

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**EDAD COMO FACTOR DE RIESGO PARA
DEPRESIÓN EN GESTANTES; HOSPITAL
LAZARTE – TRUJILLO, PERIODO DICIEMBRE
2013 – MARZO 2014**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR:

Cinthy Karina Gutiérrez Ugáz

ASESOR:

Dra. Rosa Angela Lozano Ibañez

Trujillo, Marzo del 2014

MIEMBROS DEL JURADO

**Dr. CABOS YÉPEZ DANTE
PRESIDENTE**

**Dr. GÁLVEZ LEÓN EDWIN
SECRETARIO**

**Dra. URTEAGA VARGAS PATRICIA
VOCAL**

ASESORA

**Dra. LOZANO IBÁÑEZ ROSA
ASESORA**

DEDICATORIA

A toda madre gestante; esperando que ésta y futuras investigaciones, amplíen los horizontes de enfoque de la Depresión, brindando nuevos puntos de vista sobre el manejo de la misma.

A todas las mujeres que luchan a diario a pesar de tener el entorno en su contra y transforman la adversidad en oportunidad; a todas las que vieron destruidos sus sueños y se levantaron para construirse nuevos.

A todas las heroínas anónimas, con admiración y respeto.

AGRADECIMIENTO

*A Dios; por brindarme la vida,
sembrando en mí la vocación de servicio y el espíritu investigador.*

*A mi madre; Gladys Mabel Ugáz Gonzáles,
por su inmenso sacrificio en sustentar sola a nuestra familia
dentro de un marco de amor, valores y calidad profesional.*

A todas aquellas personas que hicieron posible este trabajo.

*En especial a la Dra. Rosa Angela Lozano Ibañez;
quien con su ejemplo de excelente profesional ha sido una inspiración
de superación personal a lo largo de mi carrera*

*A mis amigos; en especial a mi hermana Julissa Gutiérrez Ugáz,
por su oportuno apoyo durante mi desarrollo como profesional y ser humano,
quien con su ejemplo me exhortó a nunca darme por vencida.*

ÍNDICE

Página

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
ÍNDICE.....	III
ÍNDICE DE CUADROS.....	IV
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	V
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
III. RESULTADOS.....	24
IV. DISCUSIÓN.....	40
V. CONCLUSIONES.....	44
VI. RECOMENDACIONES.....	45
VII. REFERENCIAS.....	46
ANEXOS.....	49

ÍNDICE DE CUADROS

Página

**CUADRO N°1 PORCENTAJE DE GESTANTES
CON DEPRESIÓN, SEGÚN GRUPO ETÁREO
(RANGO ADOLESCENTES / ADULTAS)..... 24**

**CUADRO N°2 PORCENTAJE DE GESTANTES
CON DEPRESIÓN, SEGÚN EDAD GESTACIONAL
(RANGO TRIMESTRE)..... 25**

**CUADRO N°3 PORCENTAJE DE GESTANTES
CON DEPRESIÓN, SEGÚN GRADO DE
INSTRUCCIÓN.....26**

**CUADRO N°4 PORCENTAJE DE GESTANTES
CON DEPRESIÓN, SEGÚN ESTADO
CIVIL.....27**

**CUADRO N°5 PORCENTAJE DE GESTANTES
CON DEPRESIÓN,
SEGÚN PROCEDENCIA.....28**

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Página

GRÁFICO N°1 PORCENTAJE DE DEPRESIÓN EN GESTANTES, SEGÚN GRUPO ETÁREO.....	29
GRÁFICO N°2 PORCENTAJE DE DEPRESIÓN EN GESTANTES SEGÚN EDAD GESTACIONAL.....	30
GRÁFICO N°3 PORCENTAJE DE DEPRESIÓN EN GESTANTES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN.....	31
GRÁFICO N°4 PORCENTAJE DE DEPRESIÓN EN GESTANTES SEGÚN ESTADO CIVIL.....	32
GRÁFICO N°5 PORCENTAJE DE DEPRESIÓN EN GESTANTES SEGÚN PROCEDENCIA.....	33
GRÁFICO N°6 PORCENTAJES COMPARATIVOS DE LOS FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN GESTANTES SEGÚN PROCEDENCIA.....	34
GRÁFICO N°7 DEPRESIÓN VS RANGO EDAD.....	35
GRÁFICO N°8 DEPRESIÓN VS TRIMESTRE.....	36
GRÁFICO N°9 DEPRESIÓN VS GRADO DE INSTRUCCIÓN.....	37
GRÁFICO N°10 DEPRESIÓN VS ESTADO CIVIL.....	38
GRÁFICO N°11 DEPRESIÓN VS PROCEDENCIA.....	39

RESUMEN

Objetivo: Determinar si la edad es un factor de riesgo para la presencia de Depresión en gestantes, que fueron atendidas en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo, durante un periodo de estudio de cuatro meses.

Material y métodos: Estudio de tipo analítico, transversal de casos y controles realizado en el hospital “Víctor Lazarte Echegaray” Trujillo, Perú. Muestra constituida por 70 gestantes entre 13 y 40 años de edad, sin antecedentes de trastornos psiquiátricos diagnosticados anteriormente, atendidas durante el periodo de 1 de Diciembre 2013 y 1 de Marzo de 2014. Se empleó la Escala de Depresión de Edimburgo como instrumento y para las medidas de los resultados se utilizaron frecuencias, porcentajes y pruebas no paramétricas: U Mann Whitney, Kruskal Wallis y Chi cuadrado.

Resultados: En una muestra de 70 gestantes; 45,71% eran adolescentes de 13 a 19 años, mientras que 54,29% eran adultas de 20 a 40 años de edad. Mediante la aplicación de la Escala de Edimburgo se encontró Depresión en el 42,86% del total; de las cuales 60% eran adolescentes y 40% eran adultas. El 57,14% restante del total, sin Depresión. Al analizar la significancia estadística entre las variables edad, trimestre de gestación, grado de instrucción, estado civil y procedencia se encontró que; mediante U Mann Whitney, la edad presenta una alta significancia con un valor de $p=0,039$ y un $OR=2,79$. En cuanto al trimestre de gestación no hay relación estadística significativa al aplicar la prueba de Kruskal Wallis con un valor de $p=0,119$. La variable grado de instrucción presentó la más baja significancia, con un valor de $p=0,004$. El estado civil posee la significancia estadística más alta con un valor de $p=0,000$ mediante prueba de Chi cuadrado. Según procedencia se encontró un valor de $p=0,006$ y un $OR=0,16$ obtenidos por Chi cuadrado representando el segundo valor más alto.

Conclusiones: La edad si representa un factor de riesgo para la presencia de Depresión en gestantes; siendo más frecuente en adolescentes, durante el tercer trimestre de gestación, en el grado de instrucción primaria, estado civil soltera y zona de procedencia urbana.

Palabras clave: Depresión, gestantes, adolescentes, adultas, Hospital Lazarte, Trujillo.

ABSTRACT

Objective: To determinate whether age is a risk factor for the presence of depression in pregnant women, who were treated at the Lazarte's Hospital of Trujillo, during a four-month study.

Material and methods: Analytical, cross-sectional, case-control study held in the "Victor Lazarte Echegaray" Hospital, Trujillo, Peru. Sample of 70 pregnant women between 13 and 40 años years old, with no history of psychiatric disorders previously diagnosed, attended during the period December 1, 2013-March 1, 2014. Edinburgh depression scale was used as a tool, and the results were measured with frequencies, percentages and nonparametric tests: U Mann Whitney, Kruskal Wallis and Chi square.

Results: In a sample of 70 pregnant women; 45,71% were adolescents between 13 to 19 years old, while 54,29% were adults between 20 to 40 years old. By applying the Edinburgh depression scale, was found 42,86% with depression, of wich 60% were teenagers and 40% were adults. The remaining 57,14% were found without depression. By analyzing the statistical significance between the variables: age, trimester of pregnancy, level of education, marital status and origin, was found by U Mann Whitney's test, that the age has a highly statistical significant with a p-value=0,039 and a OR=2,79. Regarding the trimester of pregnancy there is no significant statistical relationship by applying the Kruskal Wallis test with a p-value=0,119. Variable level of education had the lowest significance with a p-value= 0,004. Marital status has the highest significance, with a p-value=0,000 by Chi square test. According to area of origin, a value of p=0,006 and a OR=0,16 obtained by Chi square test were found, representing the second highest value.

Conclusions: Age represents a risk factor for the presence of depression in pregnant women; being more common in adolescents, during the thirth trimester of pregnancy, the primary school level of education, single marital status, and urban area of origin.

Key words: Depression, pregnancy women, adolescents, adults, Lazarte's Hospital, Trujillo.

I. INTRODUCCIÓN

La Depresión es un trastorno del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas, que incluyen cambios bruscos del humor y emociones, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces consideradas como divertidas para la persona, también cambios cognitivos, como disminución de la capacidad de concentración y elevada auto-crítica; dichos signos y síntomas deben persistir por más de 2 semanas para tener la certeza de este diagnóstico.⁽¹⁾ Suele manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios de etapa aguda intercalados con recuperaciones, adquiriendo la característica de recurrente.⁽¹⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la Depresión afecta a más de 350 millones de personas en el mundo, asimismo es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad. Afecta a la mujer más que al hombre y en el peor de los casos, puede llevar al suicidio.⁽²⁾

La Depresión debe considerarse no sólo en términos de los conflictos desencadenados por la pérdida de algún “objeto” representativo del afecto o estabilidad emocional, sino también en términos de la debilidad interna, la vulnerabilidad y el sentido de desamparo e inferioridad del propio yo⁽³⁾

En esta investigación, se buscó demostrar la relación que existe entre el estado fisiológico de la gestación y la Depresión; teniendo en cuenta principalmente la frecuencia de acuerdo al grupo etéreo, entre otras variables. Se propuso como premisa que las gestantes adolescentes presentan una mayor frecuencia de Depresión en comparación con las gestantes adultas, tal como se ha demostrado en varias investigaciones realizadas en Latinoamérica y Perú por Vigil y cols.⁽⁶⁾ Sandoval y cols.⁽⁷⁾ Huanco y cols.⁽⁸⁾ Sin embargo, existen también estudios, principalmente transversales y de cohortes que refutan dicha premisa, al existir variaciones positivas en cuanto a las políticas sanitarias de cada país, así como el trabajo multidisciplinario.⁽⁹⁾

