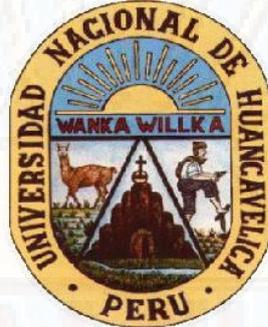


“Año de la lucha contra la corrupción e impunidad”

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE  
HUANCAVELICA**

(Creada por Ley N°. 25265)

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

**TESIS**

---

**DEPRESION EN GESTANTES DEL SERVICIO DE  
PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA DEL CENTRO  
MATERNO INFANTIL DE EL TAMBO, 2018**

---

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:  
SALUD MATERNA PERINATAL Y NEONATAL**

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:  
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA Y ESTIMULACION PRE NATAL  
CON ADECUACION INTERCULTURAL**

**PRESENTADO POR:  
Obsta. MENDOZA VILCAHUAMAN, Jenny  
Obsta. MUÑOZ DE LA TORRE, Rossibel Juana**

**HUANCAVELICA – PERÚ**

**2019**

# ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 22 días del mes de abril a las 8:00 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis

del (la) egresada:  
Mendoza Vilcahuaman Jenny y Muñoz De la Torre Rossibel Juarcá

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana Guerra Olivares  
Secretario : Dra. Lina Yubana Cardenas Pineda  
Vocal : Mg. Ada Lizbeth Larico Lopez

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

Depresión en gestantes del Servicio de Psicoprofilaxis obstétrica del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018.

Presentado por el (la) egresada:

Mendoza Vilcahuaman Jenny y Muñoz De la Torre

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 484-2018 concluyendo a las 09:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 22 de abril 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA  
PRESIDENTE  
Mg. Tula Susana Guerra Olivares  
DECANA PRINCIPAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA  
SECRETARÍA DE OBSTETRICIA  
Dra. Lina Yubana Cardenas Pineda

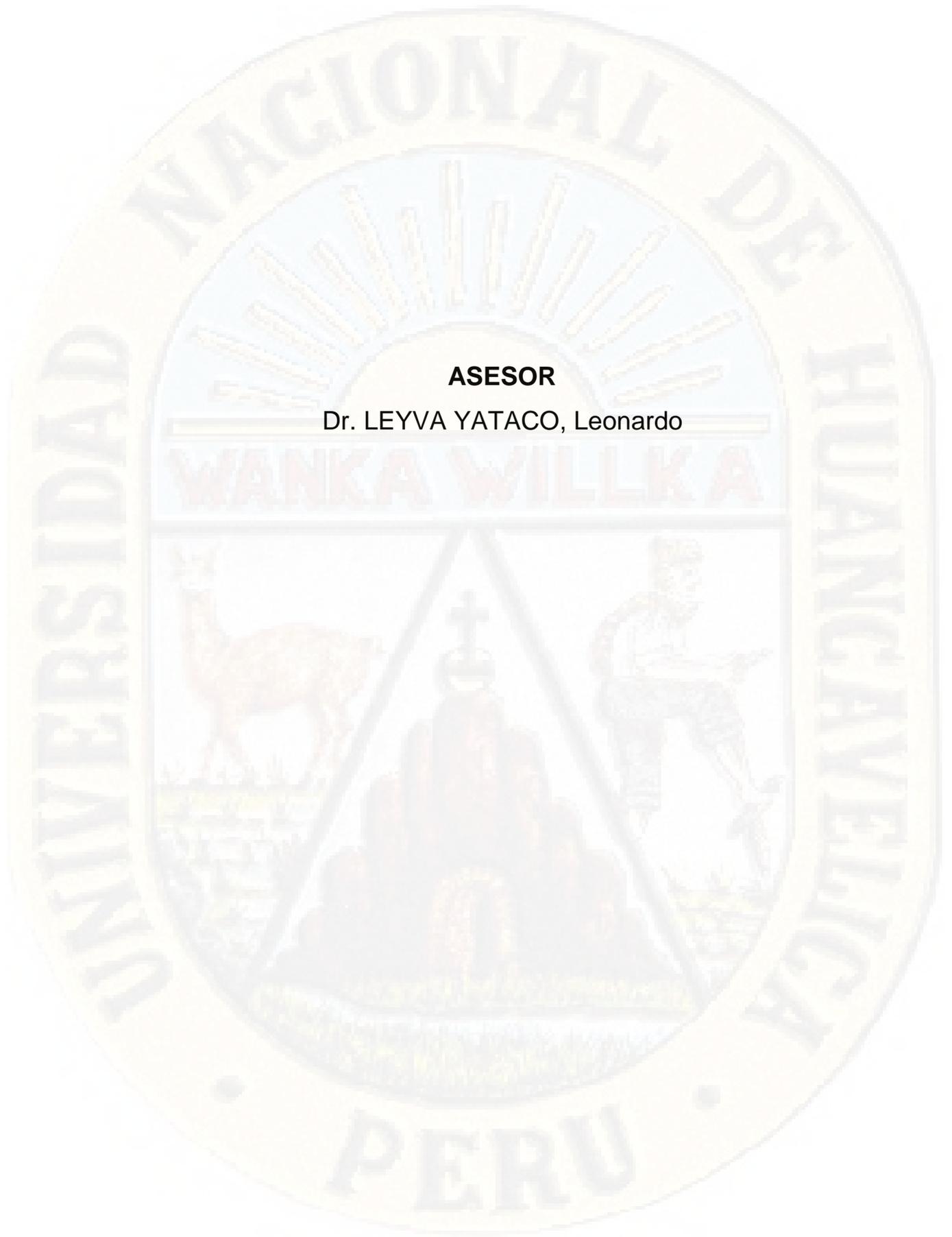
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Lina Yubana Cardenas Pineda  
DOCENTE ASOCIADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Mg. Tula Susana Guerra Olivares  
DECANA

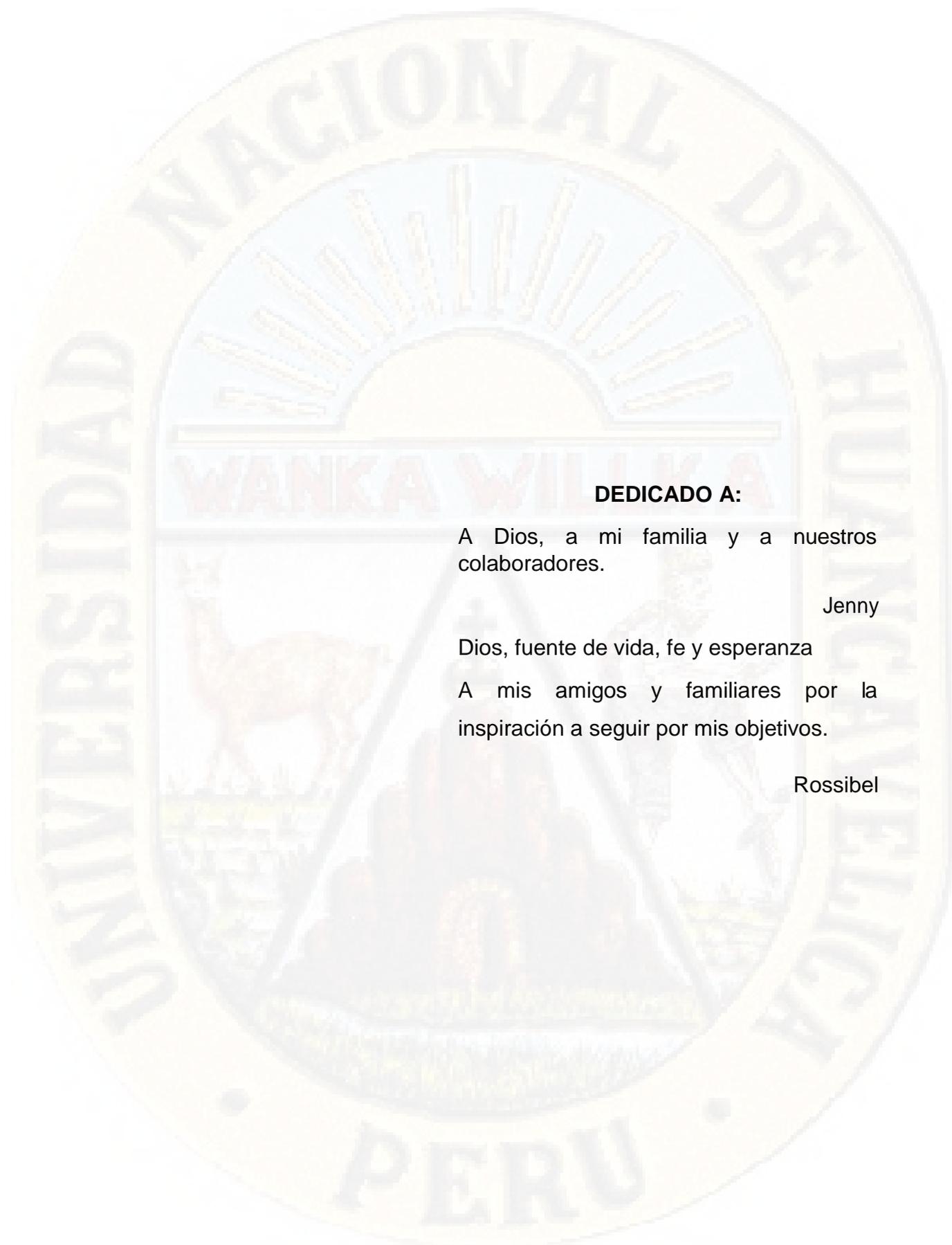


Kelly Y. Riveros Laurente  
OBSTETRA  
C.O.P. N° 36759



**ASESOR**

Dr. LEYVA YATACO, Leonardo



**DEDICADO A:**

A Dios, a mi familia y a nuestros colaboradores.

