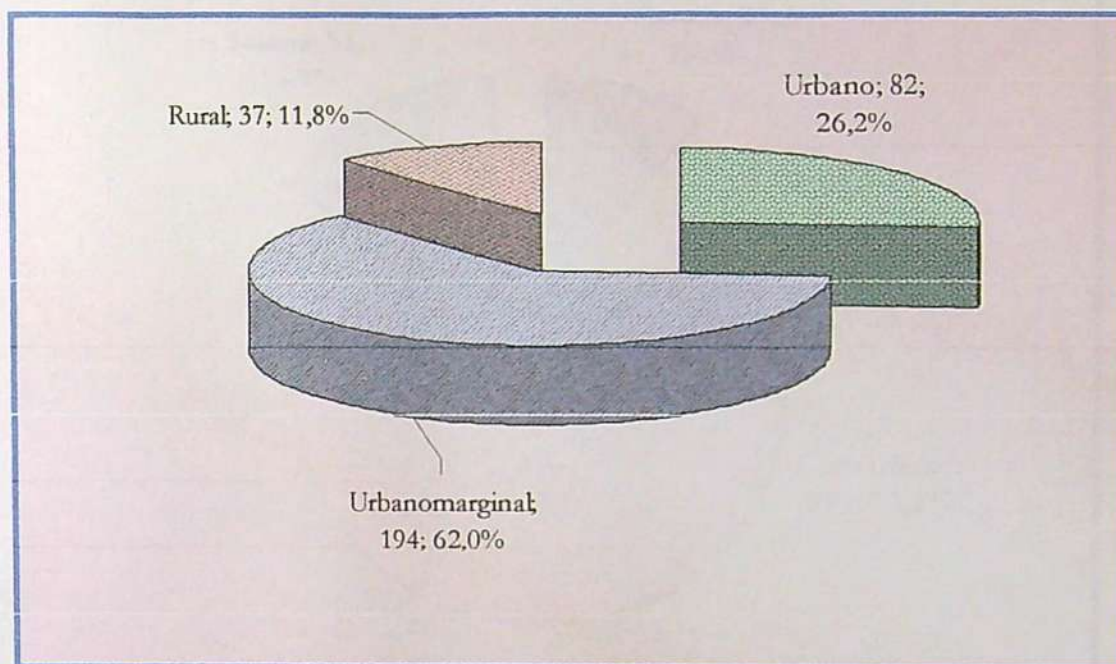
#### DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN EDAD EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED ASISTENCIAL DEL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA - AGOSTO 2008



El 62,0% de las gestantes proceden de la zona urbanomarginal, el 26,2% de la zona urbana y el 11,8% de la zona rural (Gráfica N° 4).

#### GRÁFICA N° 4

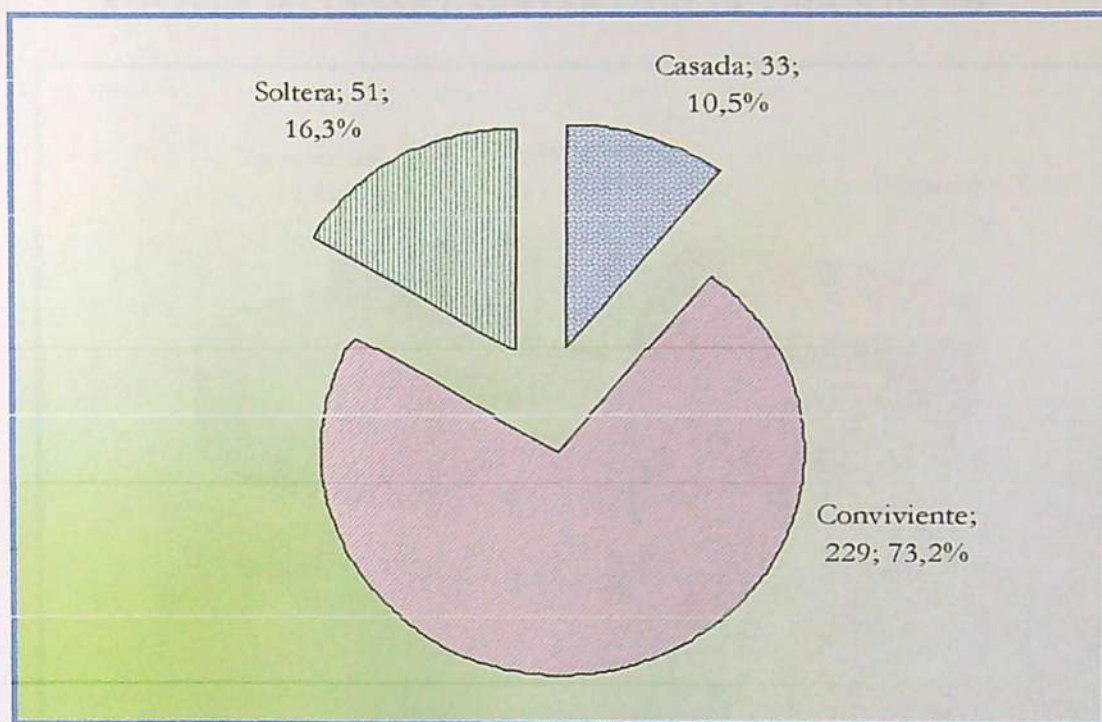
#### DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN PROCEDENCIA EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED ASISTENCIAL DEL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA - AGOSTO 2008



El 73,2% de las gestantes son convivientes, el 16,3% solteras y el 10,5% casadas (Gráfica N° 5).

### GRÁFICA N° 5

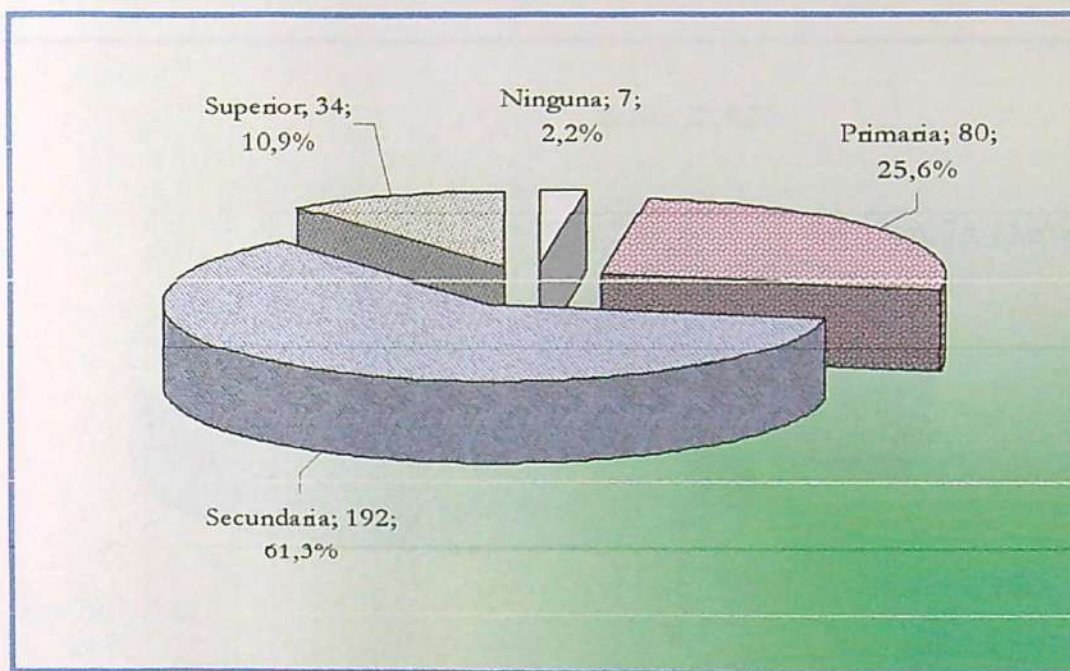
**DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN ESTADO CIVIL EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED ASISTENCIAL DEL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA - AGOSTO 2008.**