Según el informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) del 2013 sobre la situación de adolescentes en América Latina y el Caribe; existen 106 millones de jóvenes entre 15 y 24 años de edad, el mayor número de jóvenes en la historia de la región.⁽⁴⁾ Asimismo señala que del total de esta población, el 39% vive en pobreza, de los cuales 15 millones se encuentran en extrema pobreza, es decir, sobreviven con menos de 1 dólar diario. Alrededor de un 25 a 32% de la población de 12 a 24 años de edad en la región vive con factores de riesgo tales como; la deserción escolar, el desempleo, la adicción a las drogas, los problemas con las autoridades, haciendo énfasis en la maternidad adolescente y la alta mortalidad materna. En dichas regiones anteriormente señaladas, se registra la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo. El 38% de las mujeres de estas regiones se embarazan antes de cumplir los 20 años, asimismo el 20% de nacimientos vivos en total corresponden a madres adolescentes.⁽⁴⁾

En Perú; según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) del 2011; un 34% de adolescentes inicia precozmente las relaciones sexuales, es decir antes de los 18 años. El 66.4% del total corresponde a los varones, mientras que el 33.6% restante a las mujeres. Cabe resaltar que en las adolescentes, este hecho se relaciona con el abuso sexual dentro del núcleo familiar.⁽⁵⁾

Se observa una relación directa entre el grado de instrucción primario y la vivienda en zonas rurales, principalmente de la selva, con el embarazo adolescente. Asimismo hay un preocupante 87.9% de adolescentes entre los 13 y 19 años de edad que no utiliza ningún tipo de método anticonceptivo.⁽⁵⁾

Según el Censo Nacional del 2007 existe un 25,3% de gestantes adolescentes que abandonan los estudios, ubicándose en el segundo lugar de causal de deserción escolar. Entre las causas indirectas de muerte materna adolescente predomina el suicidio con un 39% seguido por un 20% distribuido entre patologías como; neumonía, enfermedades del sistema respiratorio, meningitis, VIH, epilepsia y leucemia.⁽⁵⁾

La gestante adolescente peruana se encuentra sometida a mayores riesgos cuando se le compara con la gestante adulta, como; menor grado de instrucción, inestabilidad conyugal y alta dependencia económica. Este hallazgo también fue encontrado por Doig⁽⁶⁾, Vigil y cols en Panamá⁽⁷⁾.

En un estudio similar al presente trabajo, realizado por Huanco y cols.⁽⁸⁾ en 23 hospitales de las 3 regiones del país, se concluye que; las adolescentes tienen condiciones socio demográficas desfavorables, mal estado nutricional, alto riesgo de

morbilidad materna y morbimortalidad neonatal, en comparación con las gestantes adultas.⁽⁸⁾

Sin embargo; actualmente ya no representa una certeza determinante el embarazo adolescente como un factor de riesgo materno perinatal^(8,9,11) debido, entre otros elementos a las políticas agresivamente intervencionistas, tanto a nivel mundial como del Ministerio de Salud del Perú.⁽⁹⁾

En el “Plan multisectorial para la prevención del embarazo adolescente 2013 – 2021” se señala, entre otras especificaciones el gran énfasis que se hace en el abordaje multisectorial de esta problemática, en coordinación con el Ministerio de la Mujer, Ministerio de Educación, Ministerio del Trabajo y Promoción del Empleo, así como el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.⁽⁹⁾ Con este planeamiento estratégico se busca disminuir la tasa de fertilidad adolescente, ya que se ha mantenido e incluso se observa un ligero aumento en los últimos 10 años, en comparación con la tasa de fertilidad general.^(9,5)

Algunos investigadores consideran la existencia de suficiente información estadística que demuestra que el embarazo y parto se puede llevar a cabo con resultados similares al de mujeres adultas,⁽⁷⁾ especialmente si las adolescentes son mayores de 15 años, dejando de ser un riesgo biológico importante, para continuar siendo sólo un riesgo para la vida social y económica de la mujer^(6,7).

Para muchas mujeres el embarazo puede ser una etapa muy positiva, mientras que para otras puede significar un periodo de Angustia y Depresión difícil de sobrellevar. Según Polaino y Lorente, 10% de las mujeres embarazadas sufren de Depresión,

especialmente entre la sexta y décima semanas del embarazo y durante el tercer trimestre, cuando el cuerpo se prepara para el parto y el nacimiento del bebé.⁽¹⁰⁾

Se estima que la mitad de las mujeres que sufren de Depresión durante el embarazo desarrollan Depresión posparto, pero este número se reduce a menos del 2% si se efectúa un tratamiento psicoterapéutico adecuado durante dicho periodo.⁽¹¹⁾

De igual manera resaltamos que; mientras algunos teóricos consideran que la Depresión es rara en el adolescente, ya que los síntomas no se asemejan en su totalidad a la Depresión en los adultos; otros mencionan que en esta etapa la Depresión posee sus propias características, las cuales logran enmascarse con las conductas típicas del adolescente. En este caso, se hace referencia a trastornos como las adicciones, la impulsividad y los problemas alimentarios, entre otros.⁽¹⁰⁾

Es importante recalcar que para uso práctico de la presente investigación, se empleó la Escala de Edimburgo⁽¹⁾ la cual es utilizada en el tamizaje de Depresión en gestantes y puérperas, a diferencia de otros tipos de escalas y tests que son utilizados en otras poblaciones. Ésta se encuentra validada desde marzo de 2002, cuando el equipo conformado por Vega-Dientsmaier J, Mazzoti G. y Campos M, publican el informe final de dicho proceso, donde se demuestra su validez adaptada a las mujeres peruanas, con una sensibilidad de 84,21% y especificidad de 79,47% para el diagnóstico de Depresión Mayor.⁽¹²⁾ La escala muestra adecuada sensibilidad y especificidad para la detección de la Depresión en el embarazo y hasta un año del periodo posparto, según un estudio transversal analítico realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) durante el año 2008 en Lima; la escala de Edimburgo fue comparada con el

cuestionario de Depresión de Beck-II; encontrándose que ambos evidencian alta consistencia interna y moderada correlación, en tanto que Edimburgo demostró mayor especificidad.⁽¹²⁾ Sin embargo, este instrumento no parece adecuado para discriminar entre distintos tipos de Depresión (leve, moderada o grave)⁽¹³⁾ siendo ideal para este tipo de investigación transversal.

Se plantea a la edad como un probable factor de riesgo para Depresión, debido a que el desarrollo y madurez orgánicos aún no alcanzan su plenitud, durante la etapa de la adolescencia. En este proceso se encuentran implicadas diversas estructuras anatómicas entre las que destacan; el lóbulo frontal, corteza prefrontal, circuito límbico, núcleo accumbens, amígdala e hipocampo; así como hormonas y neurotransmisores.⁽¹³⁾

Funcionalmente; el lóbulo frontal domina la capacidad para controlar los impulsos instintivos, la toma de decisiones, la planificación y anticipación del futuro, el control de la atención, la capacidad para realizar varias tareas simultáneamente, la organización temporal de la conducta, el sentido de la responsabilidad hacia sí mismo y hacia los demás llamado también capacidad empática⁽¹⁴⁾. El lóbulo frontal a su vez, se subdivide en tres grandes regiones; orbital, medial y dorsolateral. La corteza orbital u orbitofrontal proviene de la corteza olfatoria caudal orbital, se encuentra estrechamente relacionada con el sistema límbico y se especializa en la toma de decisiones basadas en el mecanismo riesgo-beneficio. La porción dorsolateral se divide en; motora, premotora, anterior y prefrontal dorsolateral; siendo ésta última la encargada de la metacognición, capacidad del ser humano que permite monitorear y controlar los propios procesos cognitivos, mediante autoevaluación y ajuste. La corteza frontal medial se encarga de detectar y resolver conflictos, regular el esfuerzo atencional y los estados

motivacionales, siendo su función más resaltante inhibir y/o retrasar la tendencia a la impulsividad localizada en la zona prefrontal dorsolateral.⁽¹⁵⁾ En la adolescencia, la inmadurez del lóbulo frontal predispone a fallos en el proceso cognitivo de planificación y formulación de estrategias, que requiere de una memoria de trabajo que aún no está completamente desarrollada.⁽¹⁷⁾

La corteza prefrontal es fundamentalmente planificadora, trabaja de forma conjunta con el lóbulo frontal.⁽¹⁵⁾ Asimismo posee una función reguladora de la conducta y el juicio. Su área ventromedial regula los mecanismos de toma de decisiones y el procesamiento de emociones. Dichas funciones que lleva a cabo, se evidenciaron desde un principio debido al estudio de conductas en personas con lesiones aisladas de dichas áreas.⁽¹⁵⁾ Al no encontrarse plenamente desarrollada durante la adolescencia, influye en conductas de riesgo relacionadas con la sexualidad, el consumo de sustancias adictivas o los comportamientos socialmente inaceptables.⁽¹⁷⁾ La maduración del circuito prefrontal es más lenta en comparación con otras estructuras cerebrales, no se ve acelerada por los cambios hormonales de la pubertad y depende de la edad y del aprendizaje, no alcanzando su madurez hasta la tercera década de la vida. Esto supone que la etapa temprana de la pubertad es el momento en el que el desequilibrio es mayor, con un circuito motivacional muy propenso a actuar en situaciones que puedan deparar una recompensa inmediata y un circuito auto regulatorio que aún no ha alcanzado todo su potencial y, por ello, va a tener muchas dificultades para imponer su control inhibitorio sobre la conducta impulsiva.⁽¹⁶⁾

El circuito límbico relacionado con el mecanismo de motivación y la recompensa, experimenta cambios importantes en la adolescencia como consecuencia de los

incrementos hormonales asociados a la pubertad.⁽¹⁴⁾ Este circuito utiliza como neurotransmisor a la dopamina, incluye las proyecciones desde el área tegmental ventral al cuerpo estriado; compuesto por el núcleo accumbens y núcleo caudado; hacia estructuras límbicas como la amígdala y la corteza orbito-frontal.⁽¹⁶⁾ Su activación como consecuencia, es la implicación del sujeto en ciertas actividades de recompensa como la comida, el sexo o el consumo de drogas, provocando una liberación de dopamina, especialmente en el núcleo accumbens, que genera una intensa sensación de placer y motiva al sujeto a la repetición de dichas actividades. Por lo tanto, se trata de un circuito neuronal esencial para el aprendizaje, puesto que contribuye a la vinculación entre una conducta y sus consecuencias.⁽¹⁴⁾