Jenny

Dios, fuente de vida, fe y esperanza

A mis amigos y familiares por la inspiración a seguir por mis objetivos.

Rossibel

## **AGRADECIMIENTO**

Al director del Centro Materno Infantil de El Tambo, por la autorización para la ejecución del presente trabajo.

A las Obstetras del servicio de psicoprofilaxis por facilitarnos la información necesaria.

A nuestro asesor, el Dr. Leonardo Leyva por su atención y apoyo en la ejecución de este informe.

A nuestros docentes de la segunda especialidad, porque fueron y son fuente de inspiración para culminar esta etapa de la segunda especialidad.

## ÍNDICE

Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice	vi
Índice de tablas	viii
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	xi
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>PROBLEMA</b>	
1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Formulación del problema	14
1.3. Objetivos de la investigación	15
1.4. Justificación e importancia	15
1.5. Limitaciones de la investigación	16
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de la investigación	17
2.2. Bases teóricas	17
2.3. Identificación de variables	28
2.4. Definición de términos	30
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1. Ámbito de estudio	31
3.2. Tipo de investigación	31
3.3. Nivel de investigación	31
3.4. Métodos de investigación	32
3.5. Diseño de investigación	32
3.6. Población, muestra y muestreo	32
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
3.8. Procedimiento de recolección de datos	34
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	34
<b>CAPÍTULO IV</b>	

## RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de resultados	35
4.2. Discusión	35
Conclusiones	39
Recomendaciones	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS:	47
ANEXOS A: MATRIZ DE CONSISTENCIA	44
ANEXOS B: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	46
ANEXOS C: DOCUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN	50

## INDICE DE GRAFICOS

Gráfico N° 1:	Nivel de depresión en gestantes del servicio de psicoprofilaxis obstétrica del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018.	36
Gráfico N° 2:	Características demográficas de las gestantes del servicio de psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018.	37
Gráfico N° 3:	Características obstétricas de las gestantes del servicio de psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018.	38
Gráfico N° 4:	Nivel de depresión predominante según característica demográfica principal en gestantes del servicio de psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018.	39
Gráfico N° 5:	Nivel de depresión predominante según características obstétrica principal en gestantes del servicio de psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018	40

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo Determinar el nivel de depresión en gestantes del servicio de Psicoprofilaxis obstétrica del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018. La Metodología utilizada fue una investigación de tipo descriptivo, observacional, prospectivo de corte transversal; los métodos aplicados fueron el inductivo y observacional cuyo nivel y diseño de investigación fue descriptivo; se trabajó con las gestantes del servicio de psicoprofilaxis obstétrica, durante los meses de setiembre a diciembre, siendo un total de 62 gestantes, se utilizó la técnica de la entrevista para aplicar el test de Hamilton de forma individual; luego los datos se procesaron en el paquete estadístico Spss versión 22 para calcular las frecuencias. Los resultados hallados fueron: el 40,3% son adolescentes, 32,3% jóvenes y 27,4% adultas; convivientes el 37,1%, casadas 32,3% y solteras 30,6%. El 58,1% son de nivel secundaria, 19,4% superior; las características obstétricas fueron el 65,9% son embarazos no planificados y el 34,1% sí son planificados. El 58,5% son embarazos no deseados y el 41,5% son deseados. Conclusión: El nivel de depresión de las gestantes del Centro Materno de El Tambo fue moderado.

**Palabras clave:** Depresión, gestantes, test de Hamilton

## **ABSTRACT**

The objective of this research was to determine the level of depression in pregnant women of the Obstetric Psychoprophylaxis service of Centro Materno Infantil of El Tambo, 2018. The methodology used was a descriptive, observational, prospective cross-sectional investigation; the applied methods were the inductive and observational methods whose level and design of the research was descriptive; we worked with the pregnant women of the obstetric psycho-prophylaxis service, during the months of September to December, a total of 62 pregnant women, the interview technique was used to apply the Hamilton test individually, then the data was processed in the statistical package Spss version 22 to calculate the frequencies. The results found were: 40.3% are adolescents, 32.3% young and 27.4% adults; cohabitants 37.1%, married 32.3% and single 30.6%. 58.1% are secondary level, 19.4% higher; the obstetric characteristics were 65.9% are unplanned pregnancies and 34.1% are planned. 58.5% are unwanted pregnancies and 41.5% are desired. Conclusion: The level of depression of the pregnant women of Centro Materno Infantil of El Tambo was moderate.

Key words: Depression, pregnant women and Hamilton test.

## INTRODUCCIÓN

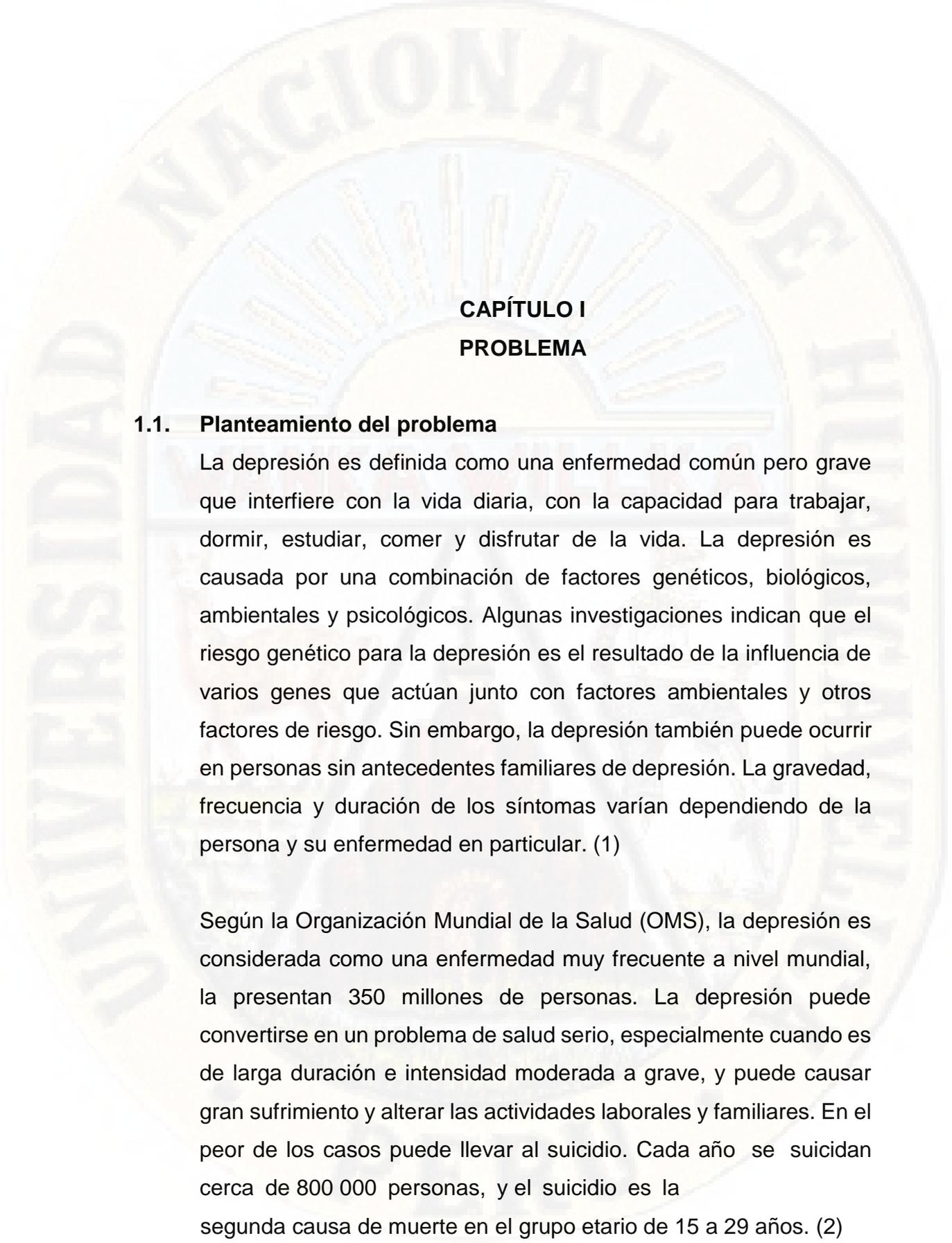
La depresión de la embarazada puede traducirse en cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales, el deterioro del autocuidado que requiere la gravidez, la mala adherencia a las indicaciones médicas y el abuso de tabaco, alcohol y drogas, todo lo cual puede afectar el desenlace obstétrico. El suicidio, o los intentos de suicidio, son infrecuentes en las gestantes deprimidas (6)

La depresión mayor durante el embarazo está asociada con diferentes factores de riesgo y, aunque constituye una causa frecuente de trastornos psiquiátricos y está bien identificada como un problema de salud, no está suficientemente bien diagnosticada y tratada y aún no se conoce con precisión su incidencia real. A esto puede contribuir que con frecuencia no se documentan adecuadamente los episodios depresivos y su intensidad. (7)

La Psicoprofilaxis obstétrica es un proceso educativo para la preparación integral de la gestante, donde el acompañante durante el parto juega un rol importante.

El Centro Materno Infantil de El Tambo, desarrolla a través de su personal Obstetra sesiones de Psicoprofilaxis obstétrica; sin embargo, la participación de las gestantes es pasiva, por lo que la investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión en gestantes del servicio de Psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo el año 2018.

Esta tesis está organizada en cuatro capítulos que describo a continuación: CAPITULO I: Problema. CAPITULO II: Marco Teórico. CAPITULO III: Metodología de la investigación. CAPITULO IV: Presentación de resultados, conclusiones, recomendaciones, referencia bibliográfica y anexos.



