



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

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN
GESTANTES: PRIMER Y TERCER TRIMESTRE. HOSPITAL
REATEGUI. PIURA 2019**

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

LUCIA VANESSA EYZAGUIRRE ZUÑIGA

ASESOR: DR. EDGAR ALONSO RODRÍGUEZ ZANABRIA

PIURA – PERÚ

2 0 1 9

DEDICATORIA

*“El dolor por tu partida no puede remediarse, pero
mas allá de este mundo, mi amor te seguirá
eternamente”*

Dedicado a tí padre querido, que desde el cielo
siempre me iluminas y proteges, dándome fuerza
para seguir adelante.

La autora.

AGRADECIMIENTO

A mi padre, a mi madre y a mis hermanos por su apoyo incondicional a lo largo de mi carrera.

La autora

INDICE

	Pág.
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
PROBLEMA.....	7
OBJETIVOS.....	7
HIPÓTESIS.....	8
MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	9
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	9
MUESTRA.....	9
DISEÑO DE ESTUDIO.....	11
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	13
PROCEDIMIENTO.....	16
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	16
PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO.....	17
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	17
LIMITACIONES.....	18
RESULTADOS.....	19
DISCUSIÓN.....	25
CONCLUSIONES.....	28
RECOMENDACIONES.....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
ANEXOS.....	33

RESUMEN.

La depresión durante el embarazo afecta tanto a la embarazada como al feto en tanto la falta de sueño, la hiporexia y el pensar en auto eliminarse comprometen la salud y la vida de madre e hijo. No se ha estudiado tanto si la depresión varía en los diferentes trimestres del embarazo y su asociación con factores sociales en nuestra región. **OBJETIVO.** Determinar la prevalencia y factores asociados a depresión en gestantes durante el primer y tercer trimestre de embarazo. **MATERIAL Y MÉTODO.** Estudio observacional, transversal, prospectivo, de fuente primaria. La población fue todas las gestantes mayores de edad, que acudieron a los consultorios de gineco obstetricia del Hospital II-1 “Jorge Reátegui Delgado” durante Enero - Mayo 2019, y que cumplieron los criterios de selección. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia y por saturación. A 117 gestantes en el primer trimestre de gestación y 117 en su tercer trimestre se les aplicó el test de Edimburgo validado para gestantes y puérperas. **RESULTADOS.** 41.9% tuvieron algún nivel de depresión; 22.2% estaban en riesgo de tener depresión y 35.39% no tenía depresión ni estaba en riesgo de tenerla. **CON DEPRESIÓN** el 37.6% de las que estaban en su primer trimestre y el 46.2% de quienes estaban en su tercer trimestre. La diferencia no es estadísticamente significativa. Factores de riesgo para depresión durante el embarazo: Antecedente de depresión en algún momento de su vida; antecedente de violencia y consumo de alcohol. Factores protectores: Embarazo planificado, trabajo estable.

PALABRAS CLAVE: EMBARAZO, DEPRESIÓN, FACTOR DE RIESGO, FACTOR PROTECTOR.

ABSTRACT.

Depression during pregnancy affects both the pregnant woman and the fetus, while lack of sleep, hyporexia and thinking about self-elimination compromise the health and life of mother and child. It has not been studied so much whether depression varies in the different trimesters of pregnancy and its association with social factors in our region. **AIM.** To determine the prevalence and factors associated with depression in pregnant women during the first and third trimesters of pregnancy. **MATERIAL AND METHOD.** Observational, cross-sectional, prospective study of primary source. The population was all pregnant women of legal age, who attended the gynecological obstetrics offices of Hospital II-1 "Jorge Reátegui Delgado" during January- July 2019 and who met the selection criteria. The sampling was non-probabilistic, for convenience and saturation. A 117 pregnant women in the first trimester of pregnancy and 117 in their third trimester were administered the validated Edinburgh test for pregnant and puerperal women. **RESULTS** 41.9% had some level of depression; 22.2% were at risk of having depression and 35.39% had no depression or were at risk of having depression. **WITH DEPRESSION** 37.6% of those who were in their first quarter and 46.2% of those who were in their third quarter. The difference is not statistically significant. Risk factors for depression during pregnancy: History of depression at some point in your life; history of violence and alcohol consumption. Protective factors: Planned pregnancy, stable work.

KEY WORDS. PREGNANCY, DEPRESSION, RISK FACTOR, PROTECTIVE FACTOR.

I. INTRODUCCIÓN:

El embarazo es una etapa en la vida de las mujeres, que debería ser de felicidad por ejercer el don de la procreación, de ilusiones y sueños por las posibilidades del nuevo ser en formación. Esta etapa para la cual se preparó la mujer biológica y psicológicamente durante toda su vida, se caracteriza por nuevos cambios biológicos (hormonales, anatómicos, fisiológicos), psicológicos y sociales. Este último aspecto, el social, puede llegar a ser gratificante cuando se cuenta con soporte oportuno, suficiente, adecuado, tanto del entorno familiar como de las personas que conforman la red social de la embarazada (1,2). A pesar de ello, no dejan de asaltarle temores, preocupaciones, ya sea por la salud de su hijo, ya sea por la integridad familiar, que la sumergen en la tristeza, irritabilidad, ansiedad. Si estos signos y síntomas duran más de dos semanas y le afectan el sueño, el apetito, le dificultan su capacidad para concentrarse y tomar decisiones, la asociación americana de Psicología sostiene que estamos ante una gestante con depresión (3-5).

Todas estas expresiones psicológicas y emocionales los investigadores las han encontrado asociadas a factores sociodemográficos (grupo etario, grado de instrucción, ocupación, estado civil, soporte social, estoicismo cultural) y condiciones internas (Capacidad de controlar emociones, aceptación de su femineidad, historial psicológico, embarazos previos, abortos anteriores). La ansiedad que estas variables generan en la gestante, se traduce clínicamente en sensaciones subjetivas de tensión e intranquilidad o sensación “que algo malo pueda pasar”, no necesariamente relacionadas a amenazas o debilidades. Es así que se ha demostrado una relación directa entre elevados y duraderos estados de ansiedad y la severidad de cuadros depresivos (6). Entre los síntomas más frecuentes de ansiedad se mencionan constante nerviosismo, sentimientos de impotencia, sensación de pánico, taquicardia en reposo, diaforesis, sensación de debilidad y fatiga, dificultad de concentración en actividades cotidianas. (7)

Son múltiples los factores que influyen y convergen para que una gestante se deprima. Uno de ellos se refiere a los factores hormonales: incremento en niveles séricos de progesterona, estrógeno (que inhibe la producción de serotonina, hormona de la alegría), cortisol (involucrado en la presencia de estrés). Un segundo grupo son los factores físicos: cambios en su figura, aumento de peso, alteraciones físicas y anatómicas que pueden causarle dolor lumbar, náuseas, cansancio todo lo cual le puede afectar emocionalmente. Un tercer grupo

lo conforman los factores genéticos: antecedentes familiares de cuadros depresivos aumentan la probabilidad que ello ocurra en el embarazo. Un cuarto grupo lo conforman los factores psicológicos: durante todo el embarazo no faltan motivos de temor: al comienzo es el temor a un aborto, luego temor por el estado de salud del bebé y finalmente el temor por los dolores del trabajo de parto. Todo ello mantiene a la gestante en un estrés constante lo cual altera reiteradamente su estado emocional pudiendo generar cuadros depresivos. En un quinto grupo, se incluyen los factores personales: si hay antecedente de episodio anterior de depresión, ello aumentaría la probabilidad de padecerla nuevamente en el embarazo. Finalmente, sin ser menos importante, los factores sociales como el ser madre soltera, el no poder solventar los gastos que el embarazo genera, etc., igualmente contribuyen a la presencia de cuadros de depresión.(8)

Sea cual fuere la causa o conjunto de factores que conllevan a un estado de depresión, ésta se clasifica según diversos criterios: según predomine tristeza o euforia patológicas, la depresión puede ser mono polar o bipolar. Según se deba a una enfermedad o no, la depresión puede ser secundaria o primaria. Según se origine a partir de una situación externa o no, la depresión podrá ser reactiva o endógena. Según sus síntomas sean leves o intensos, la depresión será distimia (llamada también trastorno distímico o depresión leve) o depresión mayor (llamada también trastorno depresivo grave o depresión grave) (9,10)

Lamentablemente, si el profesional de la salud no tiene en mente la búsqueda de cuadros depresivos en la gestante, como parte de su acto médico, es probable que los síntomas depresivos iniciales los confunda con las molestias propias del embarazo o del puerperio: fatiga, cansancio, dolores difusos, falta de energía para realizar sus actividades cotidianas, dificultad para dormir, etc. y ésta quede sin diagnosticar y lo que es peor, sin recibir tratamiento farmacológico y no farmacológico adecuados y oportunos.

Si bien es conocido que la consecuencia más grave de la depresión, es el suicidio de quien la padece; en la gestante, su estado depresivo también conlleva riesgos importantes para el feto pues la depresión durante el embarazo se ha asociado a un retraso del crecimiento fetal, mayor incidencia de prematuridad, bajo peso al nacer y disminución de la actividad fetal intraútero debido probablemente a una alteración en la ganancia adecuada de peso materno y a inadecuados hábitos alimenticios. (11–14).

Para estimar la presencia o ausencia de depresión se han diseñado una variedad de instrumentos (15,16). Uno de ellos es el denominado “Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo”, el cual ha sido validado cualitativa y cuantitativamente para ser aplicado en embarazadas. Este test fue elaborado en 1987 para explorar depresión posnatal. Su sensibilidad ha sido estimada en 90% y su especificidad en 82%. Es un test auto aplicable que contiene diez ítems: cinco de ellos exploran disforia, dos exploran ansiedad, uno explora sentimiento de culpa, uno explora ideas suicidas y uno explora dificultad de concentración. Cada ítem se califica con un puntaje que va de 0 a 3 puntos, según la severidad o duración de los signos y síntomas. El máximo puntaje posible es 30 puntos. Así, los resultados pueden ser:

Sin depresión (menor de 10 puntos), riesgo de depresión (10 a 12 puntos), con depresión (igual o mayor de 13 puntos).

La prevalencia de depresión durante el embarazo ha sido reportada con resultados ampliamente variables. En nuestra revisión encontramos series que fluctúan entre el 61.4% y el 14.1% (17,18): una de ellas es un estudio publicado el año 2010, realizado con 1264 gestantes atendidas en la ciudad de Pelotas, Brasil, a quienes se le aplicó la “Escala de depresión posnatal de Edimburgo” (EPDS). El 21.1% tuvo algún grado de depresión (19). Una segunda revisión es la publicada el año 2014, donde se evalúan 463 gestantes de la ciudad de Erzurum, al este de Turquía, a quienes se les aplicó también la “Escala de depresión posnatal de Edimburgo” (EPDS). El 35% tuvo algún grado de depresión (20) . Una tercera revisión es el estudio del Hospital de la Universidad Federal de Minas Gerais, en Brasil, publicado el año 2016, donde evaluaron a 318 gestantes a quienes aplicaron la Mini entrevista neuro psiquiátrica internacional (MINI) que es una entrevista diagnóstica estructurada, de corta duración, que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV. Su resultado fue 40.34% de las gestantes evaluadas, con algún desorden de depresión (21). Un cuarto estudio revisado, es el publicado el año 2017, realizado en clínicas privadas de la ciudad de México, donde evaluaron a 227 gestantes a quienes se aplicó la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS 21). El 14.1% tuvieron algún grado de depresión durante el embarazo (6). Un quinto estudio es el realizado en Holanda, el cual enroló a 1603 gestantes en quienes midieron ansiedad y depresión. El porcentaje con ansiedad, con el test “inventario de rasgos de ansiedad” fue 12% y la incidencia de gestantes con depresión, aplicando el test de depresión posnatal de Edimburgo, fue 6% (22). Un sexto estudio extranjero es el realizado en Medellín, Colombia, publicado el año 2015, en el que

se incluyeron 189 gestantes calificadas de alto riesgo obstétrico, en quienes se aplicaron los inventarios de Depresión de Beck versión II en español, (BDI-II) y Ansiedad de Beck (BAI). El resultado fue 61.45 de ellas con depresión y el 40.7% con ansiedad (23). En nuestro país, el hospital nacional Cayetano Heredia publicó el año 2010 un estudio de prevalencia de depresión en la gestación, con una muestra de 203 gestantes en quienes se aplicó la “Escala de depresión posnatal de Edimburgo” (EPDS), encontrando una prevalencia de 34.7% (24). Una segunda publicación nacional es la realizada por el Instituto Nacional Materno Perinatal el año 2009, con un estudio en 222 gestantes calificadas de bajo riesgo obstétrico, en quienes aplica la “Escala de depresión posnatal de Edimburgo” (EPDS), encontrando algún grado de depresión en el 40.1% de las gestantes estudiadas (25). Una tercera publicación nacional es un estudio multicéntrico en tres hospitales de la Capital de Perú, que aplicó la “Escala de depresión posnatal de Edimburgo” (EPDS) a 593 gestantes. Encontró algún grado de depresión en el 34.1% de las gestantes estudiadas (26). Una cuarta publicación y más reciente, es el estudio realizado en el Hospital San Juan de Lurigancho (Lima), con una muestra de 127 gestantes, publicado el año 2018. A ellas se les aplicó igualmente la “Escala de depresión posnatal de Edimburgo” (EPDS), obteniéndose un 22% de gestantes con algún nivel de depresión.(27). En nuestra región Piura, este tema solamente ha sido publicado el año 2018, en una tesis de pregrado y se centró en depresión posnatal, no en depresión durante la gestación. Se realizó en el hospital de Santa Rosa, la muestra fue 125 púerperas, a quienes se les aplicó la escala de depresión posnatal de Edimburgo y su resultado fue 34.4% de las púerperas evaluadas presentaron depresión posparto(28).

Con la literatura revisada y la diversidad de incidencias y prevalencias de depresión en gestantes que los autores encuentran, no hay resultado alguno que sea lo suficientemente consistente como para que se pueda inferir a nuestra región y a nuestra población gestante de la región Piura. Por lo que podemos afirmar que se desconoce qué porcentaje de nuestras gestantes son afectadas de estados depresivos; que se desconoce si conforme avanza el embarazo, esta proporción se modifica. Información que consideramos importante pues es una enfermedad mental con repercusiones clínicas negativas tanto en la madre como en el feto y de la cual no estamos ocupándonos. El documentarla permitirá plantear a nuestras autoridades sanitarias la necesidad de implementar y difundir el tamizaje de depresión como parte de los controles pre natales a nuestra población gestante, así como establecer pautas de prevención, diagnóstico y tratamiento lo cual no se realiza sistemáticamente en los establecimientos de salud públicos ni privados. Para realizar esta investigación contamos

con las gestantes que se atienden en los hospitales de nuestra región, accedemos al instrumento de evaluación de depresión en gestantes, el cual cuenta con un detallado y amigable instructivo para su aplicación uniforme en todas las gestantes que ingresen al estudio. Asimismo, contamos con la logística, el presupuesto y el tiempo necesario para su ejecución.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a depresión en gestantes durante su primer y tercer trimestre, atendidas en el Hospital Reátegui de Piura, el año 2019?

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la prevalencia y factores asociados a depresión en gestantes durante el primer y tercer trimestre de embarazo, atendidas en el Hospital Reátegui de Piura, el año 2019

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Estimar la prevalencia y factores asociados de depresión en gestantes durante su primer trimestre de embarazo, en hospital Reátegui de Piura, año 2019.
- 2) Estimar la prevalencia y factores asociados de depresión en gestantes durante su tercer trimestre de embarazo, en hospital Reátegui de Piura, año 2019.
- 3) Establecer si existe diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de depresión durante el primer y tercer trimestre de gestación
- 4) Identificar factores asociados a depresión en gestantes.

HIPÓTESIS:

HIPÓTESIS NULA 1. - Las prevalencias de depresión en gestantes durante el primer y el tercer trimestre de embarazo, son estadísticamente similares.

HIPÓTESIS ALTERNA 1. - Las prevalencias de depresión en gestantes durante el primer y el tercer trimestre de embarazo, son estadísticamente diferentes.

Prueba de hipótesis: “**t de student**” para comparación de medias de dos muestras no relacionadas

HIPÓTESIS NULA 2.- No se identificaron factores sociodemográficos y antecedentes obstétricos asociados a depresión en gestantes.

HIPÓTESIS ALTERNA 2.- Sí se identificaron factores sociodemográficos y antecedentes obstétricos asociados a depresión en gestantes.

Prueba de Hipótesis.- **Odds ratio** de efecto (depresión) y factores de exposición (variables sociodemográficas y antecedentes obstétricos)

II. MATERIAL Y MÉTODO:

Población muestra y muestreo:

Población. -

La población estuvo constituida por todas las mujeres gestantes mayores de edad, que acudieron a los consultorios de gineco obstetricia en los turnos matutinos o vespertinos del Hospital II-1 “Jorge Reátegui Delgado” durante los meses de Enero a Mayo 2019, sean afiliadas a EsSalud o referidas de otras instituciones.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestación confirmada por ecografía o pregnosticon.
- Que se encuentre en las primeras trece semanas de embarazo.
- Que se encuentre entre las semanas de gestación 28 a 42
- Gestante de 18 años de edad o más.
- Gestante que acepte de manera voluntaria e informada, participar del estudio.
- Gestante en pleno uso de sus facultades mentales.
- Gestante que entienda y hable el idioma castellano

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pseudociesis
- Embarazo molar
- Óbito fetal
- Gestante con diagnóstico de enfermedad mental antes del embarazo actual
- Gestantes en tratamiento con antidepresivos
- Gestantes con un familiar de primer grado de consanguinidad fallecido en los últimos seis meses.
- Gestante con historia de decepción amorosa en los últimos seis meses

MUESTRA Y MUESTREO:

En la oficina de estadística e informática del Hospital “Jorge Reátegui Delgado”, se tiene registrado que el promedio mensual de gestantes atendidas en consultorios de gineco obstetricia es 219 sin precisar cuántas por cada trimestre de gestación. La NTS 105-MINSA/DGSP-V.01 “Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna”,

aprobada con RM 827-2013/MINSA, establece en su anexo N°2, las edades gestacionales en que deben realizarse por lo menos seis controles prenatales a toda gestante: dos en el primer trimestre; uno en el segundo trimestre y tres en el tercer trimestre (29). Respetando esta distribución, se estima un promedio de 1095 gestantes entre el primer y tercer trimestre de embarazo entre los meses de Enero a Mayo 2019 que se atenderían en dicho hospital. Con un nivel de confianza de 95%; una prevalencia de depresión en gestantes de 0.22 (27), un porcentaje de error de 5%, calculamos el tamaño muestral para estimación de frecuencias en un estudio transversal, utilizando el aplicativo “open epi”:

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	1095
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	22% +/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/--%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1
Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza	
IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	213
80%	103
90%	159
97%	250
99%	322
99.9%	443
99.99%	534
Ecuación	
Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]$	
Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor	
Imprimir desde el navegador con ctrl-P	
o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa	

Por lo que el tamaño de muestra mínimo es 213 para los parámetros arriba indicados. A ello se añade un 10% adicional en previsión de casos que se podrían eliminar por errores de registro o retiro de gestantes. Con ello, el tamaño total de la muestra será de 234 gestantes a enrolar. De este tamaño de muestra, el 50% corresponderá a gestantes del primer trimestre y el 50% a gestantes del tercer trimestre

UNIDAD DE ANÁLISIS. – El nivel de depresión de las gestantes que acuden a consultorios de gineco obstetricia en el Hospital II-2 “Jorge Reátegui Delgado” entre los meses de Enero a Mayo del año 2019.

UNIDAD DE MUESTREO. - Toda gestante correspondiente a las unidades de análisis, que cumplen los criterios de selección.

MARCO MUESTRAL. - Constituido por el listado de pacientes, ordenado por orden alfabético de sus apellidos, asignado a cada ginecólogo y obstetra, elaborado por la oficina de admisión del hospital, durante los turnos diurnos y vespertinos, en el período de Enero a Mayo 2019.

MÉTODO DE SELECCIÓN. – El muestreo será no probabilístico, por conveniencia y por saturación. No probabilístico porque no se emplearán técnicas de aleatorización. Por conveniencia porque se abordará a las gestantes conforme vayan ingresando a la sala de espera antes de ser llamadas para ingresar al consultorio de control pre natal, en orden de llegada. Por saturación porque este método de enrolamiento se mantendrá hasta alcanzar el tamaño de muestra deseada.

Diseño del estudio: El presente estudio es de tipo observacional, transversal y prospectivo de fuente primaria.

La presentación de resultados se realizó incluyendo factores asociados a depresión en gestantes, según su fuerza de asociación y su intervalo de confianza:

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DEPRESIÓN EN GESTANTES, SEGÚN FACTORES ASOCIADOS Y RAZÓN DE RIESGO

FACTORES ASOCIADOS	DEPRESIÓN		p bilateral	OR	I.C. 95%	
	SI	NO			L.I.	L.S.
SIN PAREJA ESTABLE						
CON PAREJA ESTABLE						
DESOCUPADA						
CON TRABAJO ACTUAL						
SIN ESTUDIOS SUPERIORES						
CON ESTUDIOS SUPERIORES						
ANTEC VIOLENC FAMILIAR						
SIN ANTEC VIOLEN FAMIL						
HÁBITOS ALCOHOL/DROGA						
NO HÁBIT ALCOH/DROGA						
< 20 ó > 35 años						
ENTRE 20 Y 35 AÑOS						
CON PSICOPROFILAXIS						
SIN PSICOPROFILAXIS						
ANTECED DE ABORTO						
NO ANTECED DE ABORTO						
EMBARAZO NO PLANIFICADO						
EMBARAZO PLANIFICADO						