Así como el núcleo accumbens se implica en la recompensa, la amígdala se vincula en conductas de evitación que se obtienen mediante el proceso de experiencia y aprendizaje.⁽¹⁷⁾

Por lo anteriormente expuesto, se establece que el desarrollo estructural y funcional es determinante en el aprendizaje y la adquisición de capacidades conductuales.⁽¹⁴⁾

Planteamos como premisa que, las gestantes adolescentes se encuentran en mayor predisposición a errores en la toma de decisiones que las gestantes adultas. Además, si tomamos en cuenta que la Depresión como patología tiene bases tanto genéticas como neurobioquímicas, aunado a las diferencias en cuanto a desarrollo, y los cambios hormonales de la gestación; tenemos como resultado varios factores predisponentes que se traducirán en mayor riesgo de manifestación de esta enfermedad.⁽¹⁸⁾

Durante el embarazo, se espera cambios del estado de ánimo y el humor. Se debe diferenciar estos cambios normales de los que se manifiestan durante un episodio depresivo, por la presencia de síntomas que comprometen el aspecto cognitivo de la gestante, tales como; dificultades de concentración y lentitud o agitación psicomotora. Las madres con Depresión se encuentran usualmente ansiosas y preocupadas sobre la salud del feto, pero aunque parezca sorprendente, también pueden presentar desinterés en cuanto a su embarazo o el desarrollo de su bebé. Es típico en estas mujeres que expresen sentimientos de culpa o sensación de ser inútiles, lo cual conlleva a que se vea en detrimento su capacidad de ser madre a plenitud.⁽¹⁸⁾

Existen factores determinantes durante la gestación y la etapa posparto, los cuales representan un rol importante y de vasto potencial para nuevas propuestas de manejo y terapéuticas que intervengan en este proceso fisiopatológico de forma más eficaz que las empleadas en la actualidad.⁽¹⁹⁾ Entre ellos tenemos al rol hormonal; que corresponde principalmente a los estrógenos, de los cuales se ha encontrado evidencia de que facilitan la transmisión noradrenérgica mediante tres mecanismos: Inducir el aumento en la síntesis de noradrenalina (NA); reducción de la recaptación de NA, mejorando así la disponibilidad de NA en el espacio sináptico; y mediante un mecanismo que involucra los dos anteriores.⁽²⁰⁾ Las hormonas tiroideas también se ven involucradas debido a que la Gonadotropina coriónica humana estimula positivamente a la tiroides, evidenciándose este hecho en el aumento de T4 libre en suero y TSH, contraregulando por modulación negativa al hipotálamo.⁽¹⁸⁾

En cuanto a los neurotransmisores implicados, existen estudios experimentales en los que se concluye que en las gestantes y puérperas hay disminución de triptófano

(precursor de la serotonina) así como disminución de metabolitos séricos de serotonina en pacientes con diagnóstico de Depresión mayor durante los cinco días posparto. En el caso de la NA se encontró disminución de sus metabolitos durante la gestación y aumento de estos en el posparto, se propone que estas diferencias sean evidenciadas como reacción al estrés agudo.⁽¹⁹⁾

El eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal también se encuentra en elevada actividad en pacientes con diagnóstico de Depresión Mayor. Concomitantemente, durante la gestación la placenta estimula la producción de Hormona Reguladora de Corticotropinas, ACTH y cortisol, lo cual se evidencia con un pico de CRH en la semana 25 de gestación ⁽²¹⁾ y contribuye a la hiperexcitabilidad de este eje. ⁽¹⁸⁾

En cuanto al sistema inmunológico ha habido importantes hallazgos entre los cuales resalta el aumento de IL-1 en el primer mes posparto; asimismo en estudios de cohortes de encontraron evidencias de disminución de IL-10, Interferon gamma y cortisol en puérperas. Esto se traduce en un desbalance del equilibrio inmunitario que contribuye en este proceso deletéreo.⁽¹⁸⁾

Parry et al. realizó un estudio de gestantes y puérperas con Depresión Mayor, en el que concluye que se encontraron valores disminuidos de melatonina en las primeras y aumentados en las segundas.⁽²²⁾ Este hecho sugiere que la gestación de una paciente con diagnóstico de Depresión mayor, posee un riesgo incrementado de agravamiento del cuadro, el estudio se desarrolló bajo la condición de privación de horas de sueño en ambos grupos de la muestra, encontrándose diferencias que podrían ser útiles para

investigaciones posteriores que relacionen niveles de melatonina con Depresión en gestantes.⁽²²⁾

1.1 Justificación:

Las gestantes se encuentran sometidas a variaciones hormonales y del estado de ánimo, las cuales influyen en su comportamiento perinatal y posparto, así como en el bienestar de sus hijos. Tanto en el ámbito del Ministerio de Salud (MINSA) como en el del Seguro Privado (EsSalud), se ha observado un aumento de la prevalencia de Depresión en gestantes adolescentes; problemática que se encuentra influenciada de forma multifactorial y que presenta interesantes diferencias con la Depresión que se desarrolla en la gestante adulta. En el presente trabajo se ha buscado demostrar que existe mayor frecuencia en el primer grupo mencionado; de la misma forma este hecho es influenciado por distintas variables demográficas, culturales, de procedencia e incluso hemos tomado en cuenta la edad gestacional.

1.2 Formulación del problema científico:

¿La edad es un factor de riesgo para la presencia de Depresión en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Víctor Lazarte Echeagaray–Trujillo durante el periodo de 1 de Diciembre 2013 – 1 de Marzo 2014?

1.3 Objetivo general:

Determinar si la edad es un factor de riesgo para la presencia de Depresión en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Víctor Lazarte Echegaray– Trujillo durante el periodo 1 de Diciembre 2013 – 1 de Marzo 2014.

1.4 Objetivos específicos:

1. Determinar la frecuencia de Depresión en gestantes, según edad gestacional.
2. Determinar la frecuencia de Depresión en gestantes, según grado de instrucción.
3. Determinar la frecuencia de Depresión en gestantes, según estado civil.
4. Determinar la frecuencia de Depresión en gestantes, según zona de procedencia.

1.5 Hipótesis:

H1: La edad es un factor de riesgo para la presencia de Depresión en gestantes, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Víctor Lazarte Echegaray– Trujillo, periodo 1 de Diciembre 2013 – 1 de Marzo 2014.

H0: La edad no es un factor de riesgo para la presencia de Depresión en gestantes, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Víctor Lazarte Echegaray– Trujillo, periodo 1 de Diciembre 2013 – 1 de Marzo 2014.

II. MATERIAL Y MÉTODOS:

1.1. Poblaciones:

1.1.1. Población Diana: Gestantes entre 13 y 40 años de edad que fueron atendidas en consulta externa de los servicios de Obstetricia y Ginecología del Hospital Víctor Lazarte Echegaray– Trujillo durante el periodo 1 de Diciembre 2013 – 1 de Marzo 2014.

1.2. Población de estudio: Gestantes entre 13 y 40 años de edad que acudieron a consulta externa de los servicios de Obstetricia y Ginecología del Hospital Víctor Lazarte Echegaray– Trujillo durante el periodo 1 de Diciembre 2013 – 1 de Marzo 2014, que cumplieron con los criterios de inclusión y carecían de los criterios de exclusión.

- **Criterios de Inclusión:**

- Gestantes entre 13 y 40 años de edad.
- Gestantes que acuden a consulta externa de Obstetricia y Ginecología.
- Gestantes que porten Carnet de Control Perinatal.
- Gestantes dispuestas a colaborar.

- **Criterios de Exclusión:**

- Gestantes menores de 13 años de edad.
- Gestantes mayores de 40 años.
- Gestantes con historia de depresiones anteriormente diagnosticadas.

- Gestantes que estén recibiendo algún tipo de tratamiento psiquiátrico.
 - Gestantes que hayan sufrido alguna pérdida por fallecimiento.
 - Gestantes que hayan sufrido decepción amorosa recientemente.
 - Gestantes que se encuentren hospitalizadas por algún motivo médico.
- **CASOS:**
 - Toda gestante entre 13 y 40 años que acudió a consultorios externos de Obstetricia y/o Ginecología durante el periodo de estudio, que cumplió con los criterios de inclusión, careció de los criterios de exclusión, y que presentó Depresión según la Escala de Edimburgo.
 - **CONTROLES:**
 - Toda gestante entre 13 y 40 años que acudió a consultorios externos de consultorio de Obstetricia y/o Ginecología durante el periodo de estudio, que cumplió con los criterios de inclusión, careció de los criterios de exclusión, y que no presentó Depresión según la Escala de Edimburgo.

1.3. Muestra: La muestra estuvo constituida por 70 gestantes de entre 13 y 40 años de edad, elegidas de forma aleatoria en los consultorios de Obstetricia y Ginecología del Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo, durante el periodo de estudio.

1.3.1. Unidad de análisis: Gestantes entre 13 y 40 años de edad que acudieron a consulta externa de los servicios de Obstetricia y Ginecología del Hospital Víctor Lazarte Echegaray – Trujillo durante el periodo 1 de Diciembre 2013 – 1 de Marzo 2014.

1.3.2. Unidad de muestreo: Gestantes entre 13 y 40 años de edad que acudieron a consulta externa de los servicios de Obstetricia y Ginecología del Hospital Lazarte – Trujillo durante el periodo Diciembre 2013 – Marzo 2014.

1.3.3. Tamaño muestral:

Si: $Z_{\alpha} = 1.64$
 $p = 0.60$
 $q = 0.40$
 $e^2 = 0.96$

Se utilizó la siguiente fórmula para variables cualitativas:

$$n = \frac{(Z_{\alpha})^2 pq}{e^2}$$

Obteniéndose:

n= 70 gestantes entre 13 y 40 años.

2.4 Diseño del estudio:

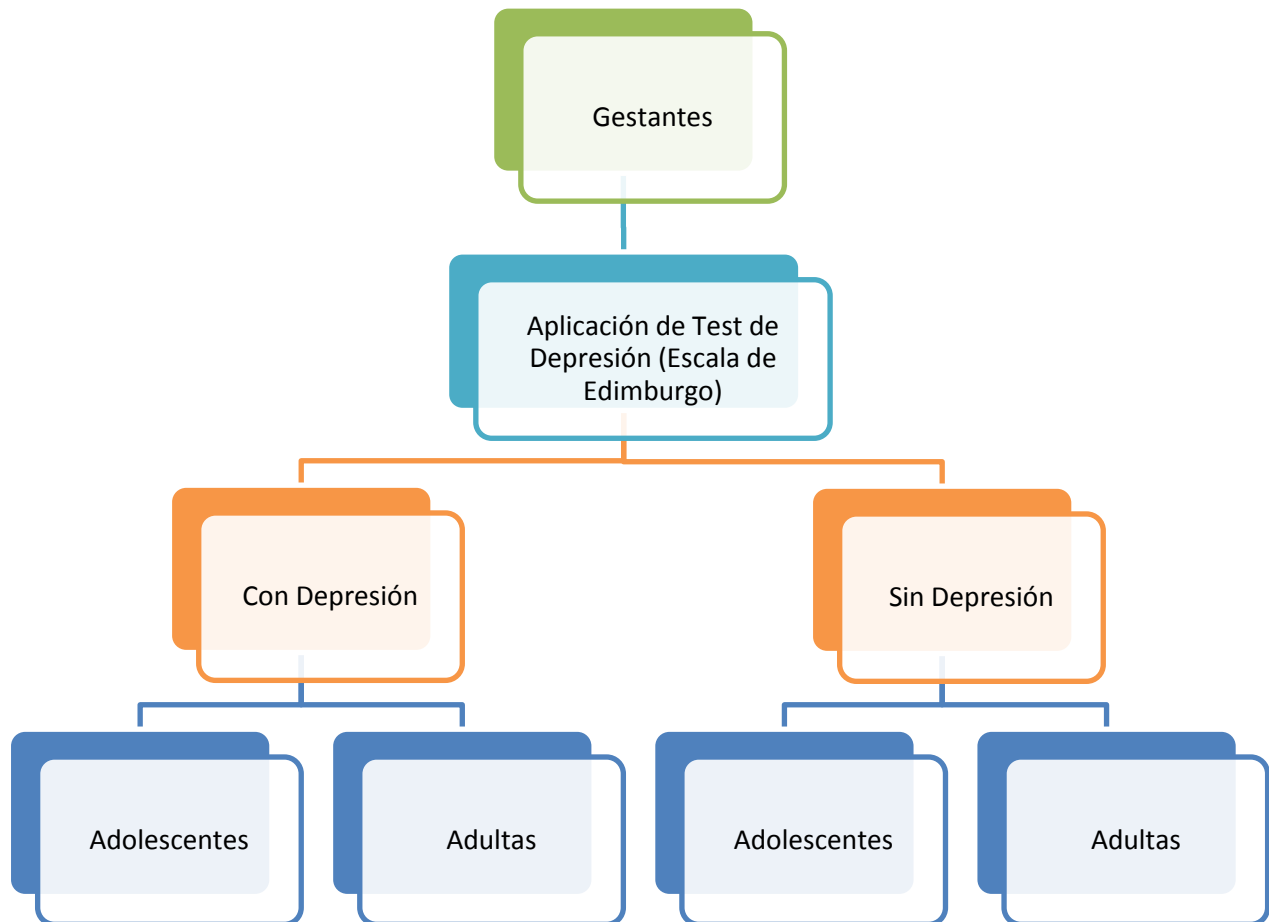
2.4.1 Tipo de estudio:

El presente estudio es de tipo Analítico, Transversal, de Casos y Controles; donde se determinó un periodo de tiempo menor de un año para la aplicación de una

prueba psicológica y de esta manera establecer la correlación entre la Depresión, el grupo etáreo de las gestantes y demás variables.

2.5.Diseño Específico:

Corresponde a un estudio de casos y controles, transversal, correlacional.



2.6. Identificación de las variables:

Variable	Enunciado	Unidad de medida	Tipo de Variable	Escala de medida
Independiente	Depresión en gestantes	SI/NO	Cualitativa Dicotómica	Nominal
Dependiente	Edad	AÑOS	Cuantitativa	De Intervalo
Interviniente	Edad gestacional	I Trimestre (0 a 12sem) II Trimestre (13 a 24 sem) III Trimestre (25 sem en adelante)	Cuantitativa	De Intervalo
Interviniente	Estado civil	Soltera Casada Viuda Divorciada Conviviente	Cualitativa Politómica	Nominal
Interviniente	Grado de instrucción	Primaria Secundaria Superior	Cualitativa Politómica	Nominal
Interviniente	Procedencia	Urbano/Rural	Cualitativa Dicotómica	Nominal

2.6.1. Operacionalización de las variables:

2.6.1.1. Depresión en gestantes: Es un trastorno del estado de ánimo, que se caracteriza por ánimo triste, desinterés, desgano, insomnio, culpa; durante la gestación.

-Dimensión: Si / No.

-Definición operacional: Presencia de 3 criterios CIE-10 > riesgo.

Presencia de 2 criterios CIE-10 o menos < riesgo.

-Indicadores: Escala de Edimburgo para embarazadas: ≥ 13 ptos: Indicador de Depresión.

2.6.1.2. Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.

-Dimensión: Intervalos de 13-19 años y 20-40 años.

-Definición operacional: Años cumplidos sin fracción.

-Indicadores: Ficha de recolección de datos.

2.7. Procedimientos:

2.7.1. Recolección de datos: Los datos de las gestantes seleccionadas para el estudio fueron recolectados empleando una ficha elaborada y aplicada por los mismos investigadores del proyecto (ver Anexo 2) en función al problema y a los objetivos propuestos. Posteriormente la información fue vaciada en una computadora Intel Atom N455, se

construyó una matriz en Microsoft Excel y para el análisis de los mismos se procedió con el software estadístico SPSS versión 22.0. El análisis de las variables cuantitativas se realizó usando medidas de tendencia central y para las variables cualitativas se utilizó distribuciones y frecuencias. Para determinar la relación entre las variables se utilizaron diversas pruebas no paramétricas, lo cual permite obtener resultados con mayor validez.

2.7.2. Procedimiento:

- 1.** Acudir a consultorios externos de Obstetricia y Ginecología del Hospital Víctor Lazarte Echegaray.
- 2.** Seleccionar las gestantes empleando los criterios de inclusión y exclusión.
- 3.** A las que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión se les solicita el Consentimiento informado (Anexo 1).
- 4.** Proporcionarles las fichas de recolección de datos (Anexo 2).
- 5.** De acuerdo al rango de edad (13 a 40 años) se les aplica el test: Escala de Edimburgo (Anexo 3).
- 6.** Las gestantes son evaluadas cara a cara por el investigador, dando 10 minutos (Anexo 3) para el llenado.
- 7.** Luego los datos obtenidos serán vaciados en la ficha de recolección de datos (Anexo 2) diseñada para tal fin.
- 8.** Los datos obtenidos desde la ficha de recolección de datos serán vaciados en una hoja del paquete SPSS 22.0.

2.8. Procesamiento y análisis de la información:

Análisis de Datos: Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva con medidas de tablas de frecuencias, y gráficos. Se realizó empleando el ODDS RATIO, para efectos del presente estudio, con un nivel de confiabilidad del 95% $\pm 5\%$. Estos se realizaron en el software estadístico SPSS versión 22.0

a) Estadística descriptiva: Los datos numéricos están expresados en frecuencias, porcentajes, cuadros de doble entrada y gráficos.

b) Estadística inferencial: Para determinar si existe relación entre la Depresión y la edad de las gestantes se empleó la prueba de U Mann Whitney, Kruskal Wallis y Chi cuadrado.

Se aceptó la hipótesis alterna: La edad es un factor de riesgo para la presencia de Depresión en gestantes, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Víctor Lazarte Echegaray – Trujillo, periodo 1 de Diciembre 2013 – 1 de Marzo 2014, si el valor de P obtenido fue menor de 0.05 ($p < 0.05$); de modo contrario, se aceptó la hipótesis nula: La edad no es un factor de riesgo para la presencia de Depresión en gestantes, atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Víctor Lazarte Echegaray – Trujillo, periodo 1 de Diciembre 2013 – 1 de Marzo 2014, si el valor de P obtenido fue mayor de 0.05 ($p > 0.05$) utilizando un nivel de significancia del 95% ± 5 .

Estos datos fueron procesados utilizando el software SPSS versión 22.0.

2.9.Consideraciones éticas:

El presente estudio se realizó respetando los lineamientos de la declaración de Helsinki II, sobre las recomendaciones que guían los medios de la investigación biomédica que involucra a los seres humanos. Se obtuvo también, la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina y del Departamento de Investigación de la Universidad Privada “Antenor Orrego” y del Hospital Base “Víctor Lazarte Echeagaray” EsSalud de Trujillo. Asimismo se solicitó la aprobación de las gestantes quienes firmaron el consentimiento informado respectivo, teniendo en cuenta que, toda la información proporcionada es de carácter confidencial y sólo tiene acceso a ella, el personal investigador.

III. RESULTADOS:

CUADRO N° 01

**PORCENTAJE DE GESTANTES CON DEPRESIÓN SEGÚN GRUPO ETÁREO
(RANGO ADOLESCENTES / ADULTAS), ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
LAZARTE-TRUJILLO DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2013-MARZO 2014**

	ADOLESCENTES (Edad 13 a 19 años)	ADULTAS (Edad 20 a 40 años)	TOTAL	%
CON DEPRESIÓN	18 (60%)	12 (12%)	30 (100%)	42,86%
SIN DEPRESIÓN	14 (35%)	26 (65%)	40 (100%)	57,14%
TOTAL	32	38	70	100%
%	45,71%	54,29%	100%	

Fuente: datos obtenidos por el autor.

*En color rojo: subporcentajes de adolescentes y adultas con y sin Depresión.

Dentro del grupo con Depresión las adolescentes representan el 60%

CUADRO N° 02

**PORCENTAJE DE GESTANTES CON DEPRESIÓN SEGÚN EDAD
GESTACIONAL (TRIMESTRE), ATENDIDAS EN HOSPITAL LAZARTE-
TRUJILLO DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2013-MARZO 2014**

	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	TOTAL	%
CON DEPRESIÓN	13 (43,39%)	03 (10%)	14 (14,46%)	30 (100%)	42,86%
SIN DEPRESIÓN	10 (25%)	18 (45%)	12 (30%)	40 (100%)	57,14%
TOTAL	23	21	26	70	100%
%	32,86%	30%	37,14%	100%	

Fuente: datos obtenidos por el autor.

*En color rojo: subporcentajes de adolescentes y adultas con y sin Depresión.

Dentro del grupo con Depresión prepondera el I Trimestre con 43,39%

CUADRO N° 03

PORCENTAJE DE GESTANTES CON DEPRESIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LAZARTE-TRUJILLO DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2013-MARZO 2014

	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	TOTAL
CON DEPRESIÓN	16 (53,3%)	13 (43,3%)	01 (3,3%)	30 (100%)
SIN DEPRESIÓN	10 (25%)	17 (42,5%)	13 (32,5%)	40 (100%)
TOTAL	26	30	14	70
%	37,14%	42,86%	20%	100%

Fuente: datos obtenidos por el autor.

*En color rojo: subporcentajes de adolescentes y adultas con y sin Depresión.

Dentro del grupo con Depresión prepondera el Grado de Instrucción Primaria con 43,39%

CUADRO N° 04

**PORCENTAJE DE GESTANTES CON DEPRESIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL,
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LAZARTE-TRUJILLO DURANTE EL PERIODO
DICIEMBRE 2013-MARZO 2014**

	SOLTERA	CONVIVIENTE	CASADA	TOTAL
CON DEPRESIÓN	24 (80%)	05 (16,6%)	01 (3,3%)	30 (100%)
SIN DEPRESIÓN	13 (32,5%)	13 (32,5%)	14 (35%)	40 (100%)
TOTAL	37	18	15	70
%	52,85%	25,71%	21,43%	100%

Fuente: datos obtenidos por el autor.

*En color rojo: subporcentajes de adolescentes y adultas con y sin Depresión.

Dentro del grupo con Depresión prepondera el Estado Civil Soltera con 80%

CUADRO N° 05

**PORCENTAJE DE GESTANTES CON DEPRESIÓN SEGÚN PROCEDENCIA,
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LAZARTE-TRUJILLO DURANTE EL PERIODO**

DICIEMBRE 2013-MARZO 2014

	RURAL	URBANA	TOTAL
CON DEPRESIÓN	10 (33,3%)	20 (66,6%)	30 (100%)
SIN DEPRESIÓN	03 (7,5%)	37 (92,5%)	40 (100%)
TOTAL	13	57	70
%	18,57%	81,43%	100%

Fuente: datos obtenidos por el autor.

*En color rojo: subporcentajes de adolescentes y adultas con y sin Depresión.

Dentro del grupo con Depresión prepondera la Procedencia Urbana con 66,6%

GRÁFICO N° 01

**PORCENTAJE DE DEPRESIÓN EN GESTANTES SEGÚN GRUPO ETÁREO,
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LAZARTE-TRUJILLO DURANTE EL PERIODO
DICIEMBRE 2013-MARZO 2014**

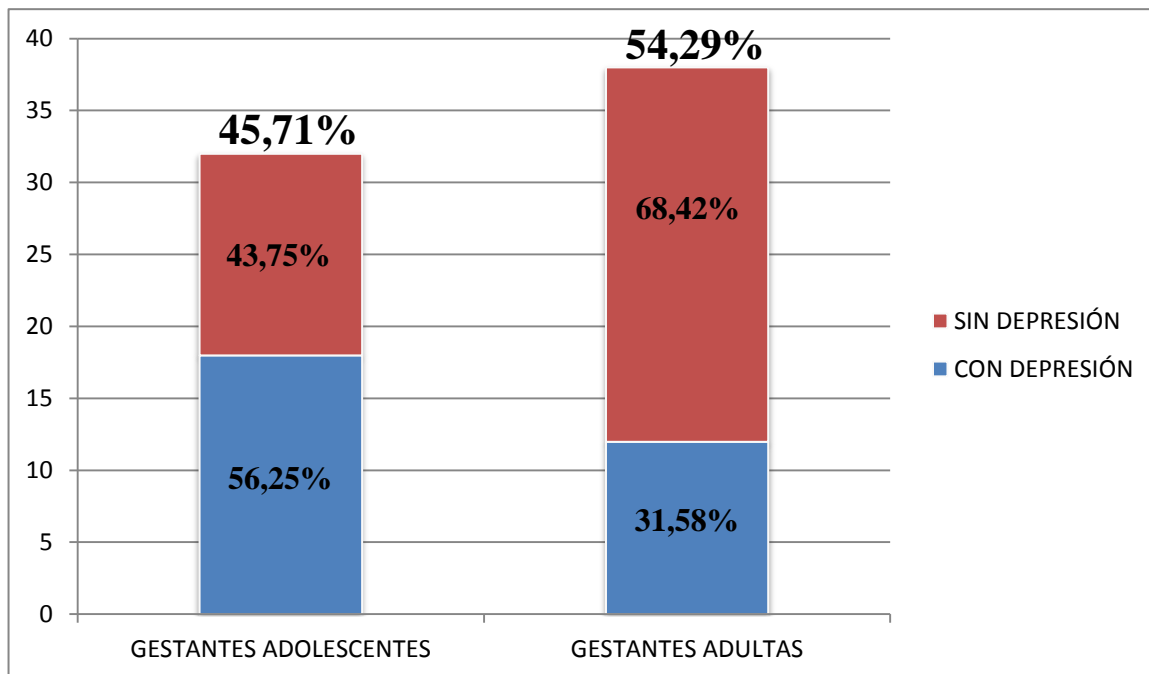


GRÁFICO N° 02

PORCENTAJE DE DEPRESIÓN EN GESTANTES SEGÚN EDAD GESTACIONAL, ATENDIDAS EN HOSPITAL LAZARTE-TRUJILLO DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2013-MARZO 2014

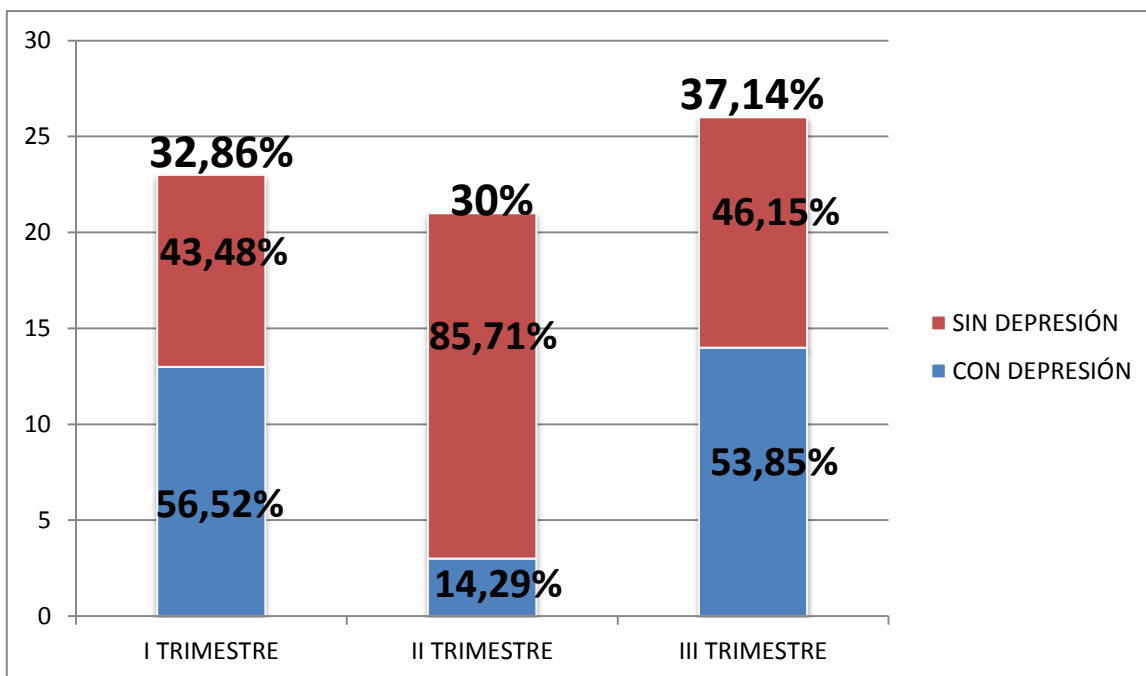


GRÁFICO N° 03

PORCENTAJE DE DEPRESIÓN EN GESTANTES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LAZARTE-TRUJILLO DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2013-MARZO 2014

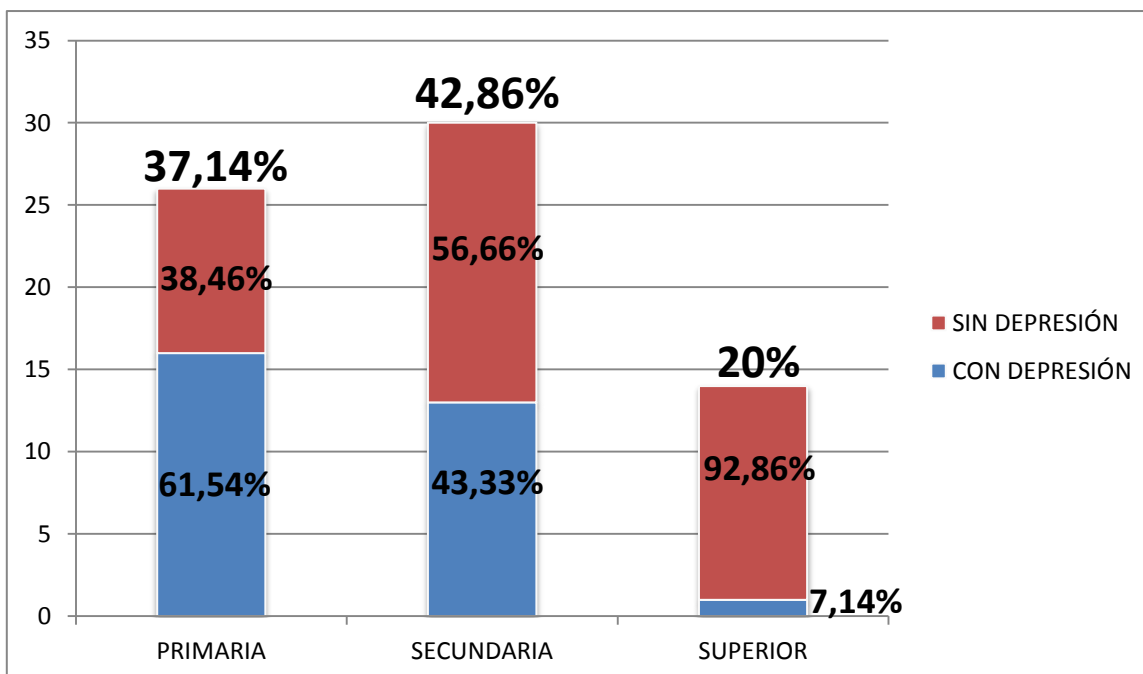


GRÁFICO N° 04

**PORCENTAJE DE DEPRESIÓN EN GESTANTES SEGÚN ESTADO CIVIL,
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LAZARTE-TRUJILLO DURANTE EL PERIODO
DICIEMBRE 2013-MARZO 2014**

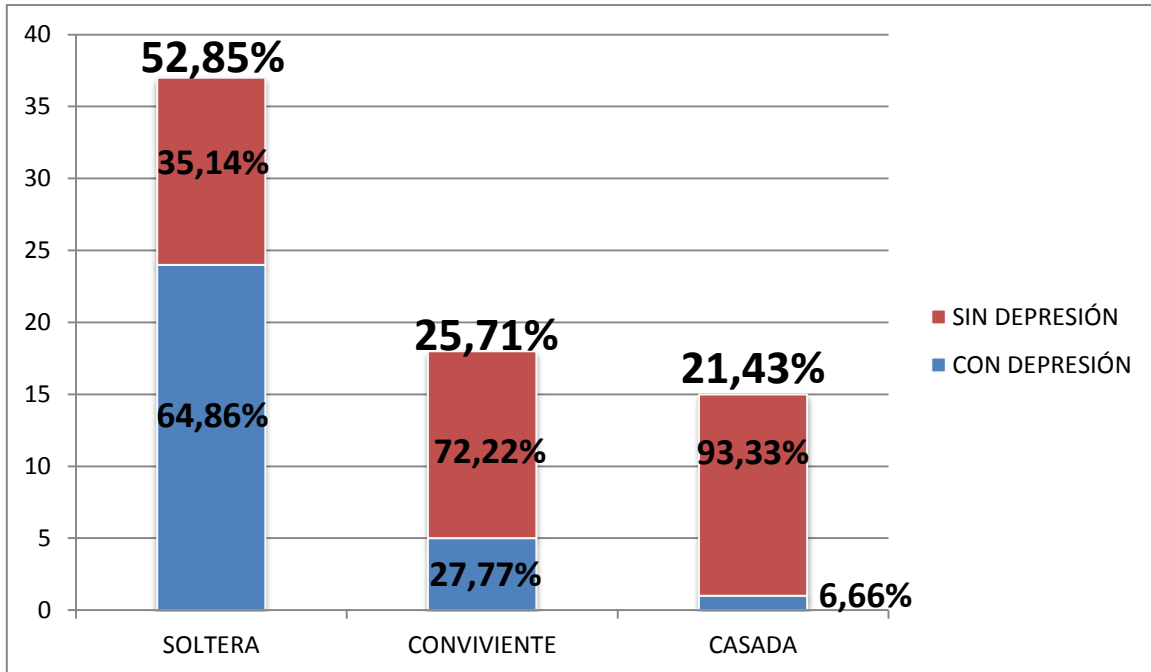


GRÁFICO N° 05

**PORCENTAJE DE DEPRESIÓN EN GESTANTES SEGÚN PROCEDENCIA,
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LAZARTE-TRUJILLO DURANTE EL PERIODO
DICIEMBRE 2013-MARZO 2014**

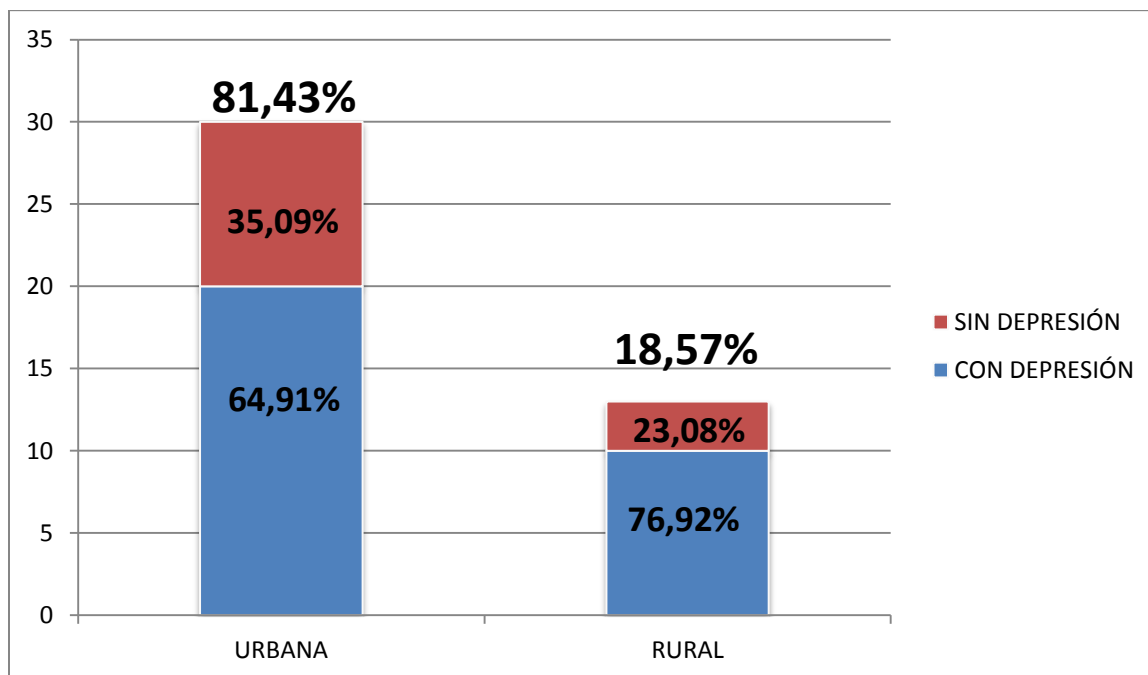


GRÁFICO N° 06

PORCENTAJES COMPARATIVOS DE LOS FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES CON DEPRESIÓN, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LAZARTE PERIODO DICIEMBRE 2013-MARZO 2014 (GRUPO CONTROL)

- TRIMESTRE I
- TRIMESTRE II
- TRIMESTRE III
- GRADO INST. PRIMARIA
- GRADO INST. SECUNDARIA
- GRADO INST. SUPERIOR
- E. CIVIL SOLTERA
- E. CIVIL CONVIVIENTE
- E. CIVIL CASADA
- PROCEDENCIA RURAL
- PROCEDENCIA URBANA

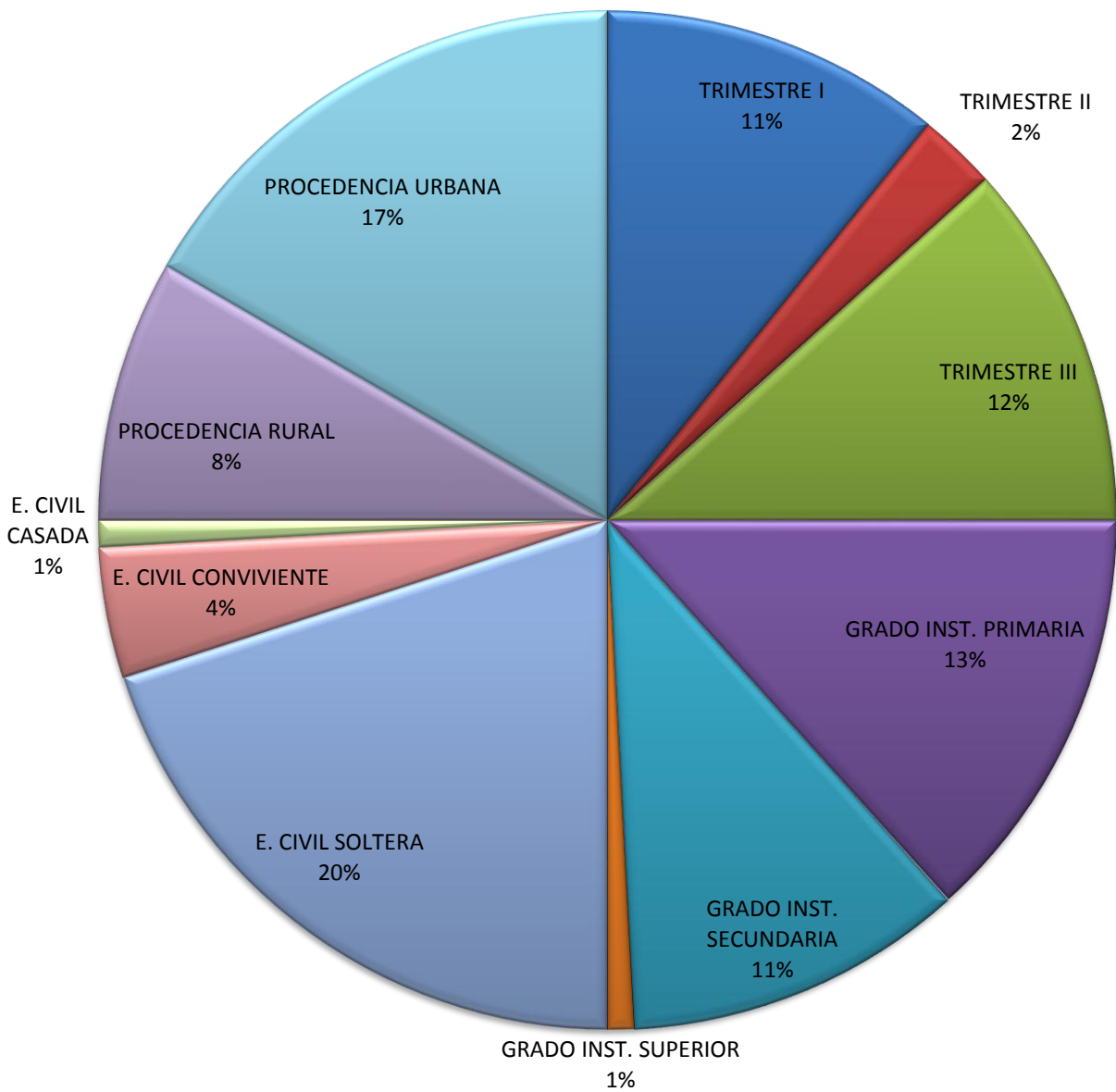


GRÁFICO N°07

DEPRESIÓN VS RANGO EDAD

EN GESTANTES ATENDIDAS EN HOSPITAL LAZARTE PERIODO

DICIEMBRE 2013- MARZO 2014

RANGOEDAD * depresion Crosstabulation

Count

	Depresión		Total
	si	no	
RANGOEDAD ADOLESCENTE	18	14	32
ADULTO	12	26	38
Total	30	40	70

Test Statistics^a

	Depresión
Mann-Whitney U	458,000
Wilcoxon W	986,000
Z	-2,063
Asymp. Sig. (2-tailed)	,039

a. Grouping Variable: RANGOEDAD

HAY RELACIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA $p=0.039 (<0.05)$ SE UTILIZÓ EL TEST DE U MANN-WHITNEY.

OR :2.79

GRÁFICO N° 08

DEPRESIÓN VS TRIMESTRE

EN GESTANTES ATENDIDAS EN HOSPITAL LAZARTE PERIODO

DICIEMBRE 2013- MARZO 2014

trimestre * depresion Crosstabulation

Count

		Depresión		Total
		si	No	
Trimestre	Primero	13	10	23
	Segundo	1	0	1
	Tercero	16	30	46
Total		30	40	70

Test Statistics^{a,b}

	Depresión
Chi-square	4,250
Df	2
Asymp. Sig.	,119

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: trimestre

NO HAY RELACIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA ENTRE LAS VARIABLES $p= 0.119$ ($p>0.05$), SE REALIZÓ EL TEST DE KRUSKAL WALLIS.

GRÁFICO N° 09

DEPRESIÓN VS GRADO DE INSTRUCCIÓN

EN GESTANTES ATENDIDAS EN HOSPITAL LAZARTE PERIODO

DICIEMBRE 2013- MARZO 2014

grado instruccion * depresion Crosstabulation

Count

		Depresión		Total
		si	no	
grado instrucción	Primaria	16	10	26
	secundaria	13	17	30
	superior	1	13	14
Total		30	40	70

Test Statistics^{a,b}

	depresion
Chi-square	10,842
Df	2
Asymp. Sig.	,004

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: grado instrucción

HAY RELACIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA ENTRE LAS VARIABLES $p= 0.004$ ($p<0.05$), SE REALIZÓ EL TEST DE KRUSKALL WALLIS.

GRÁFICO N° 10

DEPRESIÓN VS ESTADO CIVIL

EN GESTANTES ATENDIDAS EN HOSPITAL LAZARTE PERIODO

DICIEMBRE 2013- MARZO 2014

estado civil * depresion Crosstabulation

Count

		Depresión		Total
		si	No	
estado civil	Soltera	24	13	37
	conviviente	5	13	18
	casada	1	14	15
Total		30	40	70

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,011 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	19,016	2	,000
Linear-by-Linear Association	16,443	1	,000
N of Valid Cases	70		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.43.

HAY RELACIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA ENTRE LAS VARIABLES
p= 0.000(p<0.05), SE REALIZÓ EL TEST DE CHI CUADRADO

GRÁFICO N° 11

DEPRESIÓN VS PROCEDENCIA

EN GESTANTES ATENDIDAS EN HOSPITAL LAZARTE PERIODO

DICIEMBRE 2013- MARZO 2014

procedencia * depression Crosstabulation

Count

	depression		Total
	si	no	
procedencia urbana	20	37	57
rural	10	3	13
Total	30	40	70

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,565 ^a	1	,006		
Continuity Correction ^b	5,953	1	,015		
Likelihood Ratio	7,691	1	,006		
Fisher's Exact Test				,011	,007
Linear-by-Linear Association	7,457	1	,006		
N of Valid Cases	70				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.57.

b. Computed only for a 2x2 table

HAY RELACIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA ENTRE LAS VARIABLES
 $p= 0.006(p<0.05)$, SE REALIZÓ EL TEST DE CHI CUADRADO

OR= 0.16

IV. DISCUSIÓN

La Depresión en la gestante es una patología multifactorial. En el estudio que he realizado los resultados mostraron que las diversas variables asociadas a Depresión representan factores de riesgo; tales como la edad, grado de instrucción, estado civil y procedencia, excepto la edad gestacional la cual fue dividida en rangos de trimestres.

De la muestra estudiada compuesta por 70 gestantes; 45,71% correspondieron a adolescentes comprendidas en un rango de edad de 13 a 19 años, mientras que 54,29% correspondieron al grupo de adultas entre 20 a 40 años de edad.

Mediante la aplicación de la Escala de Edimburgo se encontró Depresión en el 42,86% de las cuales 60% eran adolescentes y 40% adultas. El 57,14% restante no presentó Depresión. (CUADRO N° 01) A su vez el grupo de adolescentes fue subdividido entre las que presentan Depresión 56,25% y las que no 43,75% (GRÁFICO N° 01); asimismo se subdividió el grupo de gestantes adultas encontrando que un 31,58% presenta Depresión, mientras que el 68,42% restante no. Al realizar el análisis estadístico mediante la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis (GRÁFICO N° 07) se encontró un valor de $p=0,039$ y un $OR= 2,79$ lo cual indica que existe relación estadísticamente significativa entre las variables. Estos hallazgos son similares a los encontrados por Huanco y cols.⁽⁸⁾ durante el 2008, donde se encontró preponderancia de Depresión en la población de gestantes adolescentes de 23 hospitales de nuestro país.

En cuanto a la edad gestacional, por razones didácticas se realizó una división de la muestra en tres grupos; I Trimestre (de 0 a 12 semanas), II Trimestre (13 a 24 semanas) y III Trimestre (25 semanas en adelante); encontrándose un 32,86% del total perteneciente al I

Trimestre, 30% al II Trimestre y 37,14% al III Trimestre (CUADRO N° 02) a su vez los tres grupos se subdividieron en los que presentaron Depresión y los que no. Dentro del grupo con Depresión la mayoría se encontraron en el III Trimestre con un 46,6%. En el GRÁFICO N° 02 observamos que, el mayor porcentaje relativo de gestantes con Depresión, se encuentra en el I Trimestre con un 56,52% seguido de un 53,85% del III Trimestre y por último el menor porcentaje pertenece a las gestantes del II Trimestre con un 14,29%. Las gestantes que no presentaron Depresión se encuentran en su mayoría en el II Trimestre de gestación con un importante 85,71%. Sin embargo cuando se realizó el análisis estadístico de ambas variables mediante la prueba de Kruskal Wallis se encontró un valor de $p=0,119$ (GRÁFICO N° 08) lo cual indica que no hay relación estadísticamente significativa entre la edad gestacional, contrariamente a lo evidenciado en investigaciones anteriores como la llevada a cabo por Sandoval y cols.(7) en el año 2007, donde destaca que la Depresión tenía relación significativa en comparación con la edad gestacional, principalmente durante el III Trimestre.

Cuando se analizó la variable grado de instrucción, se encontró que del total de gestantes, el mayor porcentaje de gestantes pertenece al grupo que posee estudios secundarios con un 42,86%, seguido de un 37,14% con estudios primarios y en último lugar un 20% con estudios de nivel superior. Dentro del grupo total de gestantes con depresión, se encontró un 53,3% que corresponde a gestantes con grado de instrucción Primaria. (CUADRO N° 03) Este dato es equivalente a los resultados estadísticos informados por la UNICEF durante el 2013 en su estudio: “Hechos sobre Adolescencia y Jóvenes en América Latina y el Caribe”⁽⁴⁾ Posteriormente; al analizar los datos de la subdivisión de estos grupos entre

gestantes con y sin Depresión, se encontró que el mayor porcentaje de gestantes deprimidas posee sólo estudios primarios con un 61,54% (GRÁFICO N° 03) seguido del 43,33% con estudios secundarios y un 7,14% con estudios superiores. El mayor porcentaje de gestantes no deprimidas se encuentra en el grupo que posee estudios superiores con un 92,86%. A continuación se realizó el análisis estadístico de dicha variable mediante pruebas no paramétricas obteniendo un valor de $p=0,004$ observando una relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y la Depresión durante la gestación. (GRÁFICO N° 09)

Al analizar los datos obtenidos del total de gestantes según su estado civil, se encontró que la mayoría de ellas eran solteras en un 52,85% seguido de 25,71% de convivientes y 21,43% de casadas. A su vez, del grupo total con Depresión, el 80% pertenece al estado civil Soltera, 16,6% al estado civil Conviviente y 3,3% al estado civil Casada. (CUADRO N° 04)

Luego, de los tres grupos: Soltera, Conviviente y Casada; se subdividió entre las que presentan Depresión y las que no, encontrando que el mayor porcentaje corresponde a las solteras con un 64,86%, seguido del 27,77% de convivientes y 6,66% de casadas. Como vemos los subgrupos de gestantes no deprimidas son liderados por las de estado civil casadas con un 93,33% (GRÁFICO N° 04). Para establecer la significancia estadística se utilizó la prueba no paramétrica de Chi cuadrado (GRÁFICO N° 10) obteniendo un valor de $p=0,000$ siendo la más significativa en comparación con todas las variables del presente estudio. Éstos datos contrastan con los hallazgos de algunos autores como Gaynes y cols.⁽¹³⁾ durante el 2005, donde se estudió la prevalencia de la depresión en el periodo perinatal.

La variable procedencia fue dividida en sólo dos grupos, urbano y rural. De las 70 gestantes el 81,43% pertenece a una zona de procedencia urbana, mientras que el 18,57% pertenecen a procedencia de zonas rurales. Al tomar el total de la muestra, del grupo que presentó Depresión, el 66,6% tenía procedencia urbana y el 33,3% restante, procedencia rural. Estos valores corresponden a porcentajes totales. (CUADRO N° 05).

Ambos grupos se subdividieron en las que presentan Depresión y las que no, tal como se hizo con las demás variables, para poder obtener los porcentajes relativos. Se encontró que del total de gestantes provenientes de zona urbana la mayoría no tiene Depresión con un 64,91% mientras que el 35,09% restante si presentó Depresión. En cuanto a la zona rural la mayoría presentó Depresión con un 76,92% en contraste con el 23,08% que no (GRÁFICO N° 05). Posteriormente se realizó el análisis estadístico mediante la prueba de Chi cuadrado, obteniendo un valor de $p=0,006$ y un $OR=0,16$ (GRÁFICO N° 11) lo cual demuestra que existe una relación estadísticamente significativa entre estas variables, siendo además la segunda en significancia general.

Finalmente; en el GRÁFICO N° 06 se observan todas las variables intervinientes empleadas en el estudio, donde se les ha comparado de forma general en porcentajes totales. Dichos porcentajes sólo corresponden al grupo de control; es decir, las gestantes que si presentaron Depresión. En primer lugar se encuentra el estado civil Soltera, liderando con un 20% seguido de; procedencia Urbana con 17%; grado de instrucción Primaria con 13%, III Trimestre con 12%, grado de instrucción Secundaria y I Trimestre ambas con 11%, luego procedencia Rural con 8%, estado civil Conviviente con 4%, II Trimestre con 2% y el grado de instrucción superior, junto con el estado civil casada comparten el mínimo porcentaje 1%.

V. CONCLUSIONES:

- 1) La edad si es un factor de riesgo para la presencia de Depresión en gestantes atendidas en el servicio de ginecología del hospital Víctor Lazarte Echeagaray - Trujillo durante el periodo de 1 de Diciembre 2013 – 1 de Marzo 2014.

- 2) La Depresión es más frecuente durante el tercer trimestre de edad gestacional.

- 3) La Depresión es más frecuente en el grado de instrucción primaria.

- 4) La Depresión es más frecuente en gestantes de estado civil solteras.

- 5) La Depresión es más frecuente en gestantes que pertenecen a la zona de procedencia urbana.

VI. RECOMENDACIONES

La Depresión es una de las patologías más prevalentes que afectan actualmente a nuestra sociedad, asimismo observamos que se encuentra en aumento a medida del paso del tiempo. Además de continuar con los planeamientos estratégicos multisectoriales para la prevención del embarazo adolescente, es recomendable brindar un manejo más específico en consultorio a las adolescentes gestantes, a diferencia del manejo tradicional que se aplica actualmente, donde no se hace distinción de acuerdo al grupo etéreo.

Se puede estandarizar el uso de la Escala de Edimburgo para tamizaje de Depresión en la consulta rutinaria a psicología que realizan todas las gestantes, tanto mediante el sistema del Seguro Integral de Salud como en consulta de EsSalud y sector privado.

Hacer un seguimiento de las pacientes con Depresión durante el transcurso del embarazo y posterior a este, al igual que de sus hijos, tanto en el periodo neonatal como en el transcurso de su niñez, para determinar la evolución y repercusiones a largo plazo en la salud de ambos.

Ampliar estudios que investiguen la relación entre la edad; desde el punto de vista de la madurez y desarrollo; con la Depresión, debido a los diferentes sistemas orgánicos y neurobioquímicos involucrados.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, MINSAL, 2013. Gobierno de Chile.
2. Organización Mundial de la Salud, Centro de Prensa: La Depresión, Nota descriptiva N° 369 Octubre 2012.
3. Kaplan H, Sandock B, Cancro R. Tratado de psiquiatría. 2da. edición. Salvat Editores; Barcelona, España: 1998; pp. 1742.
4. UNICEF, Hechos sobre Adolescencia y Jóvenes en América Latina y el Caribe 2013; p. 1, 2, 3.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES Continua 2009. Perú Lima, Mayo 2010.
6. Vigil P, Arias T, Lezcano G, Caballero L, Chong J, De-Mendieta A. Embarazo en adolescentes en la República de Panamá. Rev Obstet Ginecol Venez 2007; Vol. 7 pp. 67-73.
7. Sandoval J, Mondragón F, Ortiz M. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control. Rev Per Ginecol Obstet 2007; Vol.53 pp. 28-34.
8. Huanco Diana, Tinco R. Manuel y cols. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en

hospitales del Ministerio de Salud del Perú, Rev Per Ginecol Obstet 2008; Vol. 54 pp. 22-35.

9. Plan multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2013 - 2021; MINSA Perú 2013.
10. Garza, F. Depresión en la infancia y adolescencia. México: Trillas. 2007.
11. Martínez Lanz P, Waysel K. Depresión en adolescentes embarazadas. Enseñanza e Investigación en Psicología.
12. Lam N, Contreras H, Cuesta F, y cols. Comparación de dos cuestionarios autoaplicables para la detección de síntomas depresivos en gestantes. An. Fac. Med. 2009 Vol. 70 Nro. 01 pp. 12-24.
13. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Evid Rep Technol Assess (Summ). febrero de 2008;(119):1-8.
14. Kandel Eric, Schwartz, Jessel; Principios de Neurociencia, Cap. 1 El cerebro y el comportamiento. 4ta Ed. New York, Mc Graw-Hill 2000.
15. Flores J, Feggy-Ostrosky S; Neuropsicología de lóbulos frontales, funciones ejecutivas y conducta humana. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, 2008; Vol.8, No. 1, pp. 47-58.

16. Afifi, Bergman; Neuroanatomía funcional, Cap. 17 Corteza cerebral. 2da Ed. México, Mc Graw-Hill 2005.
17. Burunat E. Amor: Inicio y fin en el cerebro. Barcelona Elsevier 2004.
18. Yonkers K, Vigod S, Ross L, et al. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. The journal of lifelong learning in psychiatry. Winter 2012, Vol. X, No. 1, pp. 51-66.
19. Vega-Rivera N, Lopez-Rubalcava C, Páez-Martínez N, y cols. Interacción estrógenos noradrenalina en la Depresión. Salud mental Vol. 36 No. 4 Agosto 2013, pp. 331-336.
20. Yim IS, Glynn LM, et al. Risk of postpartum depressive symptoms with elevated corticotropin-releasing hormone in human pregnancy. Arch Gen Psychiatry 2009;66:162–9.
21. Parry BL, Meliska CJ, Sorenson DL, et al. Plasma melatonin circadian rhythm disturbances during pregnancy and postpartum in depressed women and women with personal or family histories of depression. Am J Psychiatry 2008;165:1551–8.

ANEXOS

ANEXO Nro 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Edad como factor de riesgo para Depresión en gestantes; Hospital Lazarte - Trujillo, periodo
Diciembre 2013 – Marzo 2014**

La Depresión es la primera causa mundial de morbilidad y ausencia laboral según la OMS 2012. Durante la gestación es alta la incidencia y prevalencia de este trastorno; el propósito del presente estudio es hallar la relación entre esta patología y el grupo etáreo comprendido entre dos grupos: gestantes adolescentes y adultas jóvenes que son controladas en el Hospital Base “Víctor Lazarte Echegaray” durante el periodo Diciembre 2013 y Marzo 2014.

El procedimiento a realizar consiste en el llenado de una ficha de recolección de datos anónima, luego el llenado de un test que permitirá conocer si la gestante posee algún grado de Depresión.

El beneficio de participar en este proyecto de investigación será el apoyo al diagnóstico precoz de esta patología y por lo tanto el oportuno manejo y tratamiento por parte del médico tratante de la gestante, quien será el encargado de tomar la decisión sobre la derivación de la misma al departamento pertinente.

Dentro de los posibles riesgos o molestias que usted pueda experimentar se encuentra el empleo del tiempo necesario para el llenado de la Ficha de recolección de datos y el Test.

Usted tiene derecho a solicitar su retiro del estudio al investigador en cualquier momento durante la ejecución de la recolección y evaluación de datos.

Si usted tiene algún tipo de consulta, pregunta o duda puede ubicar al investigador en la siguiente dirección electrónica: ckari126@live.com

Habiendo comprendido los puntos anteriormente explicados, yo firmo el presente documento con toda libertad y sin encontrarme bajo ningún tipo de coerción.

Firma del sujeto de Investigación:

Firma del Investigador:

.....

.....

Nombres, Apellidos:

Nombres, Apellidos:

DNI:

ANEXO Nro 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**“Edad como factor de riesgo para Depresión en gestantes; Hospital
Lazarte - Trujillo, periodo Diciembre 2013 – Marzo 2014.”**

FECHA:.....

FICHA N°:.....

I. DATOS GENERALES:

Lea detenidamente cada ítem y llene los espacios en blanco entre paréntesis especificando un número determinado o con un aspa “X” según sea conveniente.

- ❖ Edad: () años.
 - Rango entre 13 y 40 años.

- ❖ Grado de Instrucción:
 - Ninguno ()
 - Primaria ()
 - Secundaria ()
 - Superior ()

- ❖ Estado Civil:
 - Soltera ()
 - Casada ()
 - Viuda ()
 - Divorciada ()
 - Conviviente ()

- ❖ Procedencia:
 - Zona Rural ()
 - Zona Urbana ()

- ❖ Edad gestacional:
 - Primer trimestre ()
 - Segundo trimestre ()
 - Tercer trimestre ()

**Para ser llenado por las gestantes.*

II. DEPRESIÓN:

A. Escala de Edimburgo:

SI () NO ()

Puntaje:

.....

Calificación:

() Puntuación de 13 o más puntos: Indica sospecha de Depresión durante la gestación.

() Cualquier puntaje distinto de cero 0 en la pregunta N° 10 requiere de devaluación adicional dentro de 24 horas.

**Para ser llenado por el investigador.*

ANEXO Nro 3

ESCALA DE DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO DE EDIMBURGO

Dado que usted está embarazada, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor, marque con "X" la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días

1 He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	PUNTAJE
a) Tanto como siempre	0
b) No tanto ahora	1
c) Mucho menos ahora	2
d) No, nada	3
2 He disfrutado mirar hacia delante	PUNTAJE
a) Tanto como siempre	0
b) Menos que antes	1
c) Mucho menos que antes	2
d) Casi nada	3
3 Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente	PUNTAJE
a) Sí, la mayor parte del tiempo	3
b) Sí, a veces	2
c) No con mucha Frecuencia	1
d) No, nunca	0
4 He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo	PUNTAJE
a) No, nunca	0
b) Casi nunca	1
c) Sí, a veces	2
d) Sí, con mucha frecuencia	3
5 He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	PUNTAJE
a) Sí, bastante	3
b) Sí, a veces	2
c) No, no mucho	1
d) No, nunca	0
6 Las cosas me han estado abrumando	PUNTAJE
a) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	0
b) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	1
c) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	2
d) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	3
7 Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	PUNTAJE
a) Sí, la mayor parte del tiempo	3
b) Sí, a veces	2
c) No con mucha frecuencia	1
d) No, nunca	0
8 Me he sentido triste o desgraciada	PUNTAJE
a) Sí, la mayor parte del tiempo	3
b) Sí, bastante amenudo	2
c) No con mucha frecuencia	1
d) No, nunca	0
9 Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	PUNTAJE
a) Sí, la mayor parte del tiempo	3
b) Sí, bastante amenudo	2
c) Sólo ocasionalmente	1
d) No, nunca	0
10 Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	PUNTAJE
a) Sí, bastante amenudo	3
b) A veces	2
c) Casi nunca	1
d) Nunca	0
TOTAL	

Interpretación:

- Una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de Depresión durante la gestación.
- Cualquier puntaje distinto de cero 0 en la pregunta N° 10 requiere de devaluación adicional dentro de 24 horas.

**Para ser interpretado por el investigador.*