## CAPÍTULO I PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

La depresión es definida como una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Algunas investigaciones indican que el riesgo genético para la depresión es el resultado de la influencia de varios genes que actúan junto con factores ambientales y otros factores de riesgo. Sin embargo, la depresión también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de depresión. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas varían dependiendo de la persona y su enfermedad en particular. (1)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es considerada como una enfermedad muy frecuente a nivel mundial, la presentan 350 millones de personas. La depresión puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (2)

Según la OPS, en América Latina y el Caribe afecta al 5% de la población adulta. "Se trata de un trastorno que puede afectar a cualquier persona en algún momento de su vida, por lo que debe ser atendida y apoyada psicológica y socialmente", afirmó el Asesor Principal en Salud Mental de la OPS/OMS, Jorge Rodríguez. En un estudio que muestra cifras sobre salud mental y depresión reporta que entre 20% y 40% de las mujeres de los países en desarrollo sufren de depresión durante el embarazo o postparto. (3)

Según estadísticas del Instituto Nacional de Salud mental (INSM) Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, La depresión está presente en 2 de cada 3 suicidios. Las estadísticas del afecta a 1 700,000 personas de las cuales casi el 70% son mujeres. (4)

Flores (5), afirma que "De cada 20 personas mayores de 15 años, una se deprime al año; de cada 20 personas con un episodio de depresión, una intenta suicidarse; y de cada 20 intentos de suicidio, uno llega a consumarse". Según Flores, de los 1'700,000 pacientes con un cuadro depresivo que existen en el país, 365 mil están en Lima y de este total, el 65% no busca ayuda.

Por otro lado, La depresión de la embarazada puede traducirse en cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales, el deterioro del autocuidado que requiere la gravidez, la mala adherencia a las indicaciones médicas y el abuso de tabaco, alcohol y drogas, todo lo cual puede afectar el desenlace obstétrico. El suicidio, o los intentos de suicidio, son infrecuentes en las gestantes deprimidas. (6)

Actualmente se sabe que la depresión mayor durante el embarazo es tan frecuente o más que la observada después del parto. La

prevalencia de síntomas depresivos durante la gestación puede variar ampliamente -entre 2% y 51% (6, 7, 12-19)-, mayor en los dos últimos trimestres del embarazo; por su parte, Evans y colaboradores encontraron una prevalencia de 9,1% a las ocho semanas después del parto. (7)

La depresión mayor durante el embarazo está asociada con diferentes factores de riesgo y, aunque constituye una causa frecuente de trastornos psiquiátricos y está bien identificada como un problema de salud, no está suficientemente bien diagnosticada y tratada y aún no se conoce con precisión su incidencia real. A esto puede contribuir que con frecuencia no se documentan adecuadamente los episodios depresivos y su intensidad. Esta situación tiene un impacto negativo sobre la salud de la madre y el hijo, provoca una mayor carga social, clínica y económica, e impide diseñar e implementar intervenciones adecuadas para la prevención y el tratamiento oportunos de las complicaciones asociadas. (7)

De lo descrito se evidencia que la depresión es un grave problema de salud pública, que sumado al estado del embarazo constituye un riesgo grave para la salud de la mujer gestante y niño por nacer. Esto hace que nos preocupemos por investigar el nivel de depresión en gestantes de un importante establecimiento de salud de la Región centro de nuestro país.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es el nivel de depresión en gestantes del servicio de Psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general**

- Determinar el nivel de depresión en gestantes del servicio de Psicoprofilaxis obstétrica del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Describir las características demográficas de las gestantes del servicio de Psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018.
- Describir las características obstétricas de las gestantes del servicio de Psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018.
- Describir el nivel de depresión predominante según característica demográfica principales en gestantes del servicio de Psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018.
- Describir el nivel de depresión predominante según características obstétrica principales en gestantes del servicio de Psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018.

#### **1.4. Justificación e importancia**

La depresión está declarada como una enfermedad y problema salud pública, si se suma a esta enfermedad el estado del embarazo, esto constituye un riesgo grave para la salud de la mujer gestante y niño por nacer. Es por lo expuesto que como obstetras y preocupadas por la salud de la mujer embarazadas nos planteamos investigar el nivel de depresión en gestantes de un importante establecimiento de salud de la Región centro de nuestro país, Centro de Salud Materno Infantil “José Augurto Tello” de El Tambo, región Junín. Los resultados nos permiten dar a conocer la

situación de la salud mental a través de la depresión en un grupo representativo de esta región.

#### **1.5. Limitaciones de la investigación**

El presente trabajo de investigación estuvo limitado por el acceso a gestantes que fueron referidas al servicio de Psicología y abandonaron las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Materno Infantil “José Augurto Tello” de El Tambo.

## CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la investigación

#### Internacional

Flores (8), en su tesis denominada “Depresión Prenatal y su relación con bajo peso al nacimiento, en ginecología y obstetricia del Hospital Isidro Ayora, periodo 2014”. Planteo como **objetivo:** demostrar la relación que existe entre depresión prenatal como causa de recién nacidos con bajo peso al nacimiento, así también mostrar con qué frecuencia se presenta este trastorno, cual es el grado de depresión más frecuente, finalmente determinar el peso de los neonatos hijos de madres depresivas. **Metodología:** Es un estudio cuali-cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal; se incluyó 118 mujeres en periodo de gestación, en labor de parto a término, y sin diagnóstico de patología neurológica, hospitalizadas en el servicio de obstetricia del Hospital Isidro Ayora, los instrumento empleados fueron la “Escala de Depresión de Edimburgo”, además el “Inventario de Depresión de Beck” para la clasificación de la depresión en aquellas pacientes cuyo test de Edimburgo resultó positivo, además de una encuesta elaborada para obtención de datos filiación. Los datos antropométricos del neonato fueron tomados de la historia clínica perinatal. Como resultado se obtuvo que el 66,94% de pacientes presentaron depresión prenatal, de las cuales el 10.12% tuvieron hijos con peso bajo al nacimiento, con una media de 2325g, en comparación con un 7.69% en aquellas madres sin depresión, con una media de

peso de 2800gr. En relación al grado de depresión un 44.30% presentaron periodos intermitentes de depresión, el 20% presentaron leve perturbación del estado de ánimo y depresión moderada. Lo que nos permite concluir que en nuestro medio la depresión prenatal es frecuente e influye en el bajo peso al nacimiento.

Díaz y col (9), en su investigación titulada “Depresión y ansiedad en embarazadas”. Se plantearon como objetivo: analizar los niveles de depresión y ansiedad en embarazadas que acudieron a la consulta de perinatología y medicina materno-fetal de un Hospital Materno Infantil entre junio–agosto 2012. Metodología: Fue un estudio correlacional, transversal y no experimental, con una muestra de 236 embarazadas excluyendo aquellas con diagnóstico anterior de depresión o ansiedad, enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada, patologías de base: Diabetes mellitus tipo 1 y 2, diabetes gestacional, hipertensión arterial sistémica, hipertensión arterial inducida por el embarazo, enfermedades inmunológicas, cáncer, síndrome de Down e infecciones de transmisión sexual y pacientes con discapacidad, a quienes se aplicó los Test de Hamilton para la depresión y ansiedad. Los resultados encontrados fueron: El 56,4% pertenecen al estrato socioeconómico IV. 81% tenía una relación de pareja estable y 54,2% tenía un embarazo deseado, de las cuales 67,3% tuvo algún nivel de ansiedad y el 66,1% algún nivel de depresión. Las embarazadas con pareja inestable tienen un riesgo 8,5 veces mayor de presentar ansiedad y 6,5 veces mayor de presentar depresión, con respecto a las que tienen pareja estable. En mujeres con embarazo no deseado, el riesgo de presentar ansiedad fue 1,63 veces mayor que las que querían su gravidez y para la depresión el riesgo fue 1,66 veces mayor; sin embargo, este hallazgo no fue estadísticamente significativo. Conclusión: Se

concluye que hay elevados niveles de depresión y ansiedad en las embarazadas que tienen relación con tener una pareja inestable

Yac. (10) En su tesis titulada “Depresión en mujeres durante el embarazo (estudio realizado con mujeres comprendidas entre 17 a 21 años en el puesto de salud del municipio de cantel del departamento de Quetzaltenango)”. Tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión que llega a tener una madre durante el embarazo. Método. El estudio se realizó con 50 mujeres que estaban en el proceso de embarazo, quienes conformaran el 100% de la población. En este estudio lo conformaron mujeres casadas, madres solteras, de diferentes religiones, diferente nivel de estudios académicos, y de diferentes lugares del municipio de Cantel, Quetzaltenango en su mayoría eran mujeres indígenas no descartado la presencia de mujeres ladinas, así también hubo mujeres de diferente situación económica, y estaban comprendidas entre los 17 y 21 años de edad, que asistían al Centro de Salud antes mencionado. Se utilizó el inventario de depresión de Beck y la escala de depresión de calificación de rangos de IDB-II. Resultados. La hipótesis nula ha sido aceptada, debido a que se comprobó que a consecuencia del embarazo las mujeres comprendidas en las edades de 17 a 21 años no presentan depresión en la mayoría de casos del centro de salud del municipio de Cantel, departamento de Quetzaltenango. Se estableció que la depresión presenta síntomas característicos, que fueron expresados por algunas mujeres embarazadas, pero a pesar de presentar algunos síntomas, no tienen los suficientes para catalogarlas como personas depresivas mayores.

### **Nacional**

Suyón y col (11), En su tesis titulada “Nivel de depresión, en gestantes atendidas en un centro de salud de la ciudad de

Chiclayo, julio – agosto, 2016”. esta investigación tuvo como **objetivo** determinar el nivel de depresión en gestantes atendidas en un centro de salud, trabajándose con 100 gestantes de edades de 15 a 37 años de edad, con un periodo de gestación del primero al octavo mes de con diverso estado civil (solteras, convivientes y casadas) atendidas en un centro de salud de Chiclayo en julio – agosto de 2016. **Metodología:** Se aplicó el inventario de depresión de Beck (0,76 – 0,95 alfa de cronbach), aplicándose estrategias para salvaguardar la ética y el rigor científico. **Resultados:** se encontró que la mayoría de las gestantes (58%) no presenta depresión, con respecto al estado civil son las gestantes solteras que presenta depresión severa (4.7%), depresión moderada (52.38%) según su edad las gestantes de 15 a 22 años presentan depresión severa (16%) y moderada (24%) en función al trimestre de gestación en su primer y tercer trimestre tienen depresión severa (16% y 11% respectivamente), depresión moderada (19.35% y 20.59%) en el primer y tercer trimestre. Estos resultados en general revelan que el 19% de gestantes presentan depresión, moderada, y un 12% presenta depresión severa, y un 11% depresión leve, por ello se requiere realizar con los gestantes talleres de prevención contra la depresión durante sus controles prenatales fortaleciendo la confianza en sí mismas y preparándolas para la llegada de su bebé para que no lleguen al final de su embarazo ansiosas y nerviosas.

Ventocilla (12) En su tesis titulada “Depresión en madres gestantes de la Micro Red Juliaca – Centro de Salud Revolución – 2014”, planteo como **objetivo** describir los niveles de depresión que presentan las madres gestantes de la Micro Red Juliaca – Centro de Salud La Revolución. **Metodología:** El diseño muestral es no probabilístico utilizando criterios de inclusión y exclusión, la muestra estuvo conformada por 72 madres gestantes entre las

edades de 16 a 28 años, que acudieron a atenderse en la Micro red de Salud. El diseño de la investigación es no experimental de corte transversal, para el recojo de la información se aplicó la Escala de depresión de Hamilton que consta de 17 ítems, y consta de tres dimensiones (melancolía, ansiedad y sueño). **Los resultados** indican que la mayoría de madres gestantes presentan un nivel de depresión ligera (55.6%), seguido del nivel de no depresión (22.2%) y depresión moderada y grave con 15.3% y 6.9% respectivamente; en la dimensión de sueño, el 41.7% de las madres presentan depresión grave.

**Mercado y Paccori (13)**, En su tesis denominada “Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal”. Planteo el objetivo: Analizar los factores asociados a la depresión en gestantes. **Diseño:** Casos y controles, corte transversal, retrospectivo. **Lugar:** Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima Perú. **Métodos:** Se aplicó en 226 gestantes (113 deprimidas (casos) y controles 113 no deprimidas (controles) el test de Edimburgo, y el formulario de factores asociados a la depresión en el embarazo; con una alfa de Cronbach =0.807. **Resultados:** Se encontró factores de riesgo con asociación significativa tales como: violencia psicológica en la niñez (OR=1.9 IC 95% 1.1-3.4), violencia psicológica en la adolescencia (OR=2.2 IC 95% 1.2-3.8), antecedente de episodio depresivo (OR=3.7 IC 95% 2.0-7.0), relación regular con la familia (OR=2.8 IC 95% 1.4-5.5), relación regular con la pareja (OR=2.3 IC 95% 1.2-4.3) y violencia psicológica por la pareja (OR=2.6 IC 95% 1.4-4.8). También se halló factores protectores con asociación significativa: buena relación con la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.6), apoyo emocional de la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.4), buena relación con la pareja (OR=0.3 IC 95% 0.2-0.6), apoyo emocional de la pareja (OR=0.4 IC 95% 0.1-0.9) y embarazo deseado por la pareja (OR=0.3 IC 95%

0.1-0.7). Además, el modelo multivariado encontró que presentar el antecedente de episodio depresivo (OR ajustado=3.4 IC 95% 1.7-6.7), violencia psicológica por la pareja (OR ajustado=2.03 IC 95% 1.01-3.9) y ausencia de embarazo deseado por la pareja (OR ajustado=3.6 IC 95% 1.2-10.57), predicen el 67.3% del problema.

**Conclusiones:** Los factores psicológicos personales, familiares y de pareja están asociados significativamente al desarrollo de la depresión en el embarazo.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Depresión**

#### **2.2.1.1. Definición**

A veces las personas nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar. (14)

Muchas personas con una enfermedad depresiva nunca buscan tratamiento. Pero la gran mayoría, incluso aquellas con los casos más graves de depresión, pueden mejorar con tratamiento. Intensas investigaciones de la enfermedad han resultado en el desarrollo de medicamentos, psicoterapias, y otros métodos para tratar a las personas con este trastorno incapacitante. (14)

#### **2.2.1.2. Tipos de depresión**

**El trastorno depresivo grave.** Se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida. (14)

**El trastorno distímico,** Llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. (14)

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión.

Estas incluyen:

- **Depresión psicótica.** Ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.
- **Depresión posparto.** Se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un

episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz. (15)

**El trastorno afectivo estacional.** Se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano. El trastorno afectivo estacional puede tratarse eficazmente con terapia de luz, pero aproximadamente el 50% de las personas con trastorno afectivo estacional no responden solamente a la terapia de luz. Los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia pueden reducir los síntomas del trastorno afectivo estacional, ya sea de forma independiente o combinados con la terapia de luz. (14)

#### **2.2.1.3. Síntomas de la depresión (14)**

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío
- Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo
- Sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia
- Irritabilidad, inquietud
- Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales
- Fatiga y falta de energía
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones

- Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado
- Comer excesivamente o perder el apetito
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio
- Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento.

#### **2.2.1.4. Detección y tratamiento. (14)**

La depresión, aun en los casos más graves, es un trastorno altamente tratable. Mientras más pronto pueda comenzar el tratamiento, más efectivo es y las probabilidades de prevenir una repetición son mayores.

El primer paso para obtener el tratamiento adecuado es visitar a un médico. Ciertos medicamentos y condiciones médicas, tales como virus o trastornos de tiroides, pueden provocar los mismos síntomas que la depresión. Un médico puede descartar estas posibilidades por medio de un examen físico, una entrevista, y pruebas de laboratorio.

Si el médico puede descartar a una condición médica como la causa, él o ella debe llevar a cabo una evaluación psicológica o referir al paciente a un profesional de la salud mental.

El médico o profesional de la salud mental llevará a cabo una evaluación diagnóstica completa. Él o ella debe conversar con el paciente sobre cualquier antecedente familiar de depresión y obtener todos

los antecedentes de los síntomas, por ejemplo, cuándo comenzaron, cuánto han durado, su gravedad, y si ocurrieron antes, y si los síntomas ocurrieron antes, cómo fueron tratados. Él o ella también debe preguntar si el paciente consume alcohol o drogas y si ha tenido pensamientos suicidas o de muerte.

Una vez diagnosticada, una persona con depresión puede ser tratada con varios métodos. Los tratamientos más comunes son la medicación y la psicoterapia.

#### Medicamentos (14)

Los antidepresivos normalizan las sustancias químicas naturales del cerebro llamadas neurotransmisores, principalmente la serotonina y la norepinefrina. Otros antidepresivos normalizan el neurotransmisor dopamina. Los científicos que estudian la depresión han descubierto que estas sustancias químicas en particular participan en la regulación de los estados de ánimo, pero no están seguros de cómo exactamente funcionan.

## **2.2.2. Embarazo**

### **2.2.2.1. Definición**

El embarazo es el proceso de desarrollo del óvulo fecundado, que se localiza en los genitales femeninos. Se inicia con la concepción o fecundación y termina con el parto. El primer signo es, generalmente, la falta del sangrado menstrual, aunque esta falta puede obedecer a muchas otras

causas. Seguidamente las mamas se endurecen, se vuelven dolorosas y los pezones se tornan de color más oscuro. También se presenta una necesidad más frecuente de orinar. Los mareos, las náuseas y vómitos pueden orientar a establecer el diagnóstico, pero son signos que admiten diversas interpretaciones y, al igual que los antojos, los cambios de carácter, el rechazo a ciertos olores o la salivación abundante, se presentan también en muy diferentes situaciones patológicas. El método de diagnóstico más seguro consiste en practicar una exploración ginecológica interna y externa. En cualquier caso, se puede recurrir al análisis de orina para detección de embarazo, que es una prueba más confiable. Cuando la prueba es positiva puede afirmarse que existe el embarazo con un margen de error ínfimo. Pero incluso cuando la prueba es negativa, puede existir embarazo, por eso conviene repetir el análisis transcurridas dos semanas. De acuerdo con expertos, la mejor edad para que una mujer se embarace es entre los 20 y los 35 años, y el tiempo transcurrido entre el nacimiento de cada hijo debe ser de por lo menos dos años. Antes de los 20 años no es recomendable el embarazo porque el cuerpo en general puede no alcanzar todavía su madurez biológica y, sobre todo, porque la gran mayoría de los jóvenes no han acabado de madurar emocionalmente o simplemente continúan estudiando o tienen otras cosas que consideran más importantes que hacer. Asimismo, no se recomienda un embarazo posterior a los 35 años porque se ha comprobado que un número importante de

malformaciones ocurren en hijos de madres de esa edad o mayores. (16)

### **2.2.3. Depresión durante el embarazo**

El cuadro clínico de la depresión del embarazo es similar al que se presenta en los episodios depresivos en otras épocas de la vida. Además de los síntomas cardinales de la depresión como el desánimo, el desinterés por las actividades que antes resultaban atractivas, el deterioro en la autoestima, la labilidad emocional suele presentarse síntomas como angustia, irritabilidad y desconcentración. (6) Puede haber rechazo, rabia o ambivalencia en relación al embarazo, sobre todo si este no es planificado. Asimismo, la mujer puede experimentar angustia por la responsabilidad que significa asumir el rol de madre o sentirse culpable por creer que no está contribuyendo al bienestar de su bebé.

Es fundamental diagnosticar los episodios de depresión mayor. En este sentido, cobra particular importancia la persistencia del desánimo como requisito diagnóstico. En efecto, según la definición de la Asociación Americana de Psiquiatría, para diagnosticar una depresión mayor se requiere, entre otras características clínicas, que el desánimo se prolongue por al menos dos semanas (17)

### **2.3. Identificación de variables**

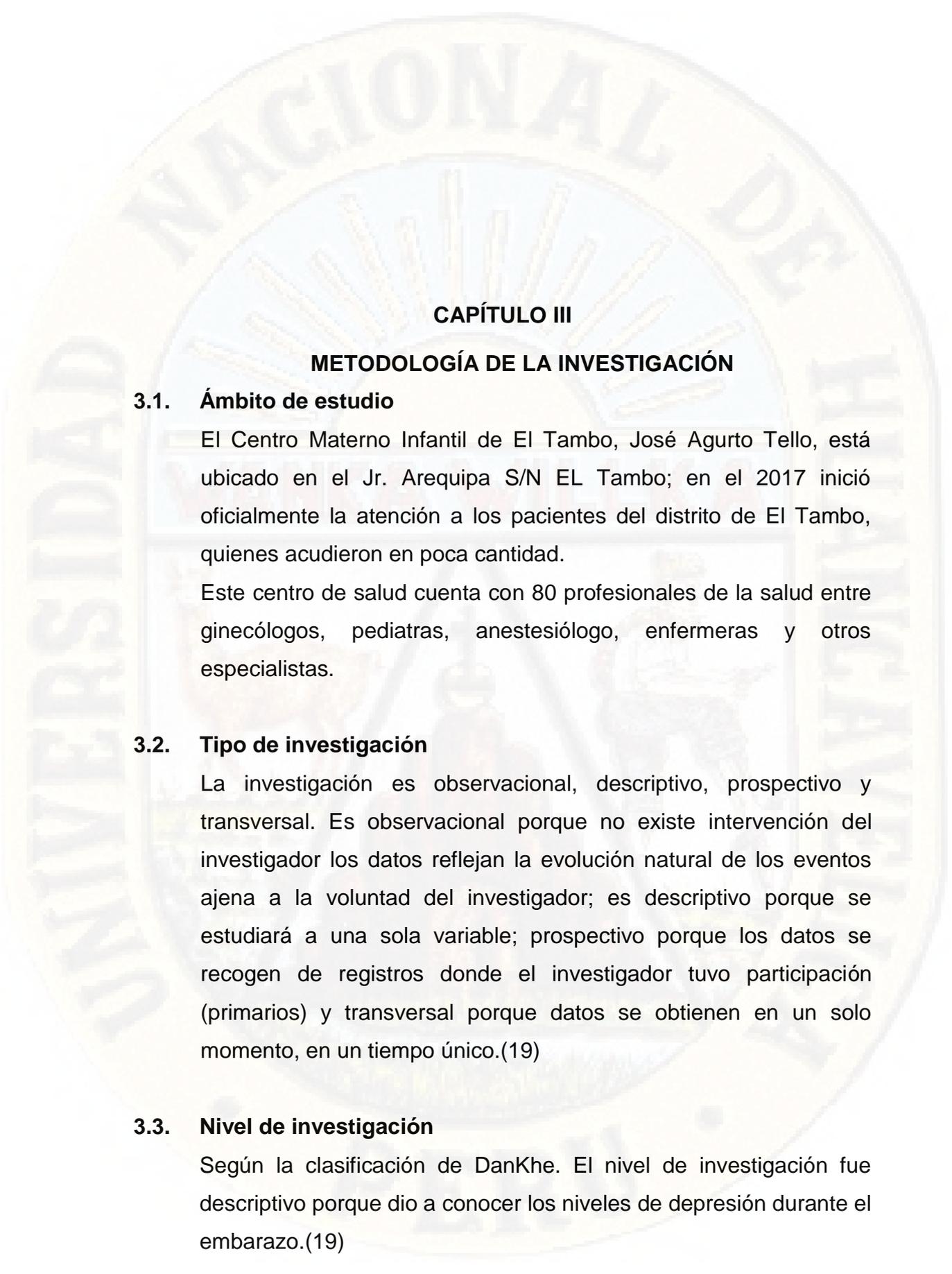
**Univariable:** Depresión en gestantes.

### Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Depresión en gestantes	Es un trastorno depresivo, interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por ella.	Evaluación del trastorno depresivo en la gestante que atiende sesiones de psicoprofilaxis obstétrica	No deprimido de: 0 a 7 Depresión ligera de: 8 a 13 Depresión moderada de: 14 a 18 Depresión severa de: 19 a 22 Depresión muy severa: Mayor a 23	Humor depresivo Sentimientos de culpa Suicidio Insomnio precoz Insomnio intermedio Trabajo y actividades Inhibición psicopmatora Ansiedad psíquica Ansiedad somática Síntomas somáticos gástricos e intestinales Síntomas somáticos generales Síntomas genitales Hipocondría Pérdida de peso Introspección

#### 2.4. Definición de términos

- **Depresión.-** Es considerada una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.
- **Embarazo.-** Proceso de desarrollo del óvulo fecundado, que se localiza en los genitales femeninos. Se inicia con la concepción o fecundación y termina con el parto.
- **Psicoprofilaxis obstétrica.-** Proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebe y su entorno familiar. (18)



## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. **Ámbito de estudio**

El Centro Materno Infantil de El Tambo, José Agurto Tello, está ubicado en el Jr. Arequipa S/N EL Tambo; en el 2017 inició oficialmente la atención a los pacientes del distrito de El Tambo, quienes acudieron en poca cantidad.

Este centro de salud cuenta con 80 profesionales de la salud entre ginecólogos, pediatras, anestesiólogo, enfermeras y otros especialistas.

#### 3.2. **Tipo de investigación**

La investigación es observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. Es observacional porque no existe intervención del investigador los datos reflejan la evolución natural de los eventos ajena a la voluntad del investigador; es descriptivo porque se estudiará a una sola variable; prospectivo porque los datos se recogen de registros donde el investigador tuvo participación (primarios) y transversal porque datos se obtienen en un solo momento, en un tiempo único.(19)

#### 3.3. **Nivel de investigación**

Según la clasificación de DanKhe. El nivel de investigación fue descriptivo porque dio a conocer los niveles de depresión durante el embarazo.(19)

#### **3.4. Métodos de investigación**

Los métodos aplicados fueron el inductivo y el observacional; el inductivo porque los investigadores parten de hechos particulares o concreto para llegar a conclusiones generales. Este método se utiliza principalmente en las ciencias fáctica (naturales o sociales) y se fundamenta en la experiencia.(20).

Observacional porque no existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador.(19)

#### **3.5. Diseño de investigación**

El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple por que se trabajó sobre realidades de hecho y su característica fundamental es de representar una interpretación correcta del fenómeno. Se fundamentó en conocer los fundamentos que debe tener un plan de creación. Representada:

M                      O

Donde:

M: Gestantes del servicio de psicoprofilaxis obstétrica

O: nivel de depresión

#### **3.6. Población, muestra y muestreo**

**3.6.1. Población;** estuvo conformado por 62 gestantes que acudieron al servicio de psicoprofilaxis obstétrica durante los meses de setiembre a diciembre de 2018.

**3.6.2. Muestra;** estuvo conformada por todas las gestantes que asistieron al servicio de psicoprofilaxis obstétrica durante los meses de setiembre a diciembre de 2018, además de cumplir con los requisitos de selección:

**Criterios de Inclusión;**

- Gestantes con mayor a 13 semanas de gestación.
- Que desee participar del estudio

**Criterios de Inclusión;**

- Gestantes con retardo mental

**3.6.3. Muestreo,** No requiere muestreo porque se trabajó con la totalidad de la población.

**3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

**3.7.1. Técnica:** Se aplicó la entrevista; porque se intercambió el mensaje a través del investigador e investigado.

**3.7.2. Instrumentos:** Se utilizó la escala de Hamilton Si bien su versión original constaba de 21 ítems. (21) Posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems (22), que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva (23). Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios. (23-25) Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE (26), guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte: No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión

moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23.

### **3.8. Procedimiento de recolección de datos**

- Se solicitó la autorización al Jefe del Centro Materno Infantil de El Tambo para acceder al registro de las usuarias que desarrollaban la psicoprofilaxis obstétrica.
- Se aplicó la escala a cada una de las gestantes por parte de un investigador de campo.
- Finalizada la colecta de información, las escalas se ordenaron, enumeraron y se codificaron, luego se ingresó la información a la base de datos del paquete estadístico Excel, posteriormente se exportó los datos a la base de datos del paquete estadístico SPSS Versión 22, y finalmente se presentó os resultados en tablas y gráficos para la mejor presentación e interpretación.

### **3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

Los datos se ordenaron y clasificaron según el comportamiento de las variables; luego se procedió a elabora la base de datos en el programa Spss 22.0 para Windows.

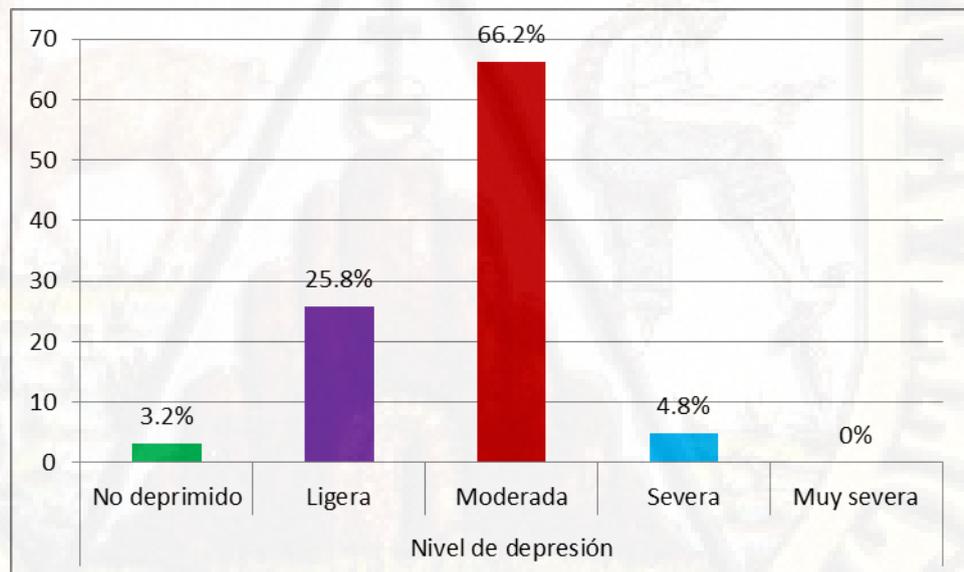
Los datos fueron presentados en tablas y gráficos de frecuencias hallados a través de la aplicación de la estadística descriptiva.

## CAPÍTULO IV RESULTADOS

### 4.1. Presentación e interpretación de resultados

Los resultados que a continuación se presentan permitirán representar lo encontrado para responder a cada uno de los objetivos planteados en la investigación.

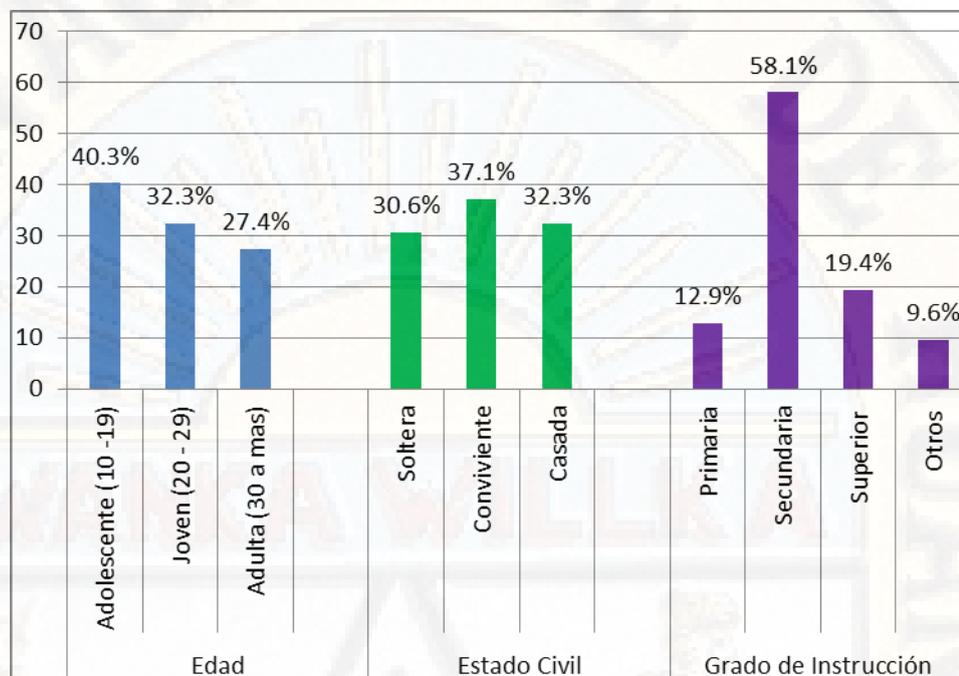
**Gráfico 1: Nivel de depresión en gestantes del servicio de psicoprofilaxis obstétrica del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018.**



**FUENTE:** Elaboración propia. Escala de Hamilton aplicado a gestantes del servicio de Psicoprofilaxis obstétrica del Centro Materno Infantil de El Tambo.

En el gráfico N°01: Se puede observar que del total 100% (62), que el 66,2% (41) tiene depresión moderada, 25,8% (16) depresión ligera, 4,8% (3) depresión severa y 3,2% (2) no deprimida. Ninguna depresión muy severa.

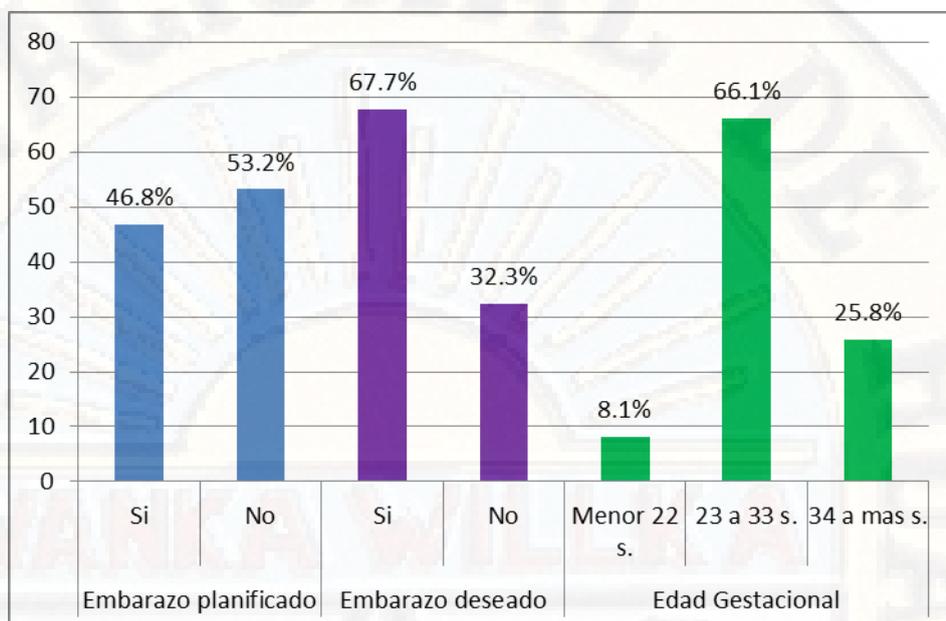
**Gráfico N° 2: Características demográficas de las gestantes del servicio de psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018.**



**FUENTE:** Elaboración propia. Escala de Hamilton aplicado a gestantes del servicio de Psicoprofilaxis obstétrica del Centro Materno Infantil de El Tambo.

En el gráfico N°02: Se puede observar respecto a las características demográficas que del 100% (62); respecto a la edad el 40,3% (25) son adolescentes, 32,3% (29) jóvenes y 27,4% (17) adultas. Respecto al estado civil son; convivientes el 37,1%(23), casadas 32,3% (20) y solteras 30,6% (19). Referente al grado de instrucción, 58,1% (36) son de nivel secundaria, 19,4% (12) superior, 12,9% (8) primaria y 9,6% (6) otros.

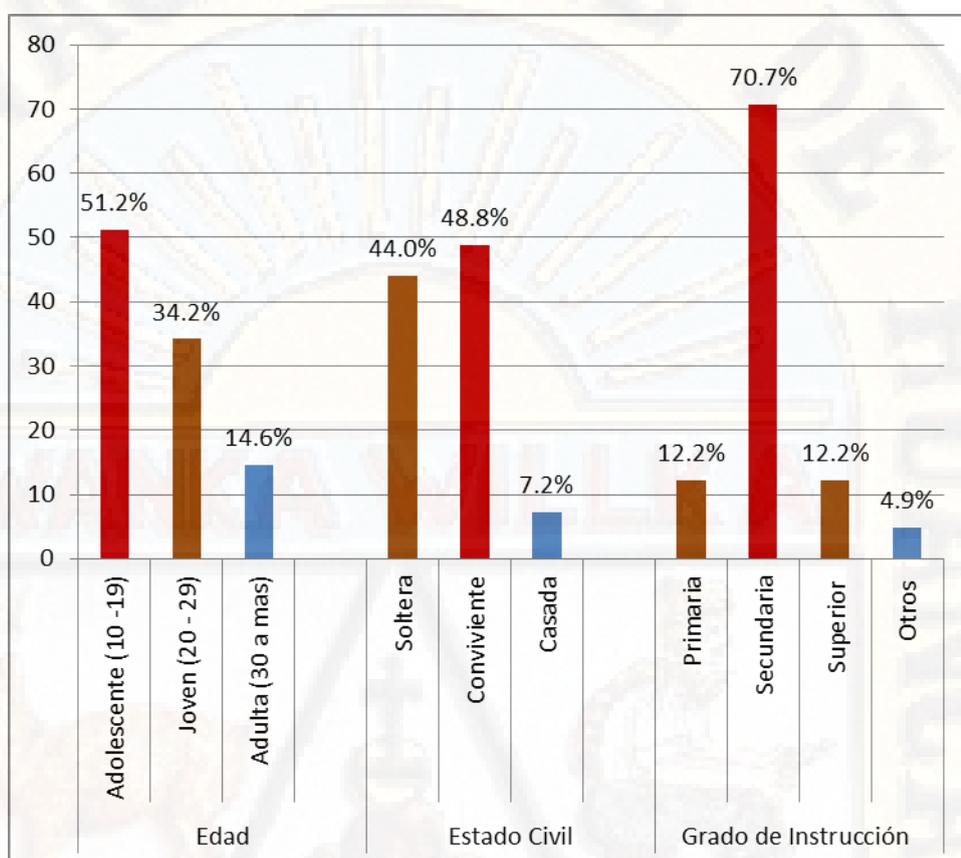
**Gráfico N° 3. Características obstétricas de las gestantes del servicio de psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018.**



**FUENTE:** Elaboración propia. Escala de Hamilton aplicado a gestantes del servicio de Psicoprofilaxis obstétrica del Centro Materno Infantil de El Tambo.

En el gráfico N° 03: Se puede observar respecto a las características obstétricas que del 100% (62); son embarazos planificados el 46,8% (29) y no planificados 53,2% (33). Son embarazos deseados 67,7% (42) y no deseados 32,3% (20). Sus edades gestacionales son menor de 22 semanas 8,1% (5), 66,1% (41) de 23 a 33 semanas y 25,8% (16) de 34 semanas a más.

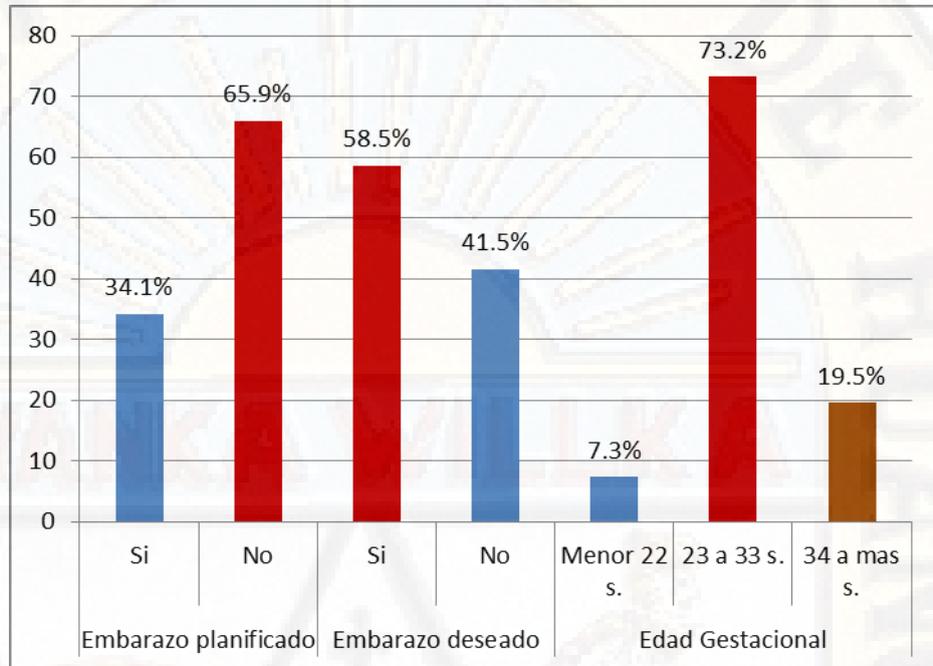
**Gráfico N° 4. Nivel de depresión predominante según característica demográfica principal en gestantes del servicio de psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018.**



**FUENTE:** Elaboración propia. Escala de Hamilton aplicado a gestantes del servicio de Psicoprofilaxis obstétrica del Centro Materno Infantil de El Tambo.

En el gráfico N° 04: Se puede observar que del total 100% (41) gestantes con depresión de nivel moderado; el 51,2% (21) son adolescentes, 34,2% (14) jóvenes y el 14,6% (6) adultas. 48,8% (20) son convivientes, 44,0% (18) solteras y 7,2% (3) casadas. El 70,7% (29) son de nivel secundaria, 12,2% (5) primaria, 12,2% (5) superior y 4,9% (2) otros.

**Gráfico N° 5. Nivel de depresión predominante según características obstétrica principal en gestantes del servicio de psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018.**



**FUENTE:** Elaboración propia. Escala de Hamilton aplicado a gestantes del servicio de Psicoprofilaxis obstétrica del Centro Materno Infantil de El Tambo.

En el gráfico N° 05: Se puede observar que del total 100% (41) gestantes con depresión de nivel moderado; el 65,9% (27) son embarazos no planificados y el 34,1% (14) sí son planificados. El 58,5% (24) son embarazos no deseados y el 41,5% (17) son deseados. Respecto a la edad gestacional, 73,2% (30) son de 23 a 33 semanas, 19,5% (8) de 34 a más semanas y 7,3% (3) menores de 22 semanas.

## Discusión

La presente investigación encuentra que el nivel de depresión en gestantes del servicio de Psicoprofilaxis obstétrica del Centro Materno Infantil de El Tambo, del total 100%, el 66,2% tiene depresión moderada, 25,8% depresión ligera, 4,8% depresión severa, 3,2% no deprimida y 0,0% depresión muy severa. Este resultado coincide con lo reportado por Flores (8) en su investigación el 66,94% de pacientes presentaron depresión prenatal, también con la investigación de Díaz y col. (9) encontró en su investigación que el 66,1% de las gestantes presentaron algún nivel de depresión. Sin embargo los resultados difieren con lo hallado por Suyón y col. (11), ellos reportaron que la mayoría de las gestantes (58%) no presenta depresión, lo mismo sucedió con Ventocilla (12) indican que la mayoría de madres gestantes presentan un nivel de depresión ligera (55.6%), seguido del nivel de no depresión (22.2%) y depresión moderada y grave con 15.3% y 6.9% respectivamente. Estas similitudes y diferencias se entienden que se deben a que las investigaciones se realizaron en contextos y poblaciones diferentes, además que se utilizaron escalas diferentes para medir el nivel de depresión.

Las características demográficas de las gestantes del servicio de Psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo, respecto a la edad el 40,3% son adolescentes, 32,3% jóvenes y 27,4% adultas. Respecto al estado civil son; convivientes el 37,1%, casadas 32,3% y solteras 30,6%. Referente al grado de instrucción, 58,1% son de nivel secundaria, 19,4% superior, 12,9% primaria y 9,6% otros. Las características con mayor porcentaje son consideradas de riesgo en los casos presentes en varias patologías obstétricas.

Las características obstétricas de las gestantes encontradas fueron; embarazos planificados el 46,8% y no planificados 53,2%.

Son embarazos deseados 67,7% y no deseados 32,3%. Sus edades gestacionales el 8,1% son menor de 22 semanas, 66,1% de 23 a 33 semanas y 25,8% de 34 semanas a más.

En esta investigación se halló que el nivel de depresión predominante fue moderado con 41 gestantes, las que presentaron las siguientes características demográficas; el 51,2% son adolescentes, 34,2% jóvenes y el 14,6% adultas. 48,8% son convivientes, 44,0% solteras y 7,2% casadas. El 70,7% son de nivel secundaria, 12,2% primaria, 12,2% superior y 4,9% otros. Estos resultados se relacionan con lo reportado por Diaz M y col. (9) Las embarazadas con pareja inestable tienen un riesgo de 6,5 veces mayor de presentar depresión, también con lo hallado por Suyón y col. (11) con respecto al estado civil son las gestantes solteras que presenta depresión moderada (52.38%), y según su edad las gestantes de 15 a 22 años presentan depresión moderada (24%).

Esta investigación reporta que el nivel de depresión predominante fue moderado con 41 gestantes, tuvieron las siguientes características obstétricas; el 65,9% son embarazos no planificados y el 34,1% sí son planificados. El 58,5% son embarazos no deseados y el 41,5% son deseados. Respecto a la edad gestacional, 73,2% son de 23 a 33 semanas, 19,5% de 34 a más semanas y 7,3% son menores de 22 semanas. Datos que se contrasta con los hallados por Diaz M y col. (9). En mujeres con embarazo no deseado, el riesgo de presentar depresión fue 1,66 veces mayor, finalmente también lo contrastamos con la investigación de Suyón y col. (11) en función al trimestre de gestación en su primer y tercer trimestre tienen depresión severa (16% y 11% respectivamente), depresión moderada (19.35% y 20.59%) en el primer y tercer trimestre.

Los resultados nos muestran claramente que la depresión de nivel moderado está presente en las gestantes adolescentes, de estado civil conviviente, de embarazos no planificados y embarazos no deseados.



## CONCLUSIONES

- El nivel de depresión en gestantes del servicio de Psicoprofilaxis obstétrica del Centro Materno Infantil de El Tambo, del total 100%, el 66,2% tiene depresión moderada, 25,8% depresión ligera, 4,8% depresión severa, 3,2% no deprimida y 0,0% depresión muy severa.
- Las características demográficas de las gestantes del servicio de Psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo, respecto a la edad el 40,3% son adolescentes, 32,3% jóvenes y 27,4% adultas. Respecto al estado civil son; convivientes el 37,1%, casadas 32,3% y solteras 30,6%. Referente al grado de instrucción, 58,1% son de nivel secundaria, 19,4% superior, 12,9% primaria y 9,6% otros.
- Las características obstétricas de las gestantes del servicio de Psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo, son embarazos planificados el 46,8% y no planificados 53,2%. Son embarazos deseados 67,7% y no deseados 32,3%. Sus edades gestacionales son menor de 22 semanas 8,1%, 66,1% de 23 a 33 semanas y 25,8% de 34 semanas a más.
- Las características demográficas de las gestantes con depresión moderada fueron; el 51,2% son adolescentes, 48,8% son convivientes y 70,7% son de nivel secundaria.
- Las características obstétricas de las gestantes con depresión moderada fueron; el 65,9% son embarazos no planificados y el 34,1% sí son planificados. El 58,5% son embarazos no deseados y el 41,5% son deseados. La edad gestacional es que el 73,2% son de 23 a 33 semanas, 19,5% de 34 a más semanas y 7,3% son menores de 22 semanas.

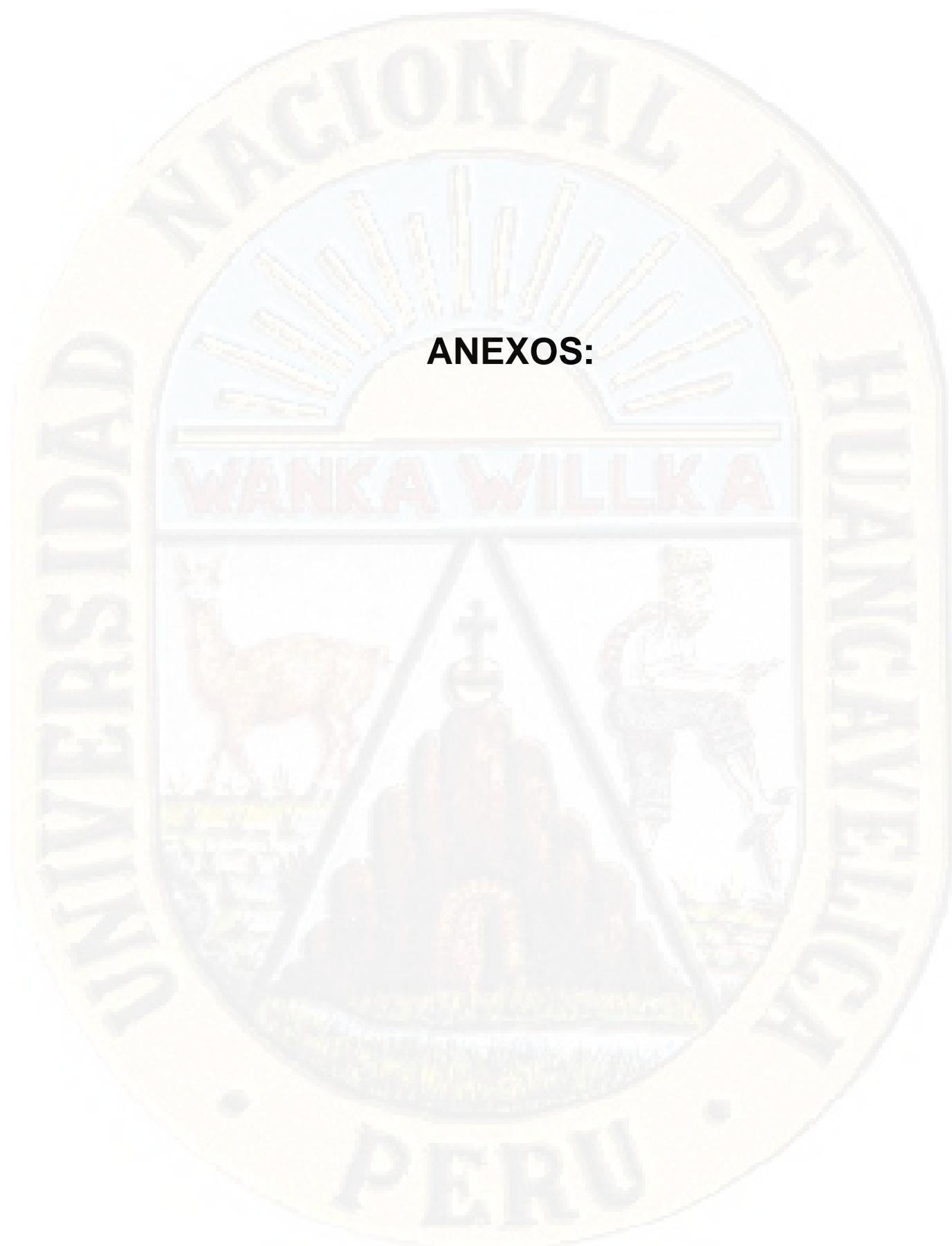
## RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Jefe del establecimiento de salud, implementar estrategias de intervención y trabajo en equipo con todo su personal, lo que pueda mejorar el nivel de depresión encontrado en las gestantes como resultado de esta investigación.
- Se recomienda al personal de salud del servicio de Obstetricia, en especial a la responsable del programa de Psicoprofilaxis, asumir acciones inmediatas y medidas que permitan la referencia pertinente y el seguimiento de las gestantes con depresión moderada.
- Se recomienda a la responsable del programa de Psicoprofilaxis, coordinar estrategias de intervención inmediata con el programa de salud mental, sobre todo para las gestantes con depresión moderada.
- Se recomienda a los estudiantes del programa de segunda especialidad, realizar estudios sobre la variable de investigación en periodos de tiempo mayor al de esta investigación también realizar investigaciones aplicadas.

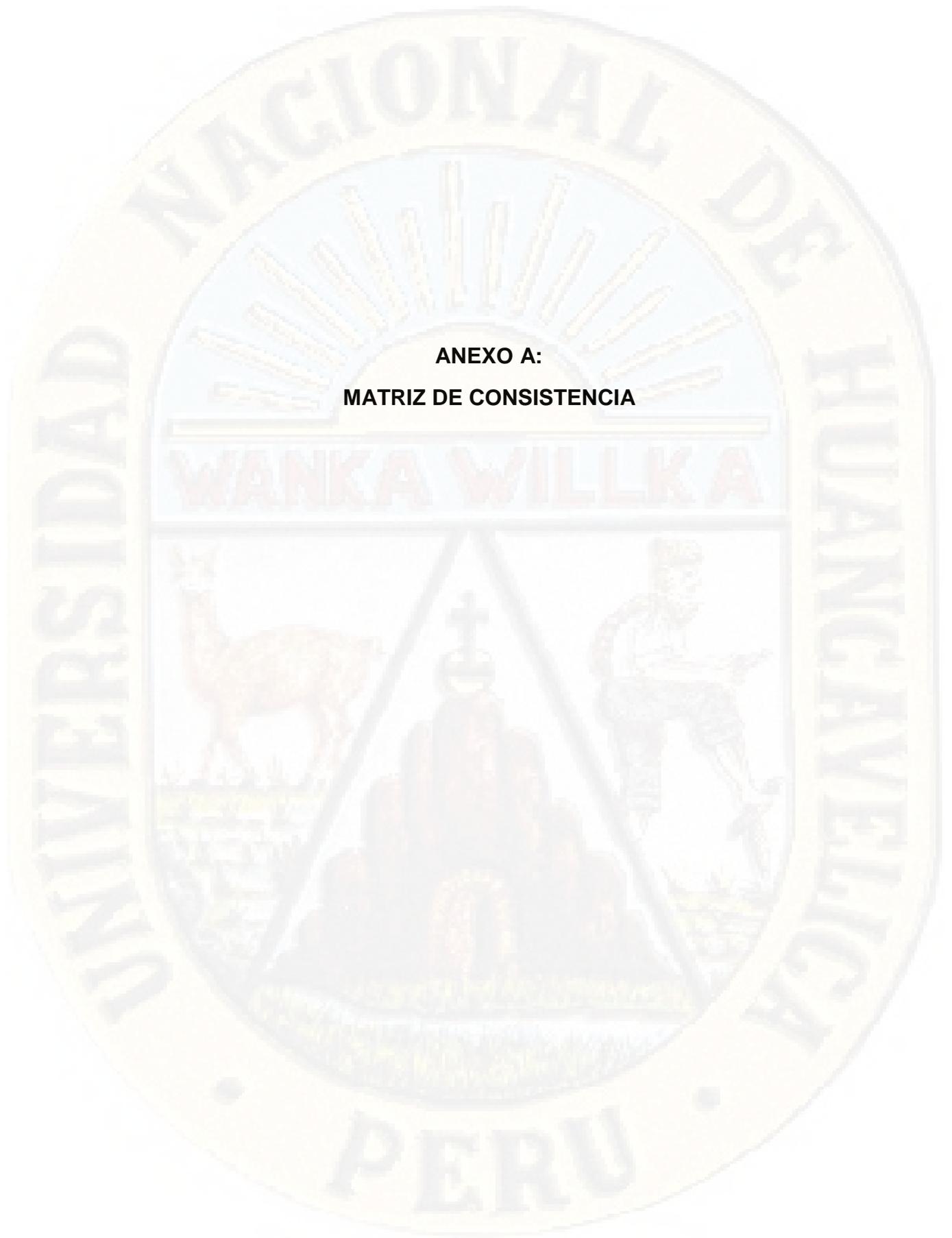
## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organization WH. Depresión y suicidio. Revisado 10 de julio de 2018.
2. Organization WH. Depresión. Revisado 2018.
3. salud OPdl. Depresión y suicidio. Revisado en junio de 2018.
4. Noguchi INdSMHD-H. Depresión. Revisado junio de 2018.
5. Flores Mandujano L. Informe de Depresión. Revisado, junio de 2018.
6. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2010;48(4):269-78.
7. Luna Matos ML, Salinas Piélagos J, Luna Figueroa A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Revista Panamericana de salud pública. 2009;26:310-4.
8. Flores J, Ivanova T. Depresión prenatal y su relación con bajo peso al nacimiento, en ginecología y obstetricia del Hospital Isidro Ayora, periodo 2014 2015.
9. Diaz M, Amato R, Chávez JG, Ramirez M, Rangel S, Rivera L, et al. Depresión y ansiedad en embarazadas. Salus. 2013;17(2):32-40.
10. Yac C, Willy C. Depresión en mujeres durante el embarazo: estudio realizado con mujeres comprendidas entre 17 y 21 años en el puesto de salud del Municipio de Cantel del Departamento de Quetzaltenango. Universidad Rafael Landívar. 2013.
11. Suyon A, Natali M, Vela M, Edvith AP. Nivel de depresión, en gestantes atendidas en un centro de salud de la ciudad de Chiclayo, Julio–Agosto, 2016. 2017.
12. Ventocilla Lipa V. Depresión en madres gestantes de la Micro Red Juliaca–Centro de Salud Revolución–2014. 2015.
13. Paccori L, Mercado H. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. Licenciatura Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2012.
14. Mental INdS. Depresión. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. 2009.

15. Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *The Journal of clinical psychiatry*. 1998.
16. Williams JW, Cunningham FG, Gant NF. *Williams obstetricia: Médica Panamericana*; 2004.
17. SHAPSE SN. *THE DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS* i. 2008.
18. Salud Md. *Guia Tecnica de Psicoprofilaxis Obