

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

*FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y PSICOSOCIALES
ASOCIADOS A DEPRESIÓN PERINATAL EN GESTANTES*

AUTOR:

Campos Cabos, Luis Manuel

ASESOR:

Dr. Dante A. Cabos Yépez

TRUJILLO – PERÚ

2017

Miembros del jurado

Dra. Ana Ramírez Espinola
PRESIDENTE

Dra. Ericka Díaz León
SECRETARIA

Dr. Marco Serrano García
VOCAL

Dr. Dante Cabos Yépez
ASESOR

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a:

Mamá y Papá, por su apoyo constante en todo este largo camino;

amigos, compañeros de siempre;

y a aquellos que alguna vez confiaron en mí.

AGRADECIMIENTOS

Con el más profundo respeto y cariño:

A mis padres, familiares, maestros y amigos.

RESUMEN:

Objetivo: El objetivo de este estudio fue el determinar los principales factores asociados a la depresión perinatal en gestantes del tercer trimestre del Hospital Belén de Trujillo en Febrero del 2017.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio analítico, transversal y observacional con una muestra representativa de 162 gestantes del tercer trimestre quienes fueron atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Belén de Trujillo en Febrero 2016. Se recurrió a la aplicación de una encuesta anónima en la cual se consignaron las características sociodemográficas y psicosociales de las gestantes. En lo que respecta a la depresión perinatal, se identificó mediante la aplicación de la Escala de depresión de Edimburgo (EPDS). El análisis estadístico se realizó mediante la aplicación de la prueba de chi cuadrado y la regresión logística, considerándose un valor $p < 0.05$ para determinar la asociación estadística.

Resultados: La prevalencia de la depresión perinatal en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Belén de Trujillo fue de 41% (EPDS ≥ 13). Se encontró asociación entre la depresión perinatal con factores sociodemográficos como la edad, el estado civil y el grado de instrucción; y factores psicosociales como la falta de apoyo familiar y de una estabilidad socioeconómica, la insatisfacción conyugal, la violencia doméstica y el embarazo no planificado ($p < 0.05$). En el análisis multivariado se halló que el apoyo familiar (OR=0.195, 95% IC 0.059-0.642, $p = 0.007$); la satisfacción conyugal (OR=0.066, 95% IC 0.020-0.212, $p = 0.000$) y la estabilidad económica (OR=0.069, 95% IC 0.017-0.290, $p = 0.000$) son factores protectores, en tanto que la violencia doméstica (OR=16.915, 95% IC 3.634-78.742, $p=0.0000$) como predictor de depresión perinatal.

Conclusiones: La identificación de los factores sociodemográficos y psicosociales asociados a la depresión perinatal es de gran importancia puesto que brinda la oportunidad de medir el nivel de asociación y permitir un correcto abordaje en las gestantes que los presenten a fin de controlarlos.

Palabras Clave: Depresión, embarazo, salud mental.

ABSTRACT:

Objective: The aim of this study was to determinate the main factors associated to perinatal depression among women in the third trimester of pregnancy who attended the Belén de Trujillo Hospital in February 2017

Materials and Methods: An observational, analytic, cross sectional study was conducted with a representative sample of 162 women in the third trimester of pregnancy who attended the service of Gynecology and Obstetrics at the Belén de Trujillo Hospital in February 2017. An anonymous survey was administrated for collecting the sociodemographic and psychosocial characteristics of pregnant women. Perinatal depression was identified with the Edinburgh Depression Scale (EPDS). The statistical analysis used the chi square test and the logistic regression; statistical association was considered with a p value < 0.05.

Results: The prevalence of perinatal depression among pregnant women in the third trimester of pregnancy who attended the Belén de Trujillo Hospital was of 41% (EPDS \geq 13). Perinatal depression is associated with sociodemographic factors such as age, marital status and scholarship; and also with psychosocial factors like the lack of family support and economic stability, dissatisfied relationship, domestic violence and unplanned pregnancy (p < 0.05). The multivariate analysis found that family support (OR=0.195, 95% IC 0.059-0.642, p = 0.007); partnership satisfaction (OR=0.066, 95% IC 0.020-0.212, p = 0.000) and economic stability (OR=0.069, 95% IC 0.017-0.290, p = 0.000) are protective factors, whereas domestic violence (OR=16.915, 95% IC 3.634-78.742, p=0.0000) was considered as a predictor of perinatal depression.

Conclusiones: The identification of sociodemographic and psychosocial factors associated to perinatal depression is of great importance because it offers the opportunity to measure the level of association and, at the same time, allows a better understanding of pregnant women for their control.

Palabras Clave: Depression, pregnancy, mental health.

INDICE

	<i>Página</i>
<i>I. INTRODUCCIÓN</i>	<i>08</i>
<i>II. MATERIAL Y MÉTODO</i>	<i>14</i>
<i>III. RESULTADOS</i>	<i>22</i>
<i>IV. DISCUSIÓN</i>	<i>25</i>
<i>V. CONCLUSIONES</i>	<i>28</i>
<i>VI. RECOMENDACIONES</i>	<i>29</i>
<i>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	<i>30</i>
<i>VIII. ANEXOS</i>	<i>33</i>

I.- INTRODUCCIÓN

1.1 MARCO TEÓRICO

El embarazo es una de las etapas en la vida por la que la mayor parte de mujeres atraviesa, la cual generalmente se ve asociada a sentimientos de felicidad y regocijo tanto para la madre como para las personas de su entorno. Como bien es sabido, durante este periodo se suscitan cambios fisiológicos así como psicosociales a fin de preparar a la mujer para la llegada de una nueva vida (1). Sin embargo, en la actualidad se presentan casos en los que las gestantes padecen cuadros depresivos y de estrés, muchas veces no diagnosticados, los cuales afectan su integridad así como su estado emocional e incluso llegando a causar diversas complicaciones. (1,2)