El 61,3% de las gestantes tiene un nivel de instrucción de secundaria, el 25,6% primaria, el 10,9% superior y 2,2% ninguna (Gráfica N° 6).

**GRÁFICA N° 6**

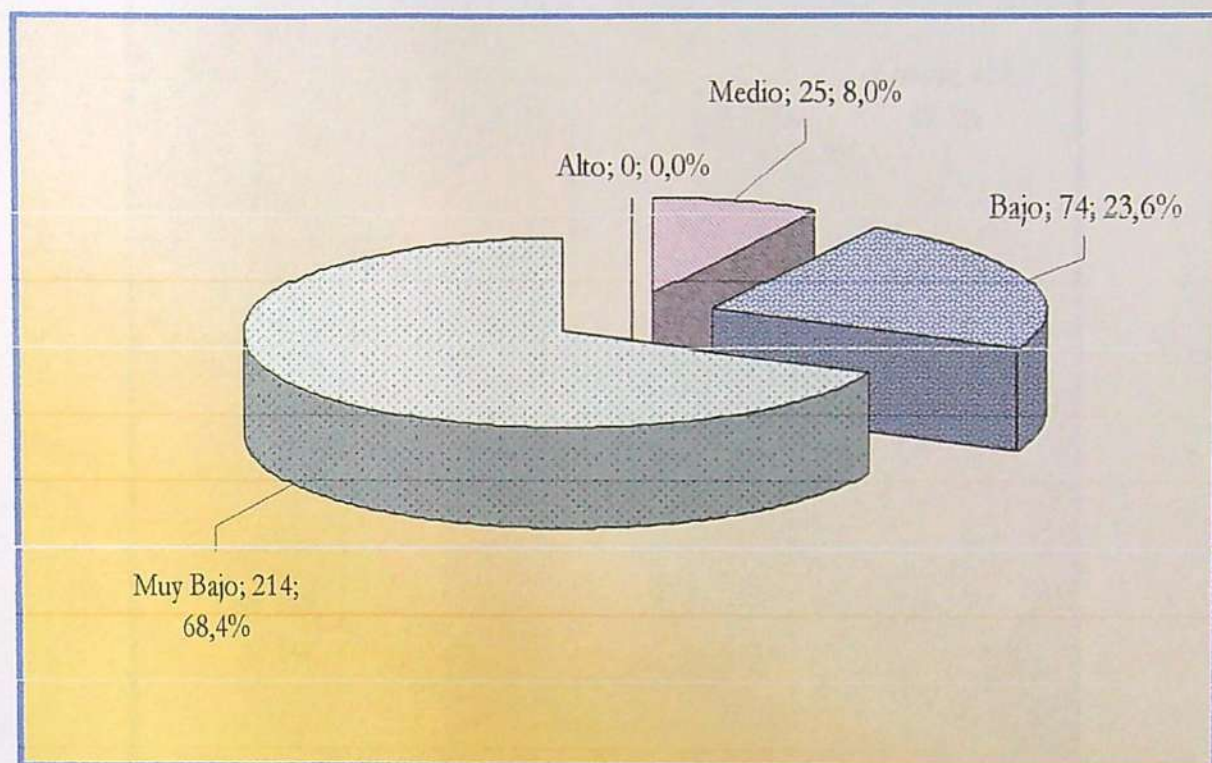
**DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED ASISTENCIAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA - AGOSTO 2008**



El 68,4% de las gestantes tiene un nivel socioeconómico muy bajo, el 23,6% bajo, y el 8,0% medio (Gráfica N° 7).

### GRÁFICA N° 7

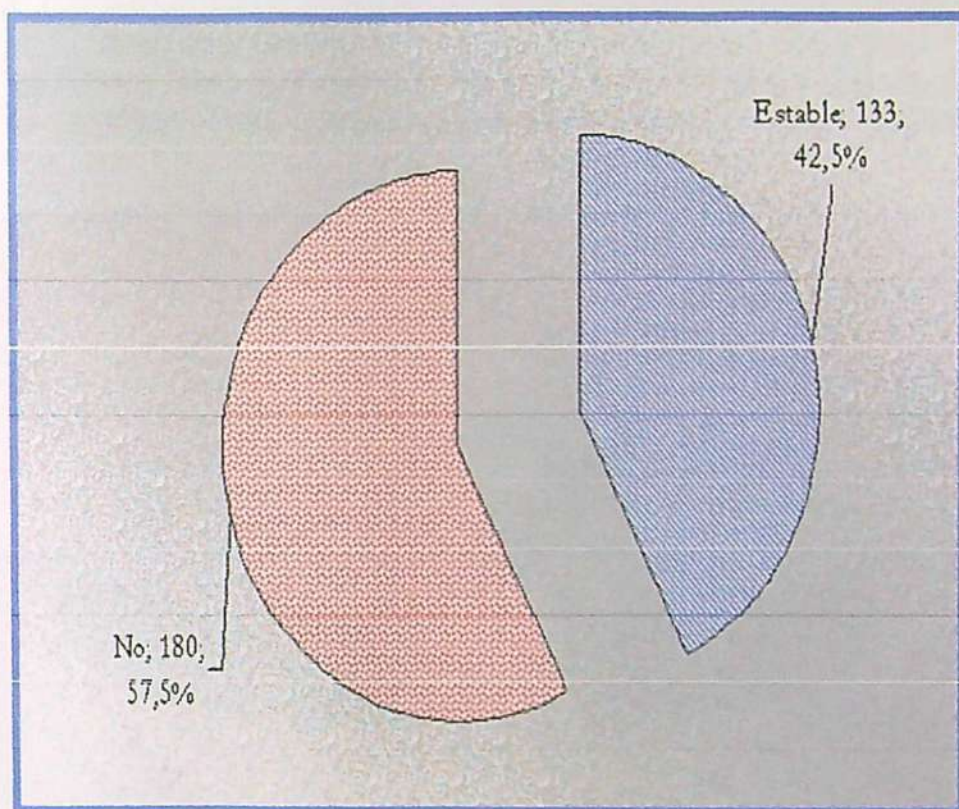
#### DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED ASISTENCIAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA - AGOSTO 2008



El 57,5% de las gestantes no tienen pareja estable y el 42,5% tienen pareja estable (Gráfica N° 8).