Prueba t de muestras independientes

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias			
		F	Sig.	t	Sig. (bilateral)	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
						Inferior	Superior
DEPRESION PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN	Se asumen varianzas iguales No se asumen varianzas iguales						
DEPRESION TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN	Se asumen varianzas iguales No se asumen varianzas iguales						

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	FORMA DE REGISTRO
EDAD GESTACIONAL	CUALITATIVA DICOTÓMICA	NOMINAL	PRIMER TRIMESTRE	Las primeras 13 semanas de embarazo	1= SI; 2=NO
			TERCER TRIMESTRE	Entre 28 y 42 semanas de embarazo	1= SI; 2=NO
DEPRESION	CUALITATIVA DICOTÓMICA	NOMINAL	PRIMER TRIMESTRE	Gestantes de hasta 13 semanas de embarazo y puntaje de Edimburgo mayor de 13	1= Con depresión 2= Sin depresión
			TERCER TRIMESTRE	Gestantes de entre 28 y 42 semanas de embarazo y puntaje de Edimburgo mayor de 13	1= Con depresión 2= Sin depresión
EDAD	CUANTITATIVA DISCRETA	DE RAZON	ADIMENSIONAL	Resultado de restar el año actual y el año de nacimiento que figura en su documento nacional de identidad	Edad en años cumplidos
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA POLITÓMICA	NOMINAL	ADIMENSIONAL	Condición de una persona según tenga o no pareja y su situación legal respecto a ello	1= Soltera; 2=Casada; 3=Viuda; 4=Divorciada

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	FORMA DE REGISTRO
OCUPACION	CUALITATIVA POLITÓMICA	NOMINAL	ADIMENSIONAL	Condición laboral que genere ingresos económicos	1= Desocupada; 2=Ocupación temporal; 3=ocupación estable; 4=Informal
NIVEL EDUCATIVO	CUALITATIVO POLITÓMICO	ORDINAL	ADIMENSIONAL	Máximo nivel educativo alcanzado	1=Analfabeto; 2=Primaria; 3=Secundaria; 4=Superior
NÚMERO DE GESTACIONES	CUANTITATIVA DISCRETA	DE RAZON	ADIMENSIONAL	Total de embarazos incluido el actual, independiente a su desenlace.	Número de embarazos totales hasta el momento de la encuesta
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES	CUANTITATIVA DISCRETA	DE RAZON	ADIMENSIONAL	Total de veces que acudió a algún establecimiento formal de salud, con motivos obstétricos, en este embarazo actual	Número total de controles pre natales

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	FORMA DE REGISTRO
EMBARAZO PLANIFICADO	CUALITATIVA DICOTÓMICA	NOMINAL	ADIMENSIONAL	Embarazo deseado, esperado, buscado.	1=Si; 2=NO
HÁBITO DE INGESTA DE ALCOHOL	CUALITATIVA DICOTÓMICA	NOMINAL	ADIMENSIONAL	Ingerir bebidas alcohólicas de cualquier tipo, por lo menos una vez a la semana	1=Si; 2=NO
HÁBITO DE TABAQUISMO	CUALITATIVA DICOTÓMICA	NOMINAL	ADIMENSIONAL	Fumar cigarrillos de cualquier tipo, por lo menos una vez a la semana	1=Si; 2=NO
HÁBITO DE FARMACODEPENDENCIA	CUALITATIVA DICOTÓMICA	NOMINAL	ADIMENSIONAL	Consumir drogas o fármacos de manera adictiva	1=Si; 2=NO

PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS:

1. Solicité al director del hospital II-1 “Jorge Reátegui Delgado” mediante documento escrito, autorice y disponga se me brinden facilidades necesarias para ejecutar el presente estudio de investigación en dicha sede. A la solicitud se le adjuntó copia del proyecto de investigación. El modelo de la solicitud se muestra en el anexo I.
2. Una vez obtenida la autorización formal, me presenté al jefe del servicio de ginecoobstetricia, mostrándole la autorización del director, copia del proyecto de investigación y le expliqué detalladamente en qué consiste el abordaje a las pacientes gestantes, en sala de espera de consultorios.
3. Reproduce el formato de recojo de información sociodemográfica de las gestantes, cuyo modelo se presenta en el anexo II.
4. Reproduce el test de depresión posnatal de Edimburgo, validado para aplicación en gestantes, cuyo modelo se presenta en el anexo III.
5. Correctamente uniformada me presenté, en los turnos de la mañana y de la tarde, de Lunes a Viernes, en la sala de espera de consultorios de ginecoobstetricia y por grupos, abordé a las gestantes, presentándome como egresada de la facultad de Medicina UPAO y tesista. Realicé una breve exposición de la finalidad y objetivos de mi investigación solicitándoles su participación en mi estudio de tesis. A quienes aceptaron, les mostré y describí un consentimiento informado que voluntariamente firmaron y cuyo ejemplar se muestra en el anexo IV.
6. Apliqué la encuesta y el test de depresión posnatal de Edimburgo, el cual ha sido validado y cuenta con un puntaje de KUDER RICHARDSON de 0.954 (32) como se muestra en anexo V. Estos test los enumeré en orden correlativo, hasta que completé el tamaño de muestra.
7. Los resultados de la encuesta sirvieron para alimentar una base de datos en Excel, mientras las respuestas al test de Edimburgo se registraron en una segunda hoja Excel.
8. Antes de ingresar la información a las bases de datos electrónicas, se realizó control de calidad a los datos impresos, corrigiendo errores u omisiones.

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:

1. Se exportaron los datos de las hojas de cálculo Excel, al software estadístico SPSS V.23.0 en español.
2. Se realizó análisis univariado con variables cualitativas (frecuencia, moda) y cuantitativas (media, moda, desviación estándar).
3. Se realizó análisis bivariado, asociando grado de depresión con: estado civil, número de embarazos, edad materna, nivel educativo, ocupación, embarazo planificado. Se aplicará χ^2 y Mc Nemar con Cochran en casos de asociación estadísticamente significativa.
4. La prueba de hipótesis se realizó para establecer si existe diferencia significativa entre depresión en el primer y tercer trimestre de embarazo, es la prueba de Levene para igualdad de varianzas y la prueba T de student para comparar medias de muestras independientes.

ASPECTOS ÉTICOS:

Consentimiento informado. – La obtención de datos que necesita la presente investigación, requiere la participación de seres humanos, por lo que se elaboró un consentimiento informado (Anexo IV) el cual fue presentado, explicado por mi persona, firmado por la participante y entregada una copia a cada gestante que aceptó de forma libre e informada, participar del estudio.

Reclutamiento de gestantes. - No discriminamos a quienes aceptaron participar del estudio. El primer punto de no discriminación es que se reclutaron todas las personas que aceptaron participar del estudio en el periodo establecido. Para garantizar la no coacción a las gestantes, se les explicó que, si se niegan a participar, ello no significaba ningún perjuicio o desventaja en el uso de los servicios del hospital o de su Seguro Social.

Confidencialidad de datos e información. - En todo momento las respuestas brindadas por la participante, se mantuvieron en total confidencialidad, por lo que no se solicitaron nombres y apellidos, sino que se asignó un número correlativo a las fichas de información para cada participante.

LIMITACIONES:

La población en estudio está formada por gestantes con seguro social de salud. No se incluyen gestantes sin trabajo formal, ni gestantes con seguro privado de salud, ni gestantes afiliadas al Seguro Integral de Salud.

Siendo un estudio transversal, no se puede volver a aplicar el test de depresión posnatal de Edimburgo, nuevamente a las gestantes cuando ingresen a su tercer trimestre de gestación.

III. RESULTADOS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y RELATIVA DE DEPRESIÓN EN GESTANTES. HOSPITAL REÁTEGUI. ENERO - MAYO 2019

DEPRESIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SIN DEPRESION EN RIESGO	84	35.9	35.9
CON DEPRESION	52	22.2	58.1
TOTAL	98	41.9	100.0
	234	100.0	

Fuente: Instrumento de recojo de información de autora

Nuestro estudio incluyó una muestra de 234 gestantes: 50% en su primer trimestre 50% en su tercer trimestre de gestación. De este total, según los resultados de la prueba de Edimburgo validada para gestantes y puérperas, el 41.9% tuvieron algún nivel de depresión; 22.2% estaban en riesgo de tener depresión y 35.9% no tenía depresión ni estaba en riesgo de tenerla.

**TABLA 2. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN GESTANTES,
SEGÚN TRIMESTRE DE EMBARAZO. HOSPITAL REÁTEGUI
ENERO - MAYO 2019**

TRIMESTRE	TEST DE EDIMBURGO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
PRIMER TRIMESTRE	SIN DEPRESION	44	37.6	37.6
	EN RIESGO DE DEPRESION	29	24.8	62.4
	CON DEPRESION	44	37.6	100.0
	TOTAL	117	100.0	
TERCER TRIMESTRE	SIN DEPRESION	40	34.2	34.2
	EN RIESGO DE DEPRESION	23	19.7	53.8
	CON DEPRESION	54	46.2	100.0
	TOTAL	117	100.0	

Fuente: Instrumentos de recojo de información de autora.

Al estratificar estos resultados según trimestres de embarazo, gestantes CON DEPRESIÓN era el 37.6% de las que estaban en su primer trimestre y el 46.2% de quienes estaban en su tercer trimestre. Es decir, conforme avanza el embarazo, se incrementa el número de gestantes con depresión. Al comparar ambos estratos respecto a la variable “SIN DEPRESIÓN”, fue el 37.6% de las gestantes en su primer trimestre y el 34.2% en las del tercer trimestre.

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE PREVALENCIAS* DE DEPRESIÓN EN GESTANTES DE PRIMER Y TERCER TRIMESTRE. HOSPITAL REÁTEGUI. ENERO - MAYO 2019

TRIMESTRE DE GESTACIÓN	DEPRESION		TOTAL
	SI	NO	
TRIMESTRE I	37.6	37.6	75.2
TRIMESTRE III	46.2	34.2	80.4
TOTAL	41.9	35.9	77.8

* Distribución porcentual

Fuente: Instrumento de recojo de datos de la autora

X ² corregida de Yates	p de dos colas
0.5964	0.44

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior	Superior
PUNTAJE DEL TEST DE EDIMBURGO	.033	.855	-.541	232	.589	-.368	.679	-1.706	.971
			-.541	231.998	.589	-.368	.679	-1.706	.971

Al aplicar la prueba chi cuadrado (X²), para buscar si la diferencia en el porcentaje de gestantes con depresión entre los grupos del primer y tercer trimestre, era estadísticamente significativa, encontramos que con un 95% de confianza, que no hay diferencia entre ellas (p=0.44).

Igualmente, al aplicar el estadístico “t de student” para determinar si la media del puntaje del test de Edimburgo obtenido por el grupo de gestantes en su primer trimestre y la media del puntaje obtenido por mujeres en su tercer trimestre de embarazo eran estadísticamente diferentes, obtuvimos, igualmente con un 95% de confianza, que en realidad son similares (p para dos colas=0.5890).

TABLA 4. FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN GESTANTES, POR TRIMESTRES DE GESTACIÓN. HOSPITAL REÁTEGUI. ENERO - MAYO 2019

FACTOR DE RIESGO/PROTECCIÓN	TRIMESTRE I			TRIMESTRE III			TOTAL		
	DEPRESIÓN (n=117)*		p	DEPRESIÓN (n=117)*		p	DEPRESIÓN (n=234)*		P
	SI	NO		SI	NO		SI	NO	
CASADO/CONVIVIENTE	37.4	40.2	0.397	44.9	34.8	0.094	41.2	37.5	0.348
TRABAJO ESTABLE	32.8	38.8	0.2304	33.9	52.5	0.0059	33.33	45.24	0.05
ESTUDIOS SUPERIORES	35.7	39.8	0.3256	45.2	39.8	0.3122	40.1	39.58	0.4724
EMBARAZO PLANIFICADO	20.4	53.1	0.1.6*10 ⁻⁶	38.3	40	0.4596	30.27	45.87	0.016
VIVE CON PAREJA	37	39.8	0.3968	43.5	36.1	0.177	40.28	37.96	0.4242
ANTEC DE DEPRESIÓN	46.8	26.6	0.0024	67.7	13.8	1*10 ⁻⁸	56.25	20.83	2.8*10 ⁻⁷
ANTEC. DE VIOLENCIA	38.9	33.3	0.2491	73.3	20	1*10 ⁻⁷	54.54	27.27	7.8*10 ⁻⁵
ANTEC. DE ABORTO	36.7	50	0.039	56	28	5.4*10 ⁻⁵	45.45	40	0.2624
CONSUMO DE ALCOHOL	20	40	0.0016	100	0	INDEFINIDO	50	25	2*10 ⁻⁴
CONSUMO DE TABACO	50	0	INDEFINIDO	100	0	INDEFINIDO	66.6	0	INDEFINIDO
< 20 Y > 35 AÑOS	30.8	42.3	0.061	50	31.8	0.0066	42.86	35.71	0.1866

*Los valores de depresión son porcentajes del total de la muestra

Fuente: Instrumento de recojo de información de la autora.

En este cuadro, las celdas sombreadas de gris, resaltan el estadístico “p” de aquellos factores asociados a depresión (ya sea durante el primer trimestre, tercer trimestre o de las gestantes participantes en general), que sí resultaron ser factores de riesgo o factores protectores para depresión durante el embarazo.

Encontramos que el ser casado o conviviente o el vivir con su pareja, no influye ni positiva ni negativamente en la presencia de depresión en la gestante. El tener estudios superiores tampoco influye en la presencia de depresión en la gestante. Tabaco consumían solo dos gestantes en el primer trimestre y solo una en el tercer trimestre por lo que este factor no se pudo evaluar.

TABLA 5. SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA, FUERZA DE ASOCIACIÓN E INTERVALO DE CONFIANZA DE FACTORES DE RIESGO O DE PROTECCIÓN, ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN GESTANTES. HOSPITAL REÁTEGUI. ENERO - MAYO 2019

FACTOR DE RIESGO/PROTECCIÓN	TRIMESTRE I					TRIMESTRE III					TOTAL				
	X ²	p	OR	I.C. 95%		X ²	p	OR	I.C. 95%		X ²	p	OR	I.C. 95%	
				LI	LS				LI	LS				LI	LS
EMBARAZO PLANIFICADO	21.62	1.6*10 ⁻⁶	0.22	0.12	0.42						4.52	0.016	0.5	0.28	0.91
TRABAJO ESTABLE						6.312	0.005	0.46	0.26	0.82	2.49	0.05	0.6	0.34	1.073
ANTECEDENTE DE DEPRESIÓN	7.93	0.0024	2.42	1.34	4.39	70.47	1*10 ⁻⁸	18.96	9.02	39.86	25.01	2.8*10 ⁻⁷	4.88	2.61	9.11
ANTECEDENTE DE VIOLENCIA						54.95	1*10 ⁻⁷	10.98	5.67	21.26	14.27	7.8*10 ⁻⁵	3.2	1.77	5.77
ANTECEDENTE DE ABORTO	3.08	0.039	0.58	0.33	1.02	14.96	5.4*10 ⁻⁵	3.27	1.81	5.89					
CONSUMO DE ALCOHOL	21	2.3*10 ⁻⁶	0.24	0.13	0.44						21	2.3*10 ⁻⁶	4.012	2.22	7.22
MENOR DE 20 Y MAYOR DE 35 AÑOS						6.12	0.0066	2.14	1.2	3.81					

Fuente: Instrumentos de recolección de información de autora

Esta tabla muestra que el hecho que el embarazo haya sido planificado, deseado, protege fuertemente contra la depresión. Sobre todo, en el primer trimestre de embarazo (OR=0.22), aunque en el tercer trimestre ya no se aprecia su influencia. En el análisis global, en embarazo planificado sigue siendo un factor protector (OR=0.5).

El tener un trabajo estable igualmente es un factor protector contra la depresión sobre todo en el tercer trimestre de embarazo (OR=0.46). No se aprecia lo mismo en el primer trimestre, pero en el análisis global sigue siendo un factor protector, aunque con menor intensidad que en el tercer trimestre (OR=0.6).

El antecedente de depresión si es un factor de riesgo para tener nuevamente depresión durante el embarazo. Este antecedente hace 18.96 veces probable que la gestante tenga depresión durante el tercer trimestre de su embarazo y 2.42 veces durante el primer trimestre.

El antecedente de violencia predispone a que la gestante durante su tercer trimestre, tenga 10.98 veces riesgo de depresión comparada con quien no tiene antecedente de violencia. Este riesgo no se observa en el primer trimestre. En el análisis global, el antecedente de violencia sigue siendo un factor de riesgo, con un OR de 3.2.

Sorpresivamente encontramos que el haber tenido abortos anteriores, resultó ser un factor protector contra depresión en aquellas mujeres en su primer trimestre de embarazo (OR=0.58). Pero ya, en el tercer trimestre del embarazo este mismo factor se convierte en factor de riesgo (OR= 3.27). Con esta ambivalencia, en el análisis global no aparece antecedente de aborto como factor asociado a depresión en gestantes. Sin embargo, sí influye si se estratifica por trimestres de embarazo.

Respecto al consumo de alcohol, sorpresivamente vemos que en el primer trimestre actúa como factor protector contra la depresión (OR= 0.24), pero en el tercer trimestre todas las gestantes que consumían alcohol, obtuvieron puntaje correspondiente a depresión y, por lo tanto, la gestante sin depresión es cero. Con esas cifras el resultado del cálculo de Odds ratio tiende al infinito por lo que el software lo reporta como que no se puede calcular. Sin embargo, en el análisis global, el consumo de alcohol si es reportado como factor de riesgo para depresión (OR= 4.012).

Respecto a si ser madre muy joven o con más de 35 años es un factor de riesgo para depresión, encontramos que esto ocurre durante el tercer trimestre del embarazo, donde encontramos que quienes están en estos grupos de edad, tienen 2.14 veces riesgo de depresión comparadas con las gestantes entre 21 y 34 años de edad.

IV. DISCUSIÓN

En las 234 gestantes enroladas al estudio, sin discriminar el riesgo obstétrico, encontramos que el 41.9% del total tuvo algún grado de depresión durante el estudio. Este valor es uno de los más altos de todos los de la literatura revisada. Solo superado por el estudio de Ricardo Ramírez y su grupo de trabajo, realizado en Colombia donde el 61.45% de las 189 gestantes estudiadas tuvieron depresión (23). Un estudio con resultado similar al nuestro, es el publicado por Luna Matos y colaboradores, realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. Encontró algún grado de depresión en el 40.1% de las gestantes de bajo riesgo obstétrico (25). Nelly Lam y su equipo, en un estudio realizado en tres hospitales de Lima (26) encontró una prevalencia de depresión en gestantes, de 34.1%.

Finalmente, otro resultado cercano a nuestra prevalencia, es el encontrado por Castro e Cuoto y colaboradores, en Brasil. Si bien no aplicaron el test de Edimburgo sino la Mini entrevista neuro psiquiátrica internacional (MINI), su resultado fue 40.34% de las gestantes evaluadas tuvieron algún grado de depresión (21).

Las diferentes prevalencias de depresión en gestantes encontradas por los investigadores (19-27) pueden ser influidas por los diversos temores de las gestantes sobre el estado de salud del producto de la gestación y sobre la capacidad de brindarle las atenciones que necesita al momento del nacimiento y en su periodo neonatal y lactante. Observamos que, en los países con mayor desarrollo, la prevalencia de depresión es menor que en los países de nuestra región.

Respecto a la variación en las prevalencias de depresión según el trimestre de depresión se puede observar del estudio de meta-análisis del grupo de investigación encabezado por la Dra. Sussana Banti (33) quien encuentra en su revisión una prevalencia global en el tercer mes de gestación (Primer trimestre) de 8.6%. En esta cohorte, cuando estaban en su sexto mes de embarazo (Segundo trimestre) de 2.6% y en el octavo mes de embarazo (tercer trimestre) de 1.8%. Es decir, una disminución gradual y sostenida de la depresión conforme avanza el embarazo, a diferencia de nuestro resultado que muestra un incremento, aunque no significativo, de la prevalencia de depresión.

Otro estudio sistemático sobre el tema, es el publicado por Bennett H, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson T., titulado Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review (34). Encontró en su revisión que un promedio de 7.4% de gestantes en su primer trimestre de embarazo tenían depresión; un promedio de 12.8% de gestantes durante su

segundo trimestre de embarazo, tenían depresión y finalmente 12.8% de gestantes en su tercer trimestre de embarazo, tenían depresión.

En Brasil el Dr Castro Cuoto y sus colaboradores, realizaron un estudio en el Hospital Clínico de la Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte en Brasil (21) menciona que, en gestantes durante su segundo trimestre de embarazo, la prevalencia de depresión con el test de Edimburgo, es de 33.33% y durante el tercer trimestre es de 27.39%.

Respecto a los factores de riesgo asociados a depresión en gestantes, Castro Cuoto (21) encontró que el tener uno o más hijos es un factor de riesgo para depresión en gestantes (OR=3.04); antecedente de abuso por su pareja, es otro factor de riesgo para depresión en gestantes (OR=2.66) y que antecedente de cuadro depresivo también es un factor de riesgo (OR= 11.32).

En la publicación del equipo de investigadores encabezado por la Dra. Sussana Banti,(33) encontró que las gestantes con antecedente de depresión en algún momento de su vida, tienen 2.27 veces riesgo de tenerla durante el embarazo, que aquellas gestantes sin antecedente de depresión. En nuestro estudio el riesgo (OR) fue de 4.88. Este grupo no encontró asociación entre desempleo o nivel educativo y riesgo de depresión en gestantes.

La Dra. Nelly Lam y su equipo de investigadores (21), en su estudio que abarcó los hospitales: Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” (HONADOMANI) y Hospital Nacional Arzobispo Loayza, encontraron que los factores asociados a depresión en gestantes fueron: antecedente de aborto, no planificación del embarazo, adecuado apoyo emocional y antecedente de violencia. Nuestros hallazgos coinciden con los reportados con la salvedad que el antecedente de aborto en nuestro estudio tiene comportamiento ambivalente como lo mencionamos en los resultados.

En un estudio realizado en México, el año 2017 por Paulina Rodríguez y colaboradores, (6), se encontró una correlación positiva entre el nivel de educación y el apoyo emocional percibido por la gestante, para protegerse contra la depresión. Encontró diferencias entre los niveles de estrés, ansiedad y apoyo social entre mujeres que se encontraban embarazadas por primera vez y aquellas que tuvieron embarazos previos. Asimismo, encuentra una correlación positiva entre mujeres que tomaban alcohol durante el embarazo y la ansiedad, donde las que ingerían mayor cantidad de alcohol, presentaban niveles más altos de ansiedad.

Al mismo tiempo, se demostró que el apoyo social de confianza percibido se encuentra relacionado con ansiedad y depresión en una forma negativa.

En Brasil, el estudio de Ricardo Acevedo Da Silva (19), encontró que el 42.4% de las gestantes con depresión no habían concluido la educación secundaria; 73.7% no vivían con sus esposos o el padre de su hijo; 53.6% pertenecían a un estrato socio económico medio a bajo; 56.5% eran primigestas; 58.8% había planificado su embarazo; 8.4% tenía antecedente de aborto; 19.1% eran fumadoras; 8.2% consumían alcohol. Estas frecuencias encontradas en Brasil son similares a las halladas en nuestra serie. El autor no realiza estimaciones de significancia estadística en su estudio.

V. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de depresión en gestantes atendidas en el hospital Jorge Reátegui Delgado entre Enero y Mayo 2019 es de 41.9%.
2. La prevalencia de depresión en gestantes durante su primer trimestre de embarazo es de 37.6%.
3. La prevalencia de depresión en gestantes durante su tercer trimestre de embarazo es de 46.2%.
4. La diferencia entre ambas prevalencias no es estadísticamente significativa, pudiéndose afirmar que la prevalencia de depresión en el primer trimestre de embarazo es similar a la prevalencia de depresión en el tercer trimestre de embarazo.
5. Los factores de riesgo para depresión durante el embarazo, independientemente del trimestre en que se encuentra la persona, son: Antecedente de depresión en algún momento de su vida; antecedente de violencia y consumo de alcohol.
6. Los factores protectores contra depresión en el embarazo son: Embarazo planificado, trabajo estable.
7. No encontramos significancia estadística con los factores: casada/conviviente, grado de instrucción, que viva con su pareja y padre de niño.
8. El tener menos de 20 años o más de 35 años de edad es un factor de depresión en la última parte del embarazo mas no lo es en el inicio del embarazo.

VI. RECOMENDACIONES.

1. Se sugiere continuar esta línea de investigación, pero con estudios de cohorte para poder estudiar a la misma gestante a través de todo el transcurso del embarazo.
2. Exponer en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital Jorge Reátegui Delgado el presente informe y propone se institucionalice la aplicación del test de Edimburgo validado para gestantes y púérperas, como parte del control pre natal y realizar un seguimiento diferenciado a aquellas gestantes con depresión y en riesgo de depresión.
3. Realizar el estudio actual, en poblaciones no solo de afiliados al seguro de EsSalud sino a muestras representativas de nuestra población gestante en general para obtener una prevalencia que represente la realidad de nuestra población y no solo de un segmento de ella.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cabañas MJ, Longoni M, Corominas N, Sarobe C, Yurrebaso MJ, Aguirrezábal A. 9. Obstetricia y ginecología. Farm Hosp. :37.
2. Arnau-Sánchez J, Martínez-Ros MT, Castaño-Molina MÁ, Nicolás-Vigueras MD, Martínez-Roche ME. Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal. Un estudio cualitativo. Aquichan. 1 de septiembre de 2016;16(3):370-81.
3. Depresión - ACOG [Internet]. [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Depression>
4. Darves-Bornoz J-M, Gaillard P, Degiovanni † A. Psiquiatría y embarazo: la madre y el niño. EMC - Ginecol-Obstet. enero de 2002;38(1):1-8.
5. Arrom Suhurt CH, Routi M, Samudio M, Orue E, Arrom CM. Sintomatología depresiva en embarazadas víctimas de abuso sexual. Mem Inst Investig En Cienc Salud. 12 de diciembre de 2015;13(3):82-7.
6. Rodríguez Leis P, Flores Gallegos R. Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana. Ansiedad Estrés. julio de 2018;24(2-3):67-72.
7. 63.0646.OP.pdf [Internet]. [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/3380/63.0646.OP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. ¿Cuáles son las causas de la depresión durante el embarazo? [Internet]. elbebe.com. [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.elbebe.com/embarazo/causas-depresion-embarazo>
9. Gutiérrez Robledo LM, Gutiérrez Ávila JH. Envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria. 2010.
10. C PR. Depresion. Editorial Universitaria; 1998. 90 p.
11. Sci-Hub || 10.1016/j.jad.2016.08.059 [Internet]. [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://sci-hub.tw/10.1016/j.jad.2016.08.059>
12. Sci-Hub | Depression, anxiety and stress among pregnant migraineurs in a pacific-northwest cohort. Journal of Affective Disorders, 172, 390–396 | 10.1016/j.jad.2014.10.032 [Internet]. [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://sci-hub.tw/10.1016/j.jad.2014.10.032>
13. Sci-Hub | Influence of intimate partner violence on mental status in Japanese women during the first trimester of pregnancy. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 31(11), 1524–1526 | 10.1080/14767058.2017.1317739 [Internet]. [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://sci-hub.tw/10.1080/14767058.2017.1317739>

14. 70.1929.M.pdf [Internet]. [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en:
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/3159/70.1929.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Anexo_9_Instrumentos_de_evaluacion_de_la_depresion.pdf [Internet]. [citado 14 de enero de 2019]. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_9_Instrumentos_de_evaluacion_de_la_depresion.pdf
16. TFG-VF Lierni Bazako.pdf [Internet]. [citado 14 de enero de 2019]. Disponible en:
<https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/20705/TFG-VF%20Lierni%20Bazako.pdf?sequence=2>
17. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord.* septiembre de 2017;219:86-92.
18. Pearlstein T. Depression during Pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* julio de 2015;29(5):754-64.
19. Silva RA da, Jansen K, Souza LD de M, Moraes IG da S, Tomasi E, Silva GDG da, et al. Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Braz J Psychiatry.* junio de 2010;32(2):139-44.
20. Akçali Aslan P, Aydın N, Yazıcı E, Aksoy AN, Kirkan TS, Daloglu GA. Prevalence of depressive disorders and related factors in women in the first trimester of their pregnancies in Erzurum, Turkey. *Int J Soc Psychiatry.* diciembre de 2014;60(8):809-17.
21. Castro e Couto T, Cardoso MN, Brancaglioni MYM, Faria GC, Garcia FD, Nicolato R, et al. Antenatal depression: Prevalence and risk factor patterns across the gestational period. *J Affect Disord.* marzo de 2016;192:70-5.
22. Meijer JL, Bockting CLH, Stolk RP, Kotov R, Ormel J, Burger H. Associations of life events during pregnancy with longitudinal change in symptoms of antenatal anxiety and depression. *Midwifery.* mayo de 2014;30(5):526-31.
23. Ricardo-Ramírez C, Álvarez-Gómez M, Ocampo-Saldarriaga MV, Tirado-Otálvaro AF. Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín, entre enero y agosto de 2013. Factores de riesgo asociados. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2015;66(2):94-102.
24. Bao-Alonso M del P, Vega-Dienstmaier JM, Saona-Ugarte P. Prevalencia de depresión durante la gestación. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 20 de mayo de 2011 [citado 14 de enero de 2019];73(3). Disponible en:
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1710>
25. Luna Matos ML, Salinas Piélago J, Luna Figueroa A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. octubre de 2009 [citado 14 de enero de 2019];26(4). Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009001000004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

26. Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Hinostroza R, Torrejón E, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. Rev Peru Epidemiol [Internet]. 2010 [citado 14 de enero de 2019];14(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=203119676005>
27. Depresión en gestantes del Hospital San Juan de Lurigancho (Perú) durante el periodo mayo - junio 2017 [Internet]. [citado 14 de enero de 2019]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=112249&id_seccion=2493&id_ejemplar=10971&id_revista=130
28. Gonzales DFF. JOSE FERNANDO CORDOVA ALVA. :52.
29. Luis Antonio Romero. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. [Internet]. Salud y medicina presentado en; 11:41:19 UTC [citado 14 de enero de 2019]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/magnate1/rm827-2013-minsa>
30. Español E para B en EA por la J de AM de B en. Cómo calcular semanas, meses y trimestres de embarazo [Internet]. BabyCenter. [citado 9 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://espanol.babycenter.com/a8400032/c%25C3%25B3mo-calcular-semanas-meses-y-trimestres-de-embarazo>
31. Kirkan TS, Aydin N, Yazici E, Akcali Aslan P, Acemoglu H, Daloglu AG. The depression in women in pregnancy and postpartum period: A follow-up study. Int J Soc Psychiatry. junio de 2015;61(4):343-9.
32. Reyes_gv.pdf [Internet]. [citado 10 de enero de 2019]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/8652/Reyes_gv.pdf?sequence=1&isAllowed=y
33. Sci-Hub | From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the Perinatal Depression–Research & Screening Unit study. Comprehensive Psychiatry, 52(4), 343–351 | 10.1016/j.comppsy.2010.08.003 [Internet]. [citado 18 de junio de 2019]. Disponible en: <https://sci-hub.tw/10.1016/j.comppsy.2010.08.003>
34. Heatter A, Einarson A, Taddio A, Koren G., Einarson T. Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review. Obstetrics & Gynecology, 103(4), 698–709 [Internet]. [citado 18 de junio de 2019]. Disponible en: <https://sci-hub.tw/10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f>

ANEXOS

ANEXO I: CARTA A DIRECTOR DE HOSPITAL JORGE REÁTEGUI DELGADO,
SOLICITANDO AUTORIZACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN DICHO
HOSPITAL

“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD”

“Decenio de la igualdad de oportunidad de mujeres y hombres”

Piura, 04 de enero 2019

Sr Dr. Arturo Seminario Ojeda

Director Hospital II-1 Jorge Reátegui Delgado.

SOLICITO: Autorización para ejecución de proyecto de tesis en establecimiento.

La suscrita, Lucía Vanessa Eyzaguirre Zúñiga, identificada con DNI: 41107740, en mi condición de Bachiller de Medicina Humana, egresada de la Universidad Privada Antenor Orrego, ante Ud. me presento y digo:

Que, habiendo culminado el año de internado, debo obtener el título profesional de médico cirujano para realizar mi servicio rural urbano marginal (SERUM).

Que uno de los requisitos para la obtención del título de médico cirujano, es la ejecución de un proyecto de investigación científica. En mi caso, dicho proyecto se titula “Prevalencia y factores asociados a depresión en gestantes durante el primer y tercer trimestre. Piura 2019”, cuya copia adjunto a la presente solicitud.

Es mi deseo ejecutar dicho estudio en el hospital que Ud. dirige, por lo cual, solicito tenga a bien autorizar se me brinden las facilidades necesarias para el desarrollo de la fase de campo del mismo, tanto al servicio de gineco obstetricia como a la oficina de admisión de pacientes.

Un ejemplar del informe final del estudio estará entregando a la Biblioteca del Hospital.

Agradeciendo anticipadamente su atención y tiempo, me despido de Ud. expresándole mi respeto y consideración.

Atentamente

LUCIA VANESSA EYZAGUIRRE ZUÑIGA

ANEXO III.- TEST DE DEPRESION POSNATAL DE EDIMBURGO

ESCALA DE EDIMBURGO

DNI: _____ FECHA: _____ / _____ / _____ N° FICHA _____

1. He sido capaz de reír y ver el lado

bueno de las cosas:

0 Tanto como siempre

1 No tanto ahora

2 Mucho menos

3 No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer:

0 Tanto como siempre

1 Algo menos de lo que solía hacer

2 Definitivamente menos

3 No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:

3 Sí, la mayoría de las veces

2 Sí, algunas veces

1 No muy a menudo

0 No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

0 No, para nada

1 Casi nada

2 Sí, a veces

3 Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

3 Sí, bastante

2 Sí, a veces

1 No, no mucho

0 No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian:

3 Sí, la mayor parte de las veces

2 Sí, a veces

1 No, casi nunca

0 No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir:

3 Sí, la mayoría de las veces

2 Sí, a veces

1 No muy a menudo

0 No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:

3 Sí, casi siempre

2 Sí, bastante a menudo

1 No muy a menudo

0 No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando:

3 Sí, casi siempre

2 Sí, bastante a menudo

1 Sólo en ocasiones

0 No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

3 Sí, bastante a menudo

2 A veces

1 Casi nunca

0 No, nunca

ANEXO IV.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ficha N° _____

Fecha _____

Yo _____ identificada con DNI _____ reconozco que he sido informada por la Bachiller en Medicina Humana Srta. LUCÍA VANESSA EYZAGUIRRE ZÚÑIGA, acerca del estudio “PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN GESTANTES DURANTE EL PRIMER Y TERCER TRIMESTRE. PIURA 2019” que ella se encuentra realizando como tesis de grado. Se me informó que objetivo del estudio es determinar la prevalencia de depresión en gestantes durante el primer y tercer trimestre de embarazo y que los beneficios incluyen plantear a nuestras autoridades sanitarias la necesidad de implementar y difundir el tamizaje de depresión como parte de los controles pre natales a nuestra población gestante, así como establecer pautas de prevención, diagnóstico y tratamiento lo cual no se realiza actualmente.

Se me explicó que mi participación consistirá en primer lugar, brindar información respecto a datos sociales, obstétricos, salud y hábitos de mi persona y, en segundo lugar, la aplicación de un test para explorar estado de depresión en mi persona. Dichos datos serán completamente anónimos y confidenciales y los resultados serán usados exclusivamente en el presente estudio. Mi participación no implicará ningún costo y si me niego, ello no afectará a ningún servicio que pueda solicitar del sistema de salud.

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables. Comprendo que mi autorización es importante para el estudio de investigación, por lo que en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me aplique los cuestionarios, teniendo pleno conocimiento de la utilidad del estudio. Mi firma indica también que he recibido una copia de este consentimiento informado.

Firma de la gestante
DNI

Firma de la investigadora
DNI

V.- VALIDACION DE TEST DE DEPRESION PRENATAL DE EDIMBURGO CON PUNTAJE