La Organización Mundial de la Salud refiere que la presencia de patología mental durante el embarazo y el consecuente periodo post parto es un problema de salud de gran importancia, no correctamente abordado; puesto que las tasas de gestantes que cursan con algún desorden de este espectro van en aumento. Es así que por lo menos una de cada diez de ellas, presenta o ha presentado depresión y/o ansiedad; siendo la prevalencia incluso mayor en países sub desarrollados o en vías de desarrollo. (3)

Es necesario resaltar que existen tratamientos adecuados para enfrentar a estas patologías; sin embargo, la prevención es pobre y sumado a ello, existen diferentes barreras que impiden que una gestante, por sí misma, busque la ayuda debida. Las percepciones de estigma social o personal, los miedos o creencias frente a las psicopatologías y hacia el personal de salud son bastante comunes. (4)

La depresión perinatal es definida como aquel episodio depresivo mayor o menor por el que la gestante atraviesa, el cual puede desencadenarse desde el inicio del embarazo hasta las cuatro semanas posteriores del parto, e incluso hasta un año después. (4,5). El cuadro generalmente se manifiesta mediante síntomas conocidos como apatía, abulia, falta de sueño y/o apetito, cansancio, deterioro de la autoestima y en algunos casos se asocia a angustia, irritabilidad y desconcentración. Cabe mencionar que al igual que en otras

patologías, existen distintos grados en las que la depresión perinatal puede manifestarse. (6)

Epidemiológicamente, los trastornos depresivos se ubican dentro del grupo de los más comunes durante el periodo perinatal; siendo la depresión antenatal la menos abordada e incluso considerada de mayor complejidad. La prevalencia oscila entre un 10 a 15 %. (7) Estudios refieren que es factible encontrar mayor prevalencia en los últimos dos trimestres en comparación con el primero y que de no ser tratada adecuadamente, podría persistir originando un cuadro de depresión post parto. (8,9,10) No se ha encontrado diferencias significativas en cuanto a la variación de la severidad o la presentación del cuadro entre los dos últimos trimestres. (11)

Por otro lado, la depresión durante la gestación se ve asociada a complicaciones obstétricas dentro de las cuales se menciona el bajo peso al nacer, prematuridad, restricción de crecimiento intrauterino; así como psicosociales tanto para la madre como para su hijo como un impacto negativo en el desarrollo del mismo, escasos o pobres vínculos emocionales en el post parto y la lactancia. Sin embargo, esta información no es del todo concluyente. (12,13,14)

Adicionalmente, la depresión perinatal, como otras patologías, se relaciona con el ámbito socioeconómico ya que al requerir de mayores cuidados y preocupaciones, genera costos adicionales en los servicios de salud y cuidado social (3). De no ser tratada adecuadamente, la depresión supone un menor rendimiento, eficacia y mayores días de trabajo perdidos en aquellas gestantes con ocupaciones diferentes al ser amas de casa. (15) La economía también se vería afectada en lo que respecta a la vida y crianza de los hijos requiriendo mayor inversión a razón de problemas emocionales, conductuales así como educativos. (3,16)

Son diferentes los factores que influyen en la aparición y agravamiento de los cuadros de depresión perinatal. Existe por tanto asociación con factores sociodemográficos, psicosociales; las cuales tienen mayor repercusión en el curso de la depresión perinatal (17).

En lo que respecta a los factores sociodemográficos podemos encontrar a la edad, el estado civil, el grado de instrucción o escolaridad y la ocupación de la paciente. Los diferentes estudios realizados difieren en cuanto a la información obtenida en cuanto a la edad de las pacientes y su implicancia; tanto mujeres jóvenes como pacientes añosas son susceptibles. **(15)** Por su parte, el bajo nivel de escolaridad así como el no tener una profesión podrían generar cargas sociales que agraven cuadros depresivos. **(18, 19)**

Los factores psicosociales agrupan aspectos como el apoyo familiar y social percibido por la gestante; el cual se traduce en apoyo emocional y a la vez de la presencia de una figura cercana a la paciente que fungirá como consejero y asesor. **(15)** Se ha demostrado que de no contar con el apoyo suficiente, la mujer tiende a generar sentimientos de soledad y desamparo, volviéndola más susceptible. **(9,19,20)** Un apoyo emocional garantizado a lo largo de la gestación contrarresta la aparición de factores estresantes que contribuyen a la aparición de cuadros depresivos. **(21)**

La relación con la pareja y el grado de satisfacción marital o de convivencia es otro de los factores psicosociales importantes puesto que no solo se basa en el estado civil y es clave la calidad de la relación. Generalmente se ha encontrado mayor número de episodios depresivos en aquellas madres solteras o sin un vínculo marital con su pareja **(15,22)**.

La violencia en el hogar es otra variable de riesgo comúnmente identificada la cual supone generalmente ambientes hostiles para la paciente e incrementado la sensación de soledad y desamparo al no encontrar dentro de su ámbito más inmediato a una figura de apoyo, como lo sería su pareja. Se ha observado que existe una mayor incidencia en aquellas poblaciones donde no existe igualdad de género y muchas veces, estas actitudes son avaladas por las costumbres culturales y sociales. **(23, 24)** La violencia no necesariamente debe ser física, sino que también engloba a las agresiones verbales, psicológicas y/o sexuales las cuales repercuten de igual manera en la integridad de la gestante así como en su autoestima al suscitarse en diversas ocasiones actuando de forma acumulativa. **(25)**

Se considera también al embarazo no planificado como una variable de riesgo el cual se produce por una mala o nula planificación familiar, mal uso de métodos anticonceptivos o incluso en casos de agresión sexual. El riesgo de padecer depresión durante el periodo

gestacional se ve incrementado al ser asociado a un embarazo no deseado y es muchas veces acompañado de factores agravantes como bajo nivel educativo, desempleo, historia de violencia doméstica y consumo de drogas. Además, un embarazo no deseado o no planificado generaría a su vez una carga económica estresante dificultando aún más el bienestar de las pacientes y su entorno. (26, 27,28)

1.2 ANTECEDENTES

Pereira y Lovisi en 2009 en Brasil, encontraron asociación entre la falta de apoyo familiar y social con la presencia de síntomas depresivos en gestantes. **Melo et al.** en 2012 en Brasil encontró que la falta de apoyo familiar y de la pareja se relacionaba con puntuaciones altas en la escala de depresión de Edimburgo. (29, 30)

Silva et al. en 2012 en Brasil identificaron que el pertenecer a un nivel socioeconómico bajo (OR 1.76; 95% IC 0.83-3.71) favorece el desarrollo de depresión durante el periodo perinatal. Similar a ello, **Jeong et al.** en 2013 encontró que la inestabilidad económica (OR=1.41, 95% CI=1.05–1.89) se ven asociadas a depresión antenatal. (21, 31)

Dibaba et al en 2013 en Etiopia así como **Fellenzer y Cibula** en 2014 en Nueva York identifican la asociación entre el embarazo no planificado y la depresión perinatal. (26,27) En tanto que **Mohamad et al** en 2015 en Malasia encontró que aquellas mujeres cuyos embarazos habían sido planificados (OR 0.45, 95% IC 0.33–0.60) desarrollaron menos cuadros depresivos. (28)

En los trabajos de **Olhaberry et al** en 2014 en Chile y **Martini et al** en 2015 se encontró asociación entre un bajo grado escolaridad así como el desempleo con el desarrollo de síntomas depresivos durante la gestación. (32,33)

Según **Giardinelli et al** en 2012 y **Brittain et al** en 2015, la mala relación con la pareja o el carecer de una es un factor asociado al desarrollo de depresión durante el periodo perinatal. (34,35)

1.3 JUSTIFICACIÓN:

Las psicopatologías y los trastornos mentales, dentro de ellos la depresión, pertenecen a un grupo de entidades clínicas cuya frecuencia va en aumento en nuestra población. Se dice que el origen de los mismos es multifactorial puesto que se ponen en juego distintos aspectos que van desde lo social, cultural hasta incluso llegar a nivel biológico, donde se desencadena propiamente la patología en sí. Las repercusiones son a su vez múltiples, afectando a la persona en sus distintos ámbitos incluyéndose su esfera psicosocial; y dependiendo de la gravedad de la patología, a sus distintos procesos biológicos.

Es en este contexto que se plantea el presente trabajo, a fin de demostrar que trastornos mentales como la depresión, aquí expuesta, se ve asociada a la presencia de ciertos factores sociodemográficos y psicosociales propios de nuestra realidad, que muchas veces no son oportunamente identificados.

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA CIENTÍFICO

¿Existe asociación entre los factores sociodemográficos y psicosociales con la depresión perinatal en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en Febrero de 2017?

1.5 HIPÓTESIS:

H0: No existe asociación entre los factores sociodemográficos y psicosociales con la depresión perinatal en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en Febrero de 2017.

H1: Existe asociación entre los factores sociodemográficos y psicosociales con la depresión perinatal en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital de Belén de Trujillo en Febrero de 2017.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION:

OBJETIVO GENERAL:

- ♣ Determinar la asociación entre los factores sociodemográficos y psicosociales con la depresión perinatal en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en Febrero de 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ♣ Determinar la prevalencia de la depresión perinatal en gestantes del tercer trimestre.
- ♣ Determinar la asociación entre factores sociodemográficos y la depresión perinatal en gestantes del tercer trimestre.
- ♣ Determinar la asociación entre factores psicosociales y la depresión perinatal en gestantes del tercer trimestre.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en Febrero de 2017 que cumplan con los criterios de selección.

2.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

❖ *Criterios de inclusión:*

- Gestantes de 18 a 40 años de edad.
- Gestantes del tercer trimestre.
- Gestantes que acepten participar del estudio mediante asentimiento verbal.

❖ *Criterios de exclusión:*

- Gestantes con antecedente de consumo de alcohol y tabaquismo.
- Gestantes analfabetas.
- Gestantes con patología incapacitante.

❖ *Criterios de eliminación:*

- Gestantes cuya ficha de recolección de datos no fue llenada completamente.
- Gestantes cuya ficha de recolección de datos presente datos erróneos.

2.3 MUESTRA

❖ **Unidad de análisis:**

Gestantes del tercer trimestre.

❖ **Tipo de muestreo:**

No probabilístico.

❖ **Unidad de muestreo:**

Resultado de escala de Edimburgo, ficha de recolección de datos.

❖ **Tamaño muestral:**

Según la fórmula: (36)

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

Donde:

$Z_{\alpha} = 1.96$ (valor de Z correspondiente al riesgo alfa fijado)

$p = 0.12$ (prevalencia probable)

$q = 0.88$ (complemento decimal de p)

$e = 0.05$ (precisión)

$n =$ Tamaño de muestra

Ronchini et al en un estudio realizado en el 2014, observo que la prevalencia de la depresión perinatal en gestantes fue de 12%. (37)

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.12)(0.88)}{0.05^2}$$

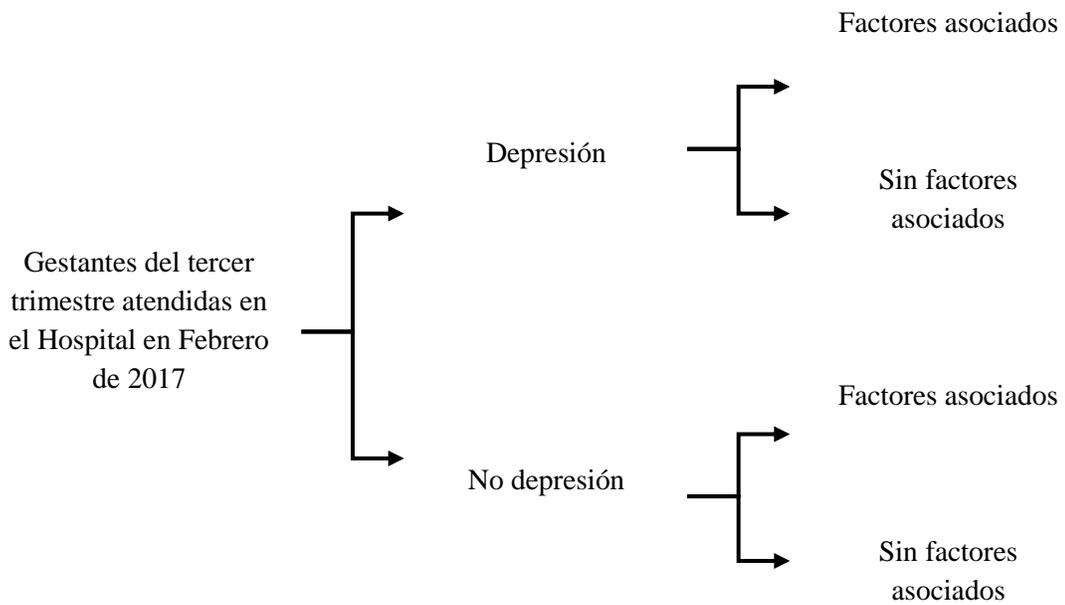
$$n = 162$$

2.4 DISEÑO DEL ESTUDIO:

Tipo de estudio:

El siguiente estudio es observacional, transversal, analítico.

Diseño específico:



2.5 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variables	Enunciado	Tipo de Variable	Escala de Medida
Independientes	Factores sociodemográficos		
	Edad	Cuantitativa	Discreta
	Estado civil	Cualitativa	Nominal
	Grado de instrucción	Cualitativa	Nominal
	Ocupación	Cualitativa	Nominal
	Procedencia	Cualitativa	Nominal
	Factores psicosociales		
	Apoyo familiar	Cualitativa	Nominal
	Embarazo planificado	Cualitativa	Nominal
	Violencia doméstica	Cualitativa	Nominal
Satisfacción conyugal	Cualitativa	Nominal	
Estabilidad económica	Cualitativa	Nominal	
Dependiente	Depresión perinatal	Cualitativa	Nominal

Definiciones operacionales:

- **Factores sociodemográficos:**

Conjunto de factores que describen a una población en base a sus características biológicas, culturales y socioeconómicas propias de cada miembro y que son capaces de ser medidas e identificadas.

- **Factores psicosociales:**

Conjunto de factores que afectan al bienestar psíquico de una población al influir en estados de ánimo, aspecto cognitivo, comportamental y su relación con el ámbito social en que cada uno de los miembros se desenvuelve.

<i>VARIABLES</i>	<i>DEFINICIÓN OPERACIONAL</i>	<i>INDICADORES</i>	<i>UNIDAD DE MEDIDA</i>	<i>VALOR FINAL</i>
Factores sociodemográficos:				< 20 años 20-34 años > 34 años
Edad	Cantidad de años de vida que presenta la gestante al ser encuestada	Encuesta	Años	
Estado civil	Situación civil en la que se encuentra la paciente al ser encuestada.	Encuesta	-	Casada Soltera Conviviente Otros
Grado de instrucción	Mayor grado académico alcanzado.	Encuesta	-	Primaria Secundaria Superior
Ocupación	Labor en la que se desempeña la gestante	Encuesta	-	Ama de casa Otros
Procedencia	Sitio o localidad de la cual procede la gestante	Encuesta	-	Urbana Rural
Factores psicosociales:				Sí No
Apoyo familiar	Soporte psicosocial aportado por miembros de la familia de la gestante.	Encuesta	-	
Embarazo planificado	Embarazo previsto o deseado por la paciente y su pareja.	Encuesta	-	Planificado No planificado
Violencia doméstica	Abuso verbal, físico o psicológico que se desarrolle dentro del hogar.	Encuesta	-	Sí No
Satisfacción conyugal	Percepción sobre la satisfacción de la vida conyugal o en pareja	Encuesta	-	Sí No
Estabilidad económica	Presencia de un ingreso económico mayor o igual a 750 soles mensuales, que permita cubrir las necesidades básicas familiares	Encuesta	-	Sí No
Depresión perinatal	Síntomas asociados a cuadro depresivo menor o mayor en mujeres gestantes identificado mediante la escala de depresión de Edimburgo.	Escala de Edimburgo	Puntuación de la escala de Edimburgo	Si (> o = 13 ptos) No (< 13ptos)

2.6 PROCEDIMIENTOS:

Para la ejecución del estudio se presentó una solicitud de autorización de ejecución de tesis al director del Hospital Belén de Trujillo con referencia al comité de ética e investigación. (Anexo 01)

Se acudió al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo, en el área de consultorios externos, a fin de aplicar el instrumento correspondiente a las pacientes, previo asentimiento verbal.

2.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se procedió a obtener la información mediante la aplicación de una encuesta y el llenado de la ficha de recolección de datos en la que se consignaron los factores sociodemográficos como la edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia; y los psicosociales, como apoyo familiar, embarazo planificado, estabilidad económica, violencia doméstica y satisfacción conyugal. (Anexo 02)

Así mismo, se recurrió a la aplicación de la escala de Edimburgo para depresión en gestantes. Este instrumento comúnmente usado en depresión postnatal, ha sido validado y es factible de aplicar en estas pacientes (38).

La escala consta de 10 ítems con cuatro respuestas cada uno que serán contestadas en función a como se ha venido sintiendo la gestante en los últimos 07 días. Se otorga una puntuación de 0 a 3 puntos según el orden en que se presentan; sin embargo, para los ítems 03, 05-10, el orden de la puntuación es inverso. Finalmente, se tomó como referencia una puntuación de 13 puntos a más, la cual sirve para el tamizaje de aquellas gestantes con depresión. (Anexo 03)

El llenado de ambos instrumentos fue de forma anónima, bajo supervisión y con una duración de 05 – 10 minutos aproximadamente.

2.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

El procesamiento de la información fue automático y se utilizó una computadora Intel DualCore con Windows 7. Los datos obtenidos desde las fichas de recolección fueron vaciados en una hoja de cálculo de Excel 2010 y posteriormente procesados en una base de datos del programa IBM SPSS v 24.0 para el análisis estadístico respectivo.

Estadística descriptiva:

Los datos de las variables cualitativas son expresados en medidas de frecuencia, proporciones y porcentajes, presentados en tablas comparativas de doble entrada.

Estadística inferencial:

Se utilizó el análisis estadístico para las variables cualitativas según prueba estadística de Chi cuadrado y se realizó el análisis multivariado según la prueba de regresión logística. La significancia fue del 95% y se midió según cada estadígrafo para $p < 0.05$.

2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El presente estudio cumple con los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos según la **declaración de Helsinki**. (39)

El trabajo toma en cuenta proteger la intimidad y la confidencialidad de la información personal de aquellos que participan en investigación, y solo tendrá acceso a ella el personal investigador. Los datos recolectados fueron guardados y usados sólo con fines académicos. La ejecución del estudio, análisis de los datos y elaboración del informe respectivo se realizará respetando la privacidad y la integridad del paciente haciendo uso del número de que respecta a cada encuesta realizada.

En el presente caso, no hay presencia de riesgos físicos potenciales, al no utilizarse procedimientos invasivos ni costos adicionales para el paciente debido a que solo se tomó información mediante un test el cual será aplicado a cada una de las participantes y se registró en fichas de recolección de datos.

Basado en la bioética, aplicamos el principio de **Beneficencia**, ya que de cierta manera el propósito fundamental es querer contribuir al bien psicológico y psiquiátrico de las pacientes gestantes en pro de su salud mental.

No maleficencia, se busca tratar de reunir información pero siguiendo los patrones de respeto hacia los participantes del estudio, respetando la integridad tanto física como psicológica, no causar dolor, ni sufrimiento y llegando a un mayor balance donde el paciente sea el beneficiado y protegido.

Autonomía, se le dio toda la información necesaria a cada participante de este estudio, y así cada uno de ellos tuvo la capacidad de elegir participar del presente proyecto, sin que exista ningún tipo de coerción o presión, sino al contrario que todo se realice en plena libertad al emitir el debido asentimiento.

Justicia, ya que las participantes tuvieron un trato merecido y justo sin negarle ningún servicio, información o imponerle una responsabilidad u obligación indebida.

Este estudio se basó en la **Ley General de Salud N° 26842** (Artículo 68 y 250) en donde la actividad de la investigación clínica requiere de una metodología que contemple una instancia idónea y continua de supervisión, monitoreo y evaluación, siempre que la información obtenida se consigne en forma anónima. (40).

III. RESULTADOS

En la tabla N° 01, se muestra la prevalencia de la depresión perinatal encontrada en las gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en Febrero de 2017. El valor obtenido fue de 41%.

En cuanto a la tabla N° 02, se observa la distribución de los factores sociodemográficos. Se encontró mayor proporción de pacientes con edades entre 20 – 34 años para ambos grupos (0.69 y 0.76, respectivamente). En cuanto al estado civil, la mayor proporción fue de convivientes para ambos grupos (0.58 y 0.48, respectivamente); en tanto que para el grado de instrucción, la proporción fue mayor en lo que respecta a nivel primaria (0.36) y secundaria (0.51) en comparación al de superior (0.13) en el grupo de gestantes con depresión. El análisis univariado demostró asociación entre la depresión perinatal y la edad ($p = 0.05$), el estado civil ($p = 0.000$) y el grado de instrucción ($p = 0.002$).

La tabla N° 03 muestra la distribución de los factores psicosociales. Se encontró diferencias entre las proporciones de presencia de apoyo familiar en gestantes deprimidas (0.51) comparadas con las no deprimidas (0.86). Así mismo, se observa diferencia entre las proporciones de violencia familiar, siendo estas mayores en gestantes deprimidas (0.55) en contraste con las no deprimidas (0.05). Por otro lado, la proporción de satisfacción conyugal (0.89) y de estabilidad económica (0.55) fueron mayores en las gestantes sin depresión.

El análisis univariado demostró que existe asociación entre la depresión perinatal y el apoyo familiar ($p = < 0,01$), el embarazo planificado ($p = <0,01$), la violencia doméstica ($p = <0,01$), la satisfacción conyugal ($p = < 0,01$) así como la estabilidad económica ($p = < 0,01$).

En lo que respecta al análisis multivariado, la tabla N° 04 muestra la asociación de los factores estudiados en función a la depresión perinatal. En este caso se demostró la existencia de asociación entre la variable dependiente y el apoyo familiar (OR=0.195, 95% IC 0.059-0.642, $p = 0.007$); violencia doméstica (OR=16.915, 95% IC 3.634-78.742, $p = 0.000$), satisfacción conyugal (OR=0.066, 95% IC 0.020-0.212, $p = 0.000$) y la estabilidad económica (OR=0.069, 95% IC 0.017-0.290, $p = 0.000$), controlando los demás factores.

Tabla N° 01: Prevalencia de la depresión perinatal en gestantes del tercer trimestre del Hospital Belén de Trujillo en Febrero de 2016.

Depresión perinatal	Frecuencia	%
Si	67	41.4%
No	95	58.6%
Total	162	100.0%

Tabla N° 02: Distribución de factores sociodemográficos en gestantes del tercer trimestre con y sin depresión perinatal.

Factores sociodemográficos	Depresión perinatal				Xi ²	P	
	Si (n = 67)		No (n = 95)				
	N	%	N	%			
Edad	< 20 años	16	24	10	10	6.009	0.050
	20 - 34 años	46	69	72	76		
	> 34 años	5	7	13	14		
Estado civil	Casada	8	12	40	42	23.226	0.000
	Soltera	17	25	9	10		
	Conviviente	39	58	46	48		
	Otros	3	4	0	0		
Grado de instrucción	Primaria	24	36	13	14	12.767	0.002
	Secundaria	34	51	55	58		
	Superior	9	13	27	28		
Ocupación	Ama de casa	50	75	59	62	2.799	0.094
	Otros	17	25	36	38		
Procedencia	Urbana	51	76	74	78	0.070	0.791
	Rural	16	24	21	22		

Tabla N° 03: Distribución de factores psicosociales en gestantes del tercer trimestre con y sin depresión perinatal.

Factores Psicosociales		Depresión perinatal				Xi ²	P	OR	IC 95%
		Si (n = 67)		No (n =95)					
		N	%	N	%				
Apoyo familiar	Si	34	51	82	86	24.449	< 0,01	0.163	0.077 – 0.348
	No	33	49	13	14				
Embarazo planificado	Si	15	22	59	62	24.978	< 0,01	0.176	0.087 – 0.357
	No	52	78	36	38				
Violencia doméstica	Si	37	55	5	5	51.067	< 0,01	22.200	7.996 – 61.639
	No	30	45	90	95				
Satisfacción conyugal	Si	16	24	85	89	74.094	< 0,01	0.033	0.014 – 0.081
	No	51	76	10	11				
Estabilidad económica	Si	8	12	52	55	30.859	< 0,01	0.112	0.048 – 0.260
	No	59	88	43	45				

Tabla N° 04: Análisis de regresión logística en el que se usó la depresión perinatal como variable dependiente.

Factores	Error estándar	P	OR ajustado	95% C.I.
Apoyo familiar	0.608	0.007	0.195	0.059 – 0.642
Violencia doméstica	0.785	0.000	16.915	3.634 – 78.742
Satisfacción conyugal	0.597	0.000	0.066	0.020 – 0.212
Estabilidad económica	0.731	0.000	0.069	0.017 – 0.290
Constante	0.718	0.000	14.579	

IV. DISCUSIÓN

Al hablar de depresión perinatal nos referimos a una patología comúnmente desapercibida y mal diagnosticada por la mayor parte del personal de salud a pesar de presentar una notable prevalencia en ciertas poblaciones. Son distintos factores que influyen en su aparición, los cuales son principalmente de carácter sociodemográfico y psicosocial. La siguiente investigación se enfocó en comprobar la asociación de estos factores y la depresión perinatal en una muestra de 162 gestantes del tercer trimestre.

El presente trabajo tuvo como uno de sus objetivos el determinar la prevalencia de la depresión perinatal, encontrándose un valor de 41% en las gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Belén de Trujillo. Es importante mencionar que el valor de la prevalencia difiere en los diversos estudios realizados dependiendo de las características de la población en el que se han llevado a cabo e incluso de la metodología empleada. El valor obtenido en esta investigación se correlacionan con lo planteado por **Biaggi et al (15)** donde la prevalencia es mucho mayor en aquellos países en vías de desarrollo o subdesarrollados, siendo de 25 – 33%.

En lo que respecta a los factores sociodemográficos, el análisis univariado reveló asociación entre la depresión perinatal y el estado civil. No se halló asociación con factores como la ocupación y la procedencia de la gestante, a diferencia de otros estudios en los que asocian la condición de ama de casa o el desempleo como factores predisponentes a depresión. Un ejemplo de ello es el trabajo de **Olhaberry et al (32)** que sostiene que la depresión perinatal generalmente se suele asociar a niveles socioeconómicos bajos y al estresante mismo originado por el desempleo. Sin embargo, esto no siempre se cumple puesto que en nuestra sociedad hay mujeres que están conformes con su condición de ama de casa, independientemente de si tengan o no una profesión diferente.

Así también, se halló asociación con el grupo etario y el estado civil; sin embargo, al ser incluidas en el análisis multivariado, estas variables al igual que el resto de factores

sociodemográficos, no revelaron una asociación significativa por lo que no actuarían como predictores de la patología.

En cuanto a los factores psicosociales, se demostró que la presencia de apoyo familiar está asociada a la depresión perinatal al funcionar como un factor protector. Se podría afirmar que en base a los datos obtenidos del análisis estadístico (OR: 0.16) una gestante con apoyo familiar tendría 84 % menor posibilidad de tener depresión que una que no contase con apoyo. **Jeong et al (21)** encontró que el apoyo familiar influye en la depresión perinatal al disminuir su severidad, agregando que el apoyo de la pareja influye en mayor proporción que el de otros miembros de la familia (OR: 1.5). Por su parte, **Nasreen et al (9)** coincide en que un sustento familiar adecuado garantiza una óptima estabilidad emocional en la mujer al poder encontrar un ambiente adecuado e incluso sentir la aprobación del mismo.

Así mismo, la satisfacción conyugal o de la relación en pareja, es muchas veces un factor clave que refleja el bienestar emocional de la mujer. El presente estudio reveló que la proporción de mujeres con una satisfacción conyugal fue mayor en las gestantes sin depresión en comparación con las que si presentaban, asociándose a un OR 0.033. **Martini et al (33)** refiere que patologías mentales durante el periodo perinatal como la depresión se verían asociadas a una insatisfacción con la relación en pareja y una baja autoestima; es así que la satisfacción actuaría como un factor protector.

Por otro lado, el análisis univariado también reveló asociación con la presencia de violencia doméstica (OR: 22.2). Cabe mencionar que en el presente estudio se consideró la violencia no solo física sino que también verbal, psicológica y/o sexual por lo que la proporción encontrada fue alta en comparación a otros estudios donde se identificaba por la presencia de violencia únicamente física y/o sexual. **Lara et al (24)** en un estudio similar, encontró asociación entre síntomas depresivos y la agresión provocada por la pareja, la cual se traducía en baja autoestima, inseguridad, insatisfacción y mayor severidad de la patología. **Fonseca-Machado et al (25)** describe que la violencia doméstica se relaciona directamente con la depresión en la gestante, coincidiendo en que el principal agente agresor es la pareja. Estos estudios, al igual que el aquí planteado, fueron desarrollados en poblaciones en las que la violencia es

generalmente el resultado de factores psicosociales y culturales, muchas veces aceptados por sociedad misma por lo que propiciarían su continuidad.

Se encontró también asociación con el embarazo planificado, siendo las proporciones mayores en las gestantes sin depresión perinatal en comparación con aquellas que sí presentaban síntomas depresivos (OR: 1.76). **Dibaba et al (26)** reportó que aquellas mujeres cuyos embarazos no fueron planificados, serían dos veces más susceptibles de desarrollar depresión (OR: 1.96), coincidiendo con los valores hallados y agregando la asociación a violencia doméstica y falta de apoyo familiar. **Fellenzer y Cibula (27)** incluso mencionan que aquellas mujeres con embarazos no deseados que desarrollen cuadros depresivos, son menos aparentes de asistir a controles prenatales así como de brindar los correctos cuidados atención al producto, tras el post parto. Estos cuadros depresivos son más frecuentes al verse asociados a historia de abuso o violencia sexual, generando muchas veces rechazo y repercutiendo en el bienestar psíquico de la gestante.

Finalmente, el análisis multivariado solo reveló asociación entre los factores psicosociales en la que el principal factor asociado a depresión perinatal es la violencia doméstica. Se consideraron como factores protectores la presencia de apoyo familiar, estabilidad económica y la satisfacción conyugal.

En cuanto a limitaciones, el hecho de utilizar un instrumento de tamizaje en la detección de la depresión perinatal podría haber colaborado a sobreestimar la prevalencia de la misma. Así también, la mayor parte de las gestantes incluidas en esta investigación pertenecen a zonas periurbanas, dificultando así el generalizar la data a poblaciones diferentes.

V. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de la depresión perinatal en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Belén de Trujillo fue de 41%.
2. La edad, el estado civil y el grado de instrucción no son factores sociodemográficos asociados a depresión perinatal en gestantes.
3. La violencia doméstica, el embarazo no planificado, la falta de apoyo familiar así como de una estabilidad económica y de satisfacción conyugal son factores psicosociales asociados a depresión perinatal en gestantes.

VI. RECOMENDACIONES

1. Realizar tamizajes y/o cribados adecuados así como oportunos para detectar a gestantes con depresión perinatal o riesgo de manifestarla en base a los diferentes factores. Gracias a ello se podría reducir la prevalencia y llegar a un mejor manejo de la patología.
2. Promover la salud mental a nivel de toda la población, sobre todo en grupos de riesgo como lo son las gestantes a fin de concientizarlas sobre la importancia de su bienestar psíquico y poder romper barreras que impidan la correcta relación médico paciente.
3. Incentivar un mejor manejo por parte del personal de salud en la captación e identificación de las gestantes en riesgo de desarrollar patología mental como la depresión perinatal aquí expuesta, sobre todo en centros de atención primaria.
4. Realizar estudios multicéntricos o de mayor cobertura en la que se trabaje con muestras representativas a fin de poder extrapolar los resultados y poder corroborarlos con otras investigaciones de igual índole.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Yanikkerem E, Ay S, Mutlu S, et al. Antenatal depression: prevalence and risk factors in a hospital based Turkish sample. *J.Pak.Med.Assoc.* 2013;63:472–477.
2. Stewart R, Umar E, Tomenson B. A cross-sectional study of antenatal depression and associated factors in Malawi. *Arch Womens Ment Health.* 2014; 17:145–154.
3. Bauer A, Knapp M, Parsonage M. Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders.* 2016;192: 83-90.
4. Milgrom J, Gemmill A. Screening for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014; 28:13–23.
5. O'hara, M, Wisner, K, Asher, N. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology.* 2014;28: 3-12.
6. Jadresic M. Depresión perinatal: detección y tratamiento. *Rev. Med. Clin. CONDES.* 2014; 25(6), 1019-1028.
7. Howard L. et al. Nonpsychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet.* 2014;384, 1775-1788.
8. Biratu1 A, Haile D. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *Reproductive Health.* 2015;12:99
9. Nasreen H et al. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: A population based study in rural Bangladesh. *BMC Women's Health.* 2011; 11:22.
10. Redshaw M, Henderson J. From antenatal to postnatal depression: associated factors and mitigating influences. *J Womens Health (Larchmt).* 2013; 22: 518-25.
11. Wilusz M, Peters R, Cassidy A. Course of Depressive Symptoms across Pregnancy in African American Women. *J Midwifery Womens Health.* 2014;59:411–416.
12. Bödecs T, Szilágyi E, Cholnoky P, et al. Prevalence and psychosocial background of anxiety and depression emerging during the first trimester of pregnancy: data from a hungarian population-based sample. *Psychiatria Danubina.* 2013; 25, 352–358.
13. Vargas C et al. , Antenatal depressive symptoms among pregnant women: evidence from a Southern Brazilian population-based cohort study. *Journal of Affective Disorders.* 2016
14. Stein A., Pearson, R.M., Goodman, S.H.,et al. 014. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet.* 2014; 384, 1800-1819
15. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders.* 2016;191:62-77.

16. Bauer A., Perinatal depression and child development: exploring the economic consequences from a South London cohort. *Psychological Medicine*. 2015; 45: 51-61.
17. Makara-Studzińska M, Moryłowska-Topolska J, et al. Socio-demographical and psychosocial determinants of anxiety symptoms in a population of pregnant women in the regions of central and eastern Poland. *Ann Agric Environ Med*. 2013; 20(1):195-202.
18. Balestrieri M, et al. Determinants of ante-partum depression: a multicenter study. *Soc Psychiatry. Psychiatr Epidemiol*. 2012; 47: 1959-65.
19. Underwood L, Waldie K, et al. A Longitudinal Study of Pre-pregnancy and Pregnancy Risk Factors Associated with Antenatal and Postnatal Symptoms of Depression: Evidence from Growing Up in New Zealand. *Matern Child Health J*. 2016.
20. Waqas A, Raza N, Lodhi HW, et al. Psychosocial Factors of Antenatal Anxiety and Depression in Pakistan: Is Social Support a Mediator? *Plos ONE*. 2015; 10(1): 1-14.
21. Jeong H, et al. The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013; 35:354-8.
22. Fadzil A, Balakrishnan K, Razali R. Risk factors for depression and anxiety among pregnant women in Hospital Tuanku Bainun, Ipoh, Malaysia. *Asia Pac Psychiatry*. 2013;1:7-13.
23. Finnbogadóttir et al. Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016;16:228.
24. Lara MA, et al. Intimate partner violence and depressive symptoms in pregnant Mexican women. *Rev Invest Clin* 2014; 66 (5): 431-438.
25. Fonseca-Machado M. et al. Depressive disorder in pregnant Latin women: does intimate partner violence matter? *J Clin Nurs*. 2015; 24: 1289-99.
26. Dibaba et al. The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013, 13:135.
27. Fellenzer J, Cibula D. Intendedness of pregnancy and other predictive factors for symptoms of prenatal depression in a population-based study. *Matern Child Health J*. 2014, 18: 2426.
28. Mohamad A, et al. Prevalence of antenatal depressive symptoms among women in Sabah, Malaysia. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2015. 1-5.
29. Pereira P, Lovisi G. et al. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro. 2009. *Cadernos de Saúde Pública* 25:2725–2736.
30. Melo E et al. The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *Journal of Affective Disorders*. 2012;136:1204–1208.

31. Silva R., et al. Sociodemographic risk factors of perinatal depression. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34:143-148
32. Olhaberry M., et al. Antenatal depression and its relationship with problem-solving strategies. *Mental Health & Prevention.* 2014. 2:86–97
33. Martini J., et al. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *J Affect Disord.* 2015. 175:385-395.
34. Giardinelli L., et al. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch Womens Ment Health.* 2012. 15;21-30.
35. Brittain K., et al. Risk Factors for Antenatal Depression and Associations with Infant Birth Outcomes: Results from a South African Birth Cohort Study. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2015; 29, 505–514.
36. Peralta M. Estudios para determinar prevalencia. *Dermatología Rev Mex* 2005;49:91-93.
37. Ronchini C, et al. Prevalence of anxiety symptoms and depression in the third gestational trimester. *Arch Gynecol Obstet.* 2014.
38. Alvarado-Esquivel C., et al. Validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a Population of Adult Pregnant Women in Mexico. *J Clin Med Res.* 2014;6(5):374-378
39. WMA. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Brasil: 2013: 1-8. URL disponible en: [http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage]). [consulta: 18 Enero 2017]
40. Ministerio de Salud del Perú. Presidencia de la República del Perú. Ley General de Salud Ley N° 26842. 1-15. URL disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/research/peru-Ley%2026842%20Ley%20General%20de%20Salud.pdf>. [consulta: 18 Enero 2017].

VIII. ANEXOS:

ANEXO N° 01. MODELO DE SOLICITUD

SOLICITO: AUTORIZACION PARA EJECUCIÓN DE TESIS DE MEDICINA HUMANA

Sr. _____

Director del Hospital Belén de Trujillo

Presente:

Ref. .comite de investigación y ética.

Yo, Luis Manuel Campos Cabos, identificado con DNI N° 46731736, alumno del décimo primer ciclo de la Universidad Privada Antenor Orrego con ID. 000072230, me presento ante usted y le expongo lo siguiente, que a fin de desarrollar mi tesis **Factores sociodemográficos y psicosociales asociados a depresión perinatal en gestantes**, solicito a su digno despacho para que tenga a bien disponer a quien corresponda el permiso respectivo para la ejecución de mi tesis en el Hospital que usted dirige.

Por lo expuesto, ruego a usted acceder a mi petición por ser de justicia.

Trujillo, ____ de _____ de 2017

LUIS MANUEL CAMPOS CABOS

N° de DNI: 46731736

ANEXO N° 02. ENCUESTA (*Instrumento de recolección de datos*)

A continuación se le presenta una encuesta de 10 ítems, le agradecería contestara llenando en los espacios en blanco o marcando con un aspa (X) en donde sea necesario. La información que proporcione será tratada de modo absolutamente confidencial y solo para fines académicos.

1. Edad: _____

2. Estado civil:

Casada ___ Soltera ___ Conviviente ___ Otros _____

3. Grado de instrucción:

Primaria _____ Secundaria _____ Superior _____

4. Ocupación: Ama de casa _____ Otros _____

5. Procedencia: _____

6. Apoyo familiar: Sí _____ No _____

7. Embarazo planificado: Sí _____ No _____

8. Estabilidad económica: Sí _____ No _____

9. Violencia domestica: Sí _____ No _____

10. Satisfacción conyugal: Sí _____ No _____

○ Escala de Edimburgo:

- Puntuación: _____

ANEXO N° 03. INSTRUMENTO *(Escala de depresión de Edimburgo)*

A continuación se le presenta una serie de 10 ítems, responda encerrando en un círculo o marcando la alternativa que crea conveniente en base a como se ha sentido en los últimos 07 días.

- 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:**
 - a. Tanto como siempre.
 - b. No tanto ahora.
 - c. Mucho menos.
 - d. No, no he podido.
- 2. He mirado el futuro con placer:**
 - a. Tanto como siempre.
 - b. Algo menos de lo que solía hacer.
 - c. Definitivamente menos.
 - d. No, nada.
- 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:**
 - a. Sí, la mayoría de las veces.
 - b. Sí, algunas veces.
 - c. No muy a menudo.
 - d. No, nunca.
- 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:**
 - a. No, para nada.
 - b. Casi nada.
 - c. Sí, a veces.
 - d. Sí, a menudo.
- 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:**
 - a. Sí, bastante.
 - b. Sí, a veces.
 - c. No, no mucho.
 - d. No, nada.
- 6. Las cosas me oprimen o agobian:**
 - a. Sí, la mayor parte de las veces.
 - b. Sí, a veces.
 - c. No, casi nunca.
 - d. No, nada.
- 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir:**
 - a. Sí, la mayoría de las veces.
 - b. Sí, a veces.
 - c. No muy a menudo.
 - d. No, nada.
- 8. Me he sentido triste y desgraciada:**
 - a. Sí, casi siempre.
 - b. Sí, bastante a menudo.
 - c. No muy a menudo.
 - d. No, nada.
- 9. He sido tan infeliz que he estado llorando:**
 - a. Sí, casi siempre.
 - b. Sí, bastante a menudo.
 - c. Solo en ocasiones.
 - d. No, nunca.
- 10. He pensado en hacerme daño a mí misma:**
 - a. Sí, bastante a menudo.
 - b. A veces.
 - c. Casi nunca.
 - d. No, nunca.