### GRÁFICA N° 8

#### DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN PAREJA ESTABLE CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED ASISTENCIAL DEL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA - AGOSTO 2008

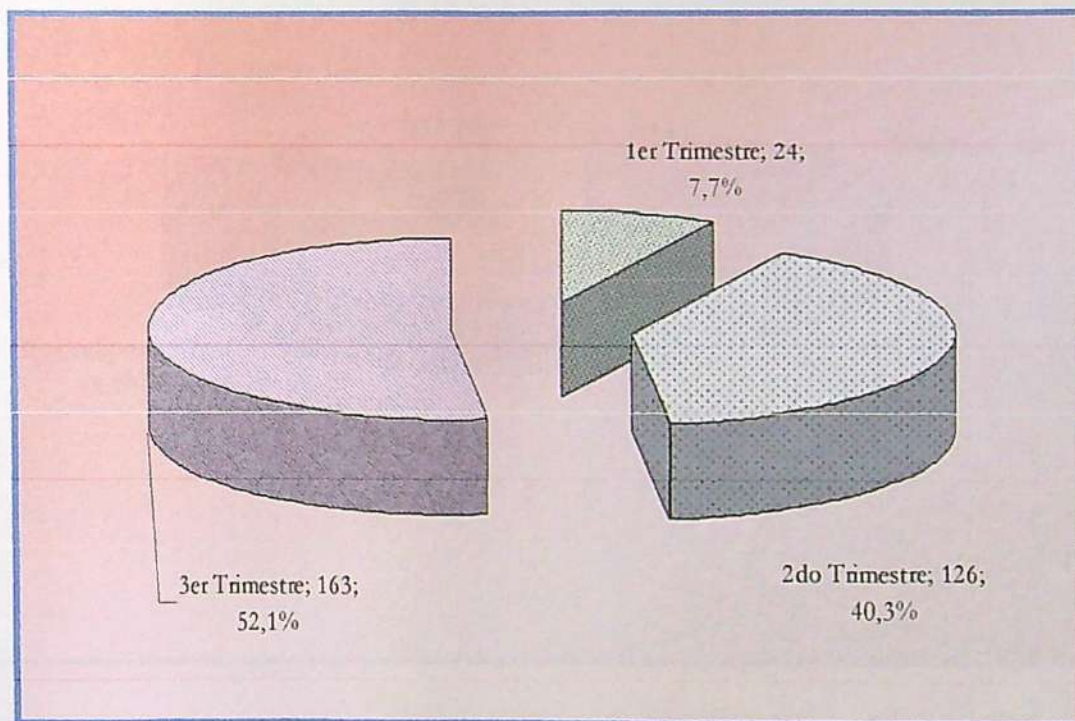


- d) Antecedentes obstétricos de las gestantes atendidas en la red asistencial del Hospital César Garayar García.

El 52,1% de las gestantes estaban en el tercer trimestre del embarazo, el 40,3% en el segundo trimestre y el 7,7% en el primer trimestre (Gráfica N° 9).

### GRÁFICA N° 9

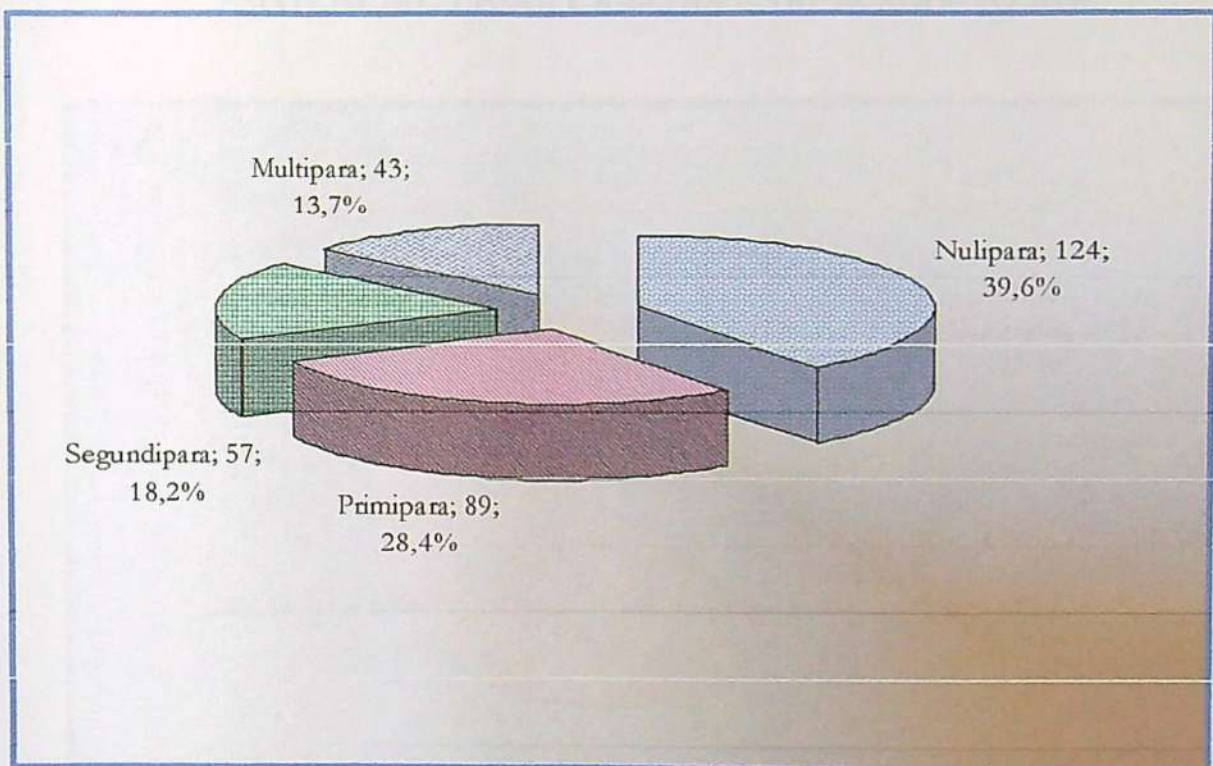
#### DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED ASISTENCIAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA - AGOSTO 2008



El 39,6% de las gestantes fueron nulípara, el 28,4% primíparas, el 18,2% secundípara y el 13,7% múltiparas (Gráfica N° 10).

### GRÁFICA N° 10

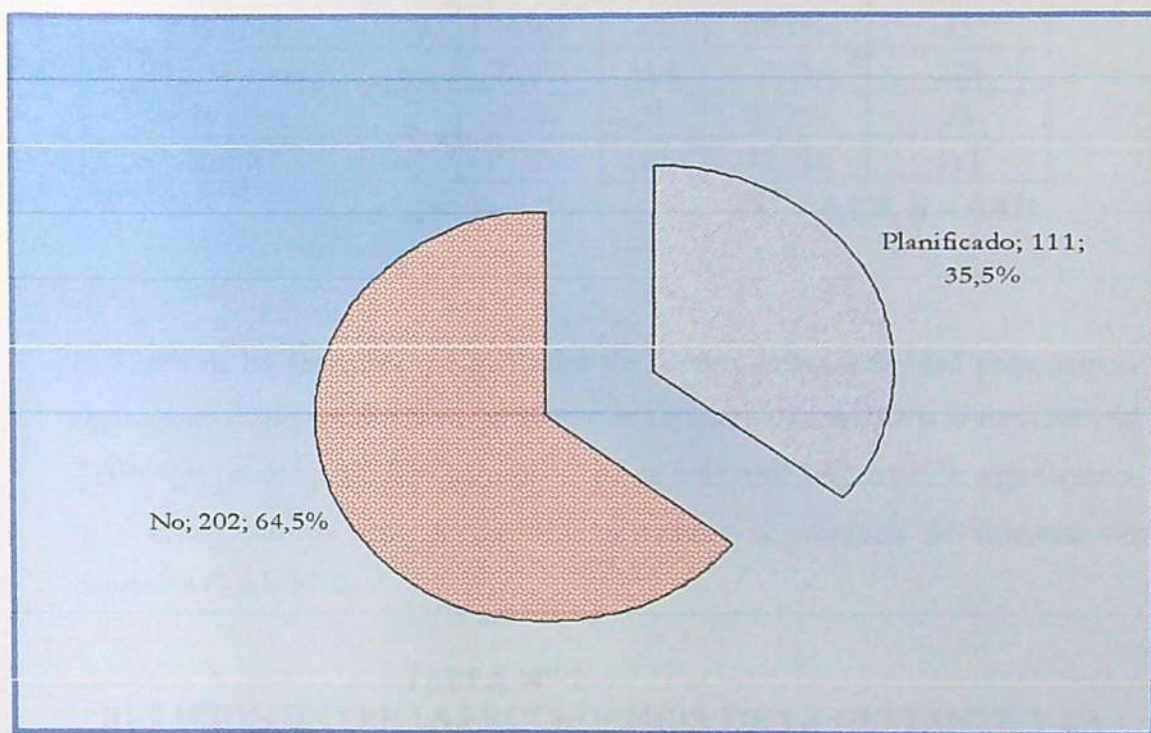
#### DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN PARIDAD CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED ASISTENCIAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA - AGOSTO 2008



El 64,5% de los embarazos no fueron planificados, el 35,5% fueron planificados (Gráfica N° 11).

**GRÁFICA N° 11**

**DISTRIBUCIÓN DE LAS GESTANTES SEGÚN EMBARAZO PLANIFICADO EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE LA RED ASISTENCIAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA AGOSTO 2008**



- e) Relacionar la prevalencia de la depresión en las gestantes con sus características sociodemográficas, culturales y antecedentes obstétricos.

El 36,9% de las gestantes  $\leq$  de 19 años presentaron algún grado de depresión, frente al 8,7% de las mayores de 34 años, se encontró una relación significativa ( $p = 0,031$ ) entre la edad de la gestante y la presencia de síntomas de depresión (Tabla N° 1).

**TABLA N° 1**  
**RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE LA GESTANTE Y LA**  
**DEPRESIÓN EN LA RED ASISTENCIAL DEL HOSPITAL CÉSAR**  
**GARAYAR GARCÍA - AGOSTO 2008**

Edad	Depresión				Total
	Sí	%	No	%	
$\leq$ 19 años	24	36,9%	41	63,1%	65
20 a 34 años	61	27,1%	164	72,9%	225
> 34 años	2	8,7%	21	91,3%	23
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>27,8%</b>	<b>226</b>	<b>72,2%</b>	<b>313</b>

$$X^2 = 6,931, p = 0,031$$

El 32,0% de las gestantes que proceden de la zona urbanomarginal presentaron algún grado de depresión, frente al 18,9% de las que proceden de la zona rural y al 22,0% que proceden de la zona urbana, no se encontró una relación significativa ( $p = 0,104$ ) entre la procedencia de la gestante y la presencia de síntomas de depresión (Tabla N° 2).

**TABLA N° 2**  
**RELACIÓN ENTRE LA PROCEDENCIA DE LA GESTANTE Y LA**  
**DEPRESIÓN EN LA RED ASISTENCIAL DEL HOSPITAL CÉSAR**  
**GARAYAR GARCÍA - AGOSTO 2008**

Procedencia	Depresión				Total
	Sí	%	No	%	
Urbano	18	22,0%	64	78,0%	82
Urbanomarginal	62	32,0%	132	68,0%	194
Rural	7	18,9%	30	81,1%	37
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>27,8%</b>	<b>226</b>	<b>72,2%</b>	<b>313</b>

$$X^2 = 4,523, p = 0,104$$

El 37,3% de las gestantes solteras presentaron algún grado de depresión, frente al 27,5% de las que son convivientes y al 15,2% que son casadas, no se encontró una relación significativa ( $p = 0,085$ ) entre el estado civil y la presencia de síntomas de depresión (Tabla N° 3).

**TABLA N° 3**  
**RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL DE LA GESTANTE Y LA**  
**DEPRESIÓN EN LA RED ASISTENCIAL DEL HOSPITAL CÉSAR**  
**GARAYAR GARCÍA - AGOSTO 2008**

Estado Civil	Depresión				Total
	Sí	%	No	%	
Casada	5	15,2%	28	84,8%	33
Conviviente	63	27,5%	166	72,5%	229
Soltera	19	37,3%	32	62,7%	51
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>27,8%</b>	<b>226</b>	<b>72,2%</b>	<b>313</b>

$$X^2 = 4,922, p = 0,085$$

El 42,9% de las gestantes con ningún nivel de instrucción presentaron algún grado de depresión, frente al 33,8% con nivel de instrucción primaria, el 28,1% con nivel de instrucción de secundaria y al 8,8% con instrucción superior, se encontró una relación significativa ( $p = 0,039$ ) entre el nivel de instrucción y la presencia de síntomas de depresión (Tabla N° 4).

**TABLA N° 4**  
**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA**  
**GESTANTE Y LA DEPRESIÓN EN LA RED ASISTENCIAL DEL**  
**HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA - AGOSTO 2008**

Nivel de Instrucción	Depresión				Total
	Sí	%	No	%	
Ninguna	3	42,9%	4	57,1%	7
Primaria	27	33,8%	53	66,3%	80
Secundaria	54	28,1%	138	71,9%	192
Superior	3	8,8%	31	91,2%	34
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>27,8%</b>	<b>226</b>	<b>72,2%</b>	<b>313</b>

$$X^2 = 8,312, p = 0,039$$

El 32,7% de las gestantes con nivel socioeconómico muy bajo presentaron algún grado de depresión, frente al 18,9% con nivel socioeconómico bajo, el 12,0% con nivel socioeconómico medio; se encontró una relación significativa ( $p = 0,035$ ) entre el nivel socioeconómico y la presencia de síntomas de depresión (Tabla N° 5).

**TABLA N° 5**

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LA GESTANTE Y LA DEPRESIÓN EN LA RED ASISTENCIAL DEL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA - AGOSTO 2008**

Nivel Socioeconómico	Depresión				Total
	Sí	%	No	%	
Alto	0	0,0%	0	0,0%	0
Medio	3	12,0%	22	88,0%	25
Bajo	14	18,9%	60	81,1%	74
Muy Bajo	70	32,7%	144	67,3%	214
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>27,8%</b>	<b>226</b>	<b>72,2%</b>	<b>313</b>

$$X^2 = 8,588, p = 0,035$$

El 32,2% de las gestantes con pareja no estable presentaron algún grado de depresión, frente al 21,8% con pareja estable; se encontró una relación significativa ( $p = 0,041$ ) entre el tipo de pareja y la presencia de síntomas de depresión (Tabla N° 6).

**TABLA N° 6**

**RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE PAREJA DE LA GESTANTE Y LA DEPRESIÓN EN LA RED ASISTENCIAL DEL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA - AGOSTO 2008**

Pareja estable	Depresión				Total
	Sí	%	No	%	
Sí	29	21,8%	104	78,2%	133
No	58	32,2%	122	67,8%	180
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>27,8%</b>	<b>226</b>	<b>72,2%</b>	<b>313</b>

$$X^2 = 4,136, p = 0,041$$

El 34,4% de las gestantes que se encuentra en el tercer trimestre de embarazo presentaron algún grado de depresión, frente al 22,2% de las gestantes en el segundo trimestre y 12,5% del primer trimestre; se encontró una relación significativa ( $p = 0,016$ ) entre la edad gestacional y la presencia de síntomas de depresión (Tabla N° 7).

**TABLA N° 7**

**RELACIÓN ENTRE LA EDAD GESTACIONAL DE LA GESTANTE Y LA DEPRESIÓN EN LA RED ASISTENCIAL DEL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA - AGOSTO 2008**

Edad Gestacional	Depresión				Total
	Sí	%	No	%	
1er Trimestre	3	12,5%	21	87,5%	24
2do Trimestre	28	22,2%	98	77,8%	126
3er Trimestre	56	34,4%	107	65,6%	163
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>27,8%</b>	<b>226</b>	<b>72,2%</b>	<b>313</b>

$$X^2 = 8,243, p = 0,016$$

El 35,5% de las nulípara presentaron algún grado de depresión, frente al 26,3% de las secundíparas, 24,7% de las primíparas y 14,0% de las múltiparas; se encontró una relación significativa ( $p = 0,041$ ) entre la paridad y la presencia de síntomas de depresión (Tabla N° 8).

**TABLA N° 8**

**RELACIÓN ENTRE LA PARIDAD DE LA GESTANTE Y LA DEPRESIÓN EN LA RED ASISTENCIAL DEL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA - AGOSTO 2008**

Paridad	Depresión				Total
	Sí	%	No	%	
Nulípara	44	35,5%	80	64,5%	124
Primípara	22	24,7%	67	75,3%	89
Secundípara	15	26,3%	42	73,7%	57
Múltipara	6	14,0%	37	86,0%	43
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>27,8%</b>	<b>226</b>	<b>72,2%</b>	<b>313</b>

$$X^2 = 8,239, p = 0,041$$

El 31,7% de las gestantes que tenían un embarazo no planificado presentaron algún grado de depresión, frente al 20,7% de las gestantes que si planificaron su embarazo; se encontró una relación significativa ( $p = 0,038$ ) entre el embarazo planificado y la presencia de síntomas de depresión (Tabla N° 9).

**TABLA N° 9**

**RELACIÓN ENTRE EL EMBARAZO PLANIFICADO DE LA GESTANTE Y LA DEPRESIÓN EN LA RED ASISTENCIAL DEL HOSPITAL CÉSAR GARAYAR GARCÍA - AGOSTO 2008**

Embarazo planificado	Depresión				Total
	Sí	%	No	%	
Si	23	20,7%	88	79,3%	111
No	64	31,7%	138	68,3%	202
	87	27,8%	226	72,2%	313

$X^2 = 4,289, p = 0,038$

## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN

#### DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

- Es bien documentado que la depresión puerperal ha sido ampliamente investigada, más no así la depresión durante la gestación, existiendo sobre el respecto pocos estudios que nos permitan esclarecer las dudas sobre las implicancias inmediatas y mediatas en el producto.
- La tasa de prevalencia de depresión en la población gestante atendida en la red asistencial del Hospital “César Garayar García” fue del 27,8%, este hallazgo fue diferente al encontrado por THEMME, el encuentra una prevalencia en su estudio del 50,4%; mientras que en las últimas investigaciones reportan en promedio que el 10% de las mujeres embarazadas sufren de depresión durante el embarazo.
- La mayor frecuencia de trastorno depresivo en las gestantes evaluadas fueron casos leves (72.4%) seguidos de casos de depresión moderada (27,6%); THEMME, encuentra igual hallazgo pero con frecuencia diferentes, los casos leves fueron el 58.7% mientras que los casos moderado del 41.3%.
- La edad de las gestantes atendidas en la red asistencial del “Hospital César Garayar García” fueron: entre los 20 a 34 años de edad que representan el (71.9%), el 20.8% fueron  $\leq$  de 19 años y el 7.3% fueron  $>$  de 34 años de edad. del total de la población 36.9% de las gestantes son  $\leq$  de 19 años las cuales presentaron algún grado de depresión, frente al 8,7% de las mayores de 34 años lo cual se encontró una relación significativa entre la edad de la gestante y la presencia de síntomas de depresión; coincidiendo con el estudio realizado por THEMME M. (2005) sobre “Prevalencia de Trastornos Depresivos en Gestantes atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del

Hospital César Garayar García de Iquitos”, el cual concluye en su estudio que la depresión esta relacionado con la edad de las gestantes adolescentes.

- Con respecto a la procedencia de las gestantes atendidas en la red asistencial del “Hospital César Garayar García”, se encontró que el 62.0% de las gestantes proceden de la zona urbanomarginal, el 26.2% de la zona urbana y el 11.8% de la zona rural, del total de las pacientes en estudio, el 32,0% de las gestantes proceden de la zona urbanomarginal presentando algún grado de depresión, frente al 18,9% de las que proceden de la zona rural y al 22,0% que proceden de la zona urbana, no se encontró una relación significativa entre la procedencia de la gestante y la presencia de síntomas de depresión.
- Con respecto al estado civil de las gestantes atendidas en la red asistencial del “Hospital César Garayar García”, el 73.2% de las gestantes son convivientes, el 16.3% solteras y el 10.5% casadas; de la población de estudio el 37,3% de las gestantes solteras presentaron algún grado de depresión, frente al 27,5% de las que son convivientes y al 15,2% que son casadas, no se encontró una relación significativa entre el estado civil y la presencia de síntomas de depresión.
- En cuanto al grado de instrucción de las gestantes atendidas en la red asistencial del “Hospital César Garayar García”, el 61.3% de las gestantes tiene un nivel de instrucción de secundaria, el 25.6% primaria, el 10.9% superior y 22% ninguna; el 42.9% del total de las gestantes en estudio con ningún nivel de instrucción presentaron algún grado de depresión, frente al 33.8% con nivel de instrucción primaria, el 28.1% con nivel de instrucción de secundaria y al 8.8% con instrucción superior, se encontró que si existe una relación entre el nivel de instrucción y la presencia de síntomas de depresión
- En relación al nivel socioeconómico de las gestantes atendidas en la red asistencial del “Hospital César Garayar García”, el 68.4% de las gestantes tiene un nivel socioeconómico muy bajo, el 23.6% bajo, y el 8.0% medio; del total de la población en

estudio 32.7% de las gestantes con nivel socioeconómico muy bajo presentaron algún grado de depresión, frente al 18.9% con nivel socioeconómico bajo y el 12.0% con nivel socioeconómico medio; se encontró una relación significativa entre el nivel socioeconómico y la presencia de síntomas de depresión

- Respecto al tipo de pareja de las gestantes atendidas en la red asistencial del “Hospital César Garayar García”, el 57.5% de las gestantes no tienen pareja estable y el 42.5% tienen pareja estable; del total de las gestantes en estudio, el 32.2% de las gestantes con pareja no estable presentaron algún grado de depresión, frente al 21.8% con pareja estable; por lo tanto podemos afirmar que es un factor para la presencia de algún síntoma depresivo.
- Con respecto a los antecedentes obstétricos de las gestantes atendidas en la red asistencial del Hospital “César Garayar García”; el 52.1% de las gestantes estaban en el tercer trimestre del embarazo, el 40.3% en el segundo trimestre y el 7.7% en el primer trimestre; del total de la población en estudio, el 34.4% de las gestantes que se encuentra en el tercer trimestre de embarazo presentaron algún grado de depresión, frente al 22.2% de las gestantes en el segundo trimestre y 12.5% del primer trimestre; se encontró una relación entre la edad gestacional y la presencia de síntomas de depresión.
- Otro factor a tomar en cuenta de las gestantes en estudio de la red asistencial es la paridad, donde se encontró que el 39.6% de las gestantes fueron nulípara, el 28.4% primíparas, el 18.2% secundípara y el 13.7% múltiparas; del total de la población en estudio, el 35.5% de las nulípara presentaron algún grado de depresión, frente al 26.3% de las secundíparas, 24.7% de las primíparas y 14.0% de las múltiparas; se encontró una relación significativa entre la paridad y la presencia de síntomas de depresión.
- Con respecto a los embarazos planificados y no planificados de las gestantes atendidas en la red asistencial del “Hospital César Garayar García”, 64.5% de los embarazos no fueron planificados, el 35.5% fueron planificados; del total de las gestantes en estudio,

el 31,7% de las gestantes que tenían un embarazo no planificado presentaron algún grado de depresión, frente al 20,7% de las gestantes que si planificaron su embarazo; se encontró una estrecha relación significativa entre el embarazo planificado y la presencia de síntomas de depresión.

## CONCLUSIONES

- La tasa de prevalencia de depresión en la población gestante atendida en la red asistencial del Hospital César Garayar García fue del 27,8%, la mayor prevalencia se encontró en el C.S. de Moronacocha con el 33.8%.
- La mayor frecuencia de trastorno depresivo en las gestantes atendidas en la red asistencial del Hospital César Garayar García son casos leves (72.4%) seguidos de casos de depresión moderada (27.6%), no hubieron casos de depresión severa.
- Las gestantes menores de 19 años son las que mayormente presentaron algún grado de depresión (36.9%) de la red asistencial del Hospital “César Garayar García”.
- La procedencia de las gestantes no es un factor importante para la presencia de síntomas de depresión.
- El estado civil es otro de los factores que no está asociado para que la gestante presente algún cuadro depresivo.
- Cuanto menos sea el grado de instrucción de una gestante mayor será la incidencia de síntomas de depresión.
- El factor socioeconómico de una gestante influye para que exista algún cuadro depresivo, especialmente en el nivel socioeconómico bajo y muy bajo.
- Tanto el tipo de pareja estable como no estable son factores importantes a tomar en cuenta durante la gestación ya que condicionan a causar algún grado de depresión.

- Dentro de los antecedentes obstétricos según la edad gestacional de las gestantes podemos concluir que durante el tercer trimestre las mujeres sufren algún grado de depresión durante el embarazo.
  
- Dentro de la paridad que es otro de los factores a tomar en cuenta, se tiene que las gestantes nulíparas están predispuestas a presentar algún cuadro depresivo durante el embarazo.
  
- Los embarazos no planificados tiene mayor predisposición a que la gestante pueda presentar algún grado de depresión durante el embarazo.

## RECOMENDACIONES

- Realizar estudios sobre la prevalencia de depresión en gestantes en otras ciudades de nuestra región.
- Realizar estudios para determinar los factores que influyen directamente en la manifestación de trastornos depresivos a nivel de la gestación.
- Implementar programas de preparación al parto para disminuir significativamente la depresión en la mujer embarazada.
- Difundir mejor los beneficios de la psicoprofilaxis para evitar así la depresión durante la gestación a través de una adecuada preparación psicoprofiláctica.
- Mejorar la calidad de atención integral de la gestante en el campo de la Obstetricia y considerar la presencia de depresión en el embarazo como una variable adicional para el criterio de riesgo obstétrico.
- En futuras investigaciones respecto al tema se sugiere incluir nuevas variables como espacio intergenésico, religión, historia familiar, etc. que sirvan para enriquecer las investigaciones en esta materia.

## BIBLIOGRAFIA

1. **BENNETT H.**, Einarson A., Taddio A., Koren G., Einarson T; "PREVALENCE OF DEPRESSION DURING PREGNANCY: SYSTEMATIC REVIEW. OBSTETRICS & GYNECOLOGY"; (2004); Pág.698-709.
2. **BERNAZZANI**, O., Saucier, J. F., David, H. y Borgeat, F; "PSYCHOSOCIAL FACTORS RELATED TO EMOTIONAL DISTURBANCES DURING PREGNANCY. JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH"; (1997); Pág. 391-402.
3. **BERTHIAUME**, M., David, H., Saucier, J. y Borgeat, F; "CORRELATES OF PREPARTUM DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY: A MULTIVARIATE ANALYSIS. JOURNAL OF REPRODUCTIVE AND INFANT PSYCHOLOGY"; (1998); Pág. 45-56.
4. **CALLICO** Cantalejo, G; "FACTORES PSICOLÓGICOS DE LA GESTACIÓN Y SU INCIDENCIA EN LAS POSTERIORES DIFICULTADES DURANTE EL PARTO Y EL PUERPERIO. PSICOPATOLOGÍA"; (1995); Pág. 70-74.
5. **CANTORAL** Wendy. Martínez M.D Javier Mejía Aguilera Psic.; "FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y AL TIPO DE PERSONALIDAD". Dpto. Medicina Familiar. Umf no.21 México D.F.
6. **CANO VINDEL**, Antonio, Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, "La Naturaleza del Estrés"Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid 2008.
7. **CIRERA E**, Belloch JV, Subirá S, Canet J; "RIERA M DEPRESIÓN POSPARTO: Concepto, Epidemiología y Variables Asociadas"; Edit. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona; (1988); España; Pág. 40-45.
8. **CLEMENTE PÉREZ** PA, Tobaja Homs JJ, Morales Blánquez C; "ASPECTOS PSICOSOMÁTICOS DE LA GESTANTE. PERFIL DE LOS NIVELES DE SALUD MENTAL, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DURANTE LA GESTACIÓN Y PUERPERIO. ACTA GINECOLÓGICA"; (1987); Pág. 362-366.

9. **CONDE V**, Escribá JA, Izquierdo J; "EVALUACIÓN ESTADÍSTICA Y ADAPTACIÓN CASTELLANA DE LA ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG Arch Neurobiol "; (1970); Pág. 185-206, 281-303
10. **CUNNINGHAM**, Gary, "Williams Obstetricia", Enfermedades Psiquiátricas, Editorial Médica Panamericana, Edic. 21ava- Vol. II, 2002, Madrid- España. Pág. 1200-1202
11. **DICCIONARIO OCÉANO** "Enciclopedia de la Psicología" Edit. Publicaciones Reunidas S.A -Tomo 6-1982 Barcelona-España -Pág. 82.
12. **DIVISIÓN DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD DE BRISTOL REINO UNIDO**, "La Depresión es más Frecuente en el Embarazo", Brithist Medical Journal, Inglaterra, 2001.
13. **FERNÁNDEZ**, A. Médico Psiquiatra. Hospital Victor Larco Herrera. Catedrático de la Facultad de la Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres. "I CURSO DE ACTUALIZACION PARA MEDICOS GENERALES 1999-2000". Curso de Actualización en Psiquiatría. Perú
14. **GALLI E**; "LA DEPRESIÓN HACIA UNA NUEVA CONCEPTUALIZACIÓN DIMENSIONAL". Edit. Alcmeon; Edic. Nº 22; Vol. 2; (1997); Pág. 1
15. **GRUSH, L.R.** y Cohen, L. S; (1998) "TREATMENT OF DEPRESSION DURING PREGNANCY": Balancing the risks. Edit. Harvard Review of Psychiatry; (1998); 6; Pag.105-109.
16. **HEATHER A.**, Bennett et. al; "PREVALENCE OF DEPRESSION DURING PREGNANCY": Systematic Review Obstetrics & Gynecology; (2004); 103; Pág. 698-709.
17. **KAPLAN H**; Sadock B. et al; "PSIQUIATRÍA CLÍNICA"; Edit. Médica Panamericana; 7º Ed; (1996); Madrid España, Pág. 410.
18. **KUMAR, R.** y Robson, K; "NEUROTIC DISTURBANCE DURING PREGNANCY AND THE PUERPERIUM": Preliminary report of a prospective survey of 119 primiparae; Edit. En M. Sandler; Mental illness in pregnancy and the puerperium. Oxford: Oxford Medical Publications. (1978).

19. **KUMAR, R.** y Robson, K; "A PROSPECTIVE STUDY OF EMOTIONAL DISORDERS IN CHILDBEARING WOMEN. BRITISH JOURNAL PSYCHIATRY"; (1984); Pág. 35-47.
20. **LUNA M.**, Gutierrez F., Jaramillo M., Jara L., Chuquizuta C; "LA DEPRESIÓN NO RESPETA LA GESTACIÓN"; Rev. Psiq. Y Salud Mental Hermilio Valdizán; (2006); Huánuco - Perú; Pág. 41-47.
21. **LLEWELLYN, A.M.**, Stowe, Z.N. y Nemeroff, C.B; "DEPRESSION DURING PREGNANCY AND THE PUERPERIUM"; Journal of Clinical Psychiatry; (1997); Pág. 26-32.
22. **SAGÁTEGUI A.**, Mazzotti G., Guimag B; "DEPRESIÓN: ASPECTOS CLÍNICOS FUNDAMENTALES. DIAGNÓSTICO". (1998); Pág. 1-13.
23. **SALCEDO CERNA, Pedro**, "Ansiedad estado rasgo y depresión en gestantes hospitalizadas" Universidad César Vallejo, 2000, Lima - Perú.
24. **SÁNCHEZ, A.I.**, Bermúdez M.P. y G. Bucla-Casal; "EFECTOS DEL ESTADO DE GESTACIÓN SOBRE EL ESTADO DE ANIMO"; Edit. Universidad de Granada – España; Edic. 2; (1997); España; Pág. 2-3.
25. **SILVA, HERMAN**; CARBAJAL A, CÉSAR; "PROGRESOS EN PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA"; Edit.Universitaria; Edic. Universidad Católica de Chile; (1990); Chile.
26. **SUEZANNE T.** Sherman A., Blackmore Ch; "MATERNAL PRENATAL DEPRESSIVE SYMPTOMS AND SPONTANEOUS PRETERM BIRTHS AMONG AFRICAN-AMERICAN J. EPIDEMIOL"; (2002); Baltimore-Maryland 156: Pág.797-802.
27. **THEMME M**; "PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CESAR GARAYAR GARCÍA DE IQUITOS". Tesis para optar el grado de Bachiller de Medico Cirujano. UNAP. (2005); Iquitos-Perú.

28. **VAHAS, Z.**, Bohnning, D. E., Molloy, M. A., Oustz, J. A., Risch, S. C., George, M. S; "SAFETY AND FEASIBILITY OF REPETITIVE TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION IN THE TREATMENT OF ANXIOUS DEPRESSION IN PREGNANCY": A case report. *Journal of Clinical Psychiatry*, (1999); Pág. 50-52
29. **VALLEJO, J.**; "Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría"; Edit. Salvat; Edic. 3era; (1997); Madrid- España.
30. **VIDAL G.**; Alarcón R. et al; "ENCICLOPEDIA IBEROAMERICANA DE PSIQUIATRÍA". Edit. Panamericana S.A; Edic. 1era; (1995); Bs. Aires-Argentina.
31. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD** - Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (**CIE10**). Trastornos Mentales y del Comportamiento. "Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico" Vol. 3 -1997, Ginebra.-Pág. 152-157.
32. **PERALTA V. M.J.** Cuesta; "PSICOPATOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS"; Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino; Suplemento 3; Pamplona- Perú.
33. **ZEVALLOS ECHEVERRÍA, Andrés** La Cultura de la Salud Mental para el siglo XXI "Salud Mental de la Madre" 2002-Lima-Perú, Pág. 23-24
34. **ZUNG WW.** Zung Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory. En: Sartorius N, Ban TA (Eds.). *Assessment of depression*. Berlin: Springer-Verlag y W.H.O, 1986; Pag. 221-231.

# ANEXOS



## ANEXO N° 1

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS. SOCIODEMOGRÁFICAS, CULTURALES Y OBSTÉTRICOS.



**EDAD** : ( ) años

**PROCEDENCIA** : 1. Urbano. ( )  
2. Urbanomarginal. ( )  
3. Rural. ( )

**ESTADO CIVIL** : 1. Casada. ( )  
2. Conviviente. ( )  
3. Soltera. ( )

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN :** 1. Ninguna. ( )  
2. Primaria. ( )  
3. Secundaria. ( )  
4. Superior. ( )

**NIVEL SOCIOECONÓMICO:** 1. Alto. ( )  
2. Medio. ( )  
3. Bajo. ( )  
4. Muy bajo. ( )

**PAREJA ESTABLE** : 1. Si. ( )  
2. No. ( )

**EDAD GESTACIONAL** : ( ) Semanas.

**PARIDAD** : ( ) N°. de Partos.

**EMBARAZO PLANIFICADO:** 1. Si ( )  
2. No ( )



ANEXO N° 2



ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE ZUNG: PARA DEPRESIÓN

	Nunca o casi nunca.	A veces.	Con bastante frecuencia.	Siempre o casi siempre.	PUNTOS
1. Me siento abatida y melancólica. Por las mañanas es cuando me siento mejor					
2. Tengo accesos de llanto o ganas de llorar.					
3. Duermo mal.					
4. Tengo tanto apetito como antes.					
5. Aún me atraen las personas del sexo opuesto.					
6. Noto que estoy perdiendo peso.					
7. Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.					
8. Me late el corazón más aprisa que de costumbre.					
9. Me canso sin motivo.					
10. Tengo la mente tan clara como antes.					
11. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
12. Me siento nerviosa y no puedo estar me quieta.					
13. Tengo esperanza en el futuro.					
14. Estoy más irritable que antes.					
15. Me es fácil tomar decisiones.					
16. Me siento útil y necesaria.					
17. Me satisface mi vida actual.					
18. Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
19. Disfruto de las mismas cosas que antes.					

## ANEXO N° 03

### **INSTRUCTIVO PARA EL ADECUADO LLENADO DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y EL TEST DE ZUNG QUE EVALUA LA DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA RED ASISTENCIAL DEL HOSPITAL "CÉSAR GARAYAR GARCÍA"- DE LA CIUDAD DE IQUITOS AGOSTO 2008.**

El presente instructivo se realizó con la finalidad de orientar en el adecuado llenado a la gestante ya que todas ellas no poseen el mismo nivel sociocultural, así mismo para lograr un adecuado llenado de la ficha de recolección de datos.

#### **PARA EL ENCUESTADOR**

Para el adecuado llenado, debe usted leer las siguientes recomendaciones:

1. NO colocar nombre.
2. La encuesta consta de 2 partes, la primera con datos generales que nos daran información sociodemográfica y la segunda un test para identificar la presencia de depresión.
3. NO debe quedar ninguna alternativas vacia, si la gestante tuviera alguna duda en sus repuestas deberá preguntar al encuestador, para que resuelva la duda.
4. En la autoevaluación de ZUNG marca con una EQUIS (X) en la alternativa de la columna que creas que más se acerque a su situación.
5. Una vez terminado el test se debe comprobar que el paciente ha llenado todas las frases.
6. El paciente no debe tener la impresión de que la escala de autovaloración de la depresión es alguna prueba en la que pueda resultar aprobada o desaprobada, pues probablemente esto influiría en sus respuestas, hay que explicarle, por ejemplo que esta es una forma de ayudarla para su mejoría.
7. La mitad de las afirmaciones están expresadas en sentido positivo (me siento abatida y melancólica) y la mitad en sentido negativo (por las mañanas es cuando me siento mejor), lo cual evita que la paciente descubra una pauta a seguir y responda automáticamente.

8. El propio paciente indica el grado en que presenta cada uno de los síntomas, al calificar su intensidad de acuerdo con la frecuencia con que aparece, puede valorarse adecuadamente la mayoría de ellos. Así la posibilidad de poder escoger entre cuatro grados facilita la respuesta.
9. Para obtener la calificación del índice de depresión del paciente se coloca la escala ya contestada bajo la guía de puntuación transparente y se escribe el valor de cada respuesta en la columna de la derecha y la suma de todos al pie de la página (Anexo N° 4). A continuación se convierte esta puntuación total en un índice basado en 100, donde:

$$\text{ÍNDICE} = \frac{\text{Puntuación} \times 100}{80}$$

**Puntuación Mínima :** 20

**Puntuación Máxima :** 80

#### ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE ZUNG

Escala de Autoevaluación de ZUNG	Índice	La respuesta a la escala de autoevaluación de ZUNG
20 – 49 ptos.	25 – 61	Dentro de límites Normales
50 – 59 ptos.	62 – 74	Depresión Leve
60 – 69 ptos.	75 – 86	Depresión Moderada
70 – 80 ptos.	87 – 100	Depresión Intensa

**NOTA:** El presente anexo se confeccionó después de haberse ejecutado una prueba piloto a 55 gestantes escogidas aleatoriamente las cuales no están comprendidas en la población en estudio, ya que ellas no entendían el significado de algunos los ítems que se valoraban en esta encuesta.

**ANEXO N° 05**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LLENADO DE LA FICHA DE  
RECOLECCIÓN DE DATOS Y EL TEST DE ZUNG QUE EVALUA LA  
DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA RED ASISTENCIAL DEL  
HOSPITAL "CÉSAR GARAYAR GARCÍA DE LA CIUDAD DE IQUITOS AGOSTO-  
20008.**

.....autorizo a través del  
presente documento mi participación como encuestada en el estudio que evalúa la depresión en  
gestantes, así mismo dejo constancia que he sido informada sobre el objetivo de esta encuesta y  
publicación de los resultados en forma anónima; con la posterior finalidad de ofertar  
formación para la educación y atención oportuna.

Fecha:    /    /

---

Firma de la gestante

Encuestada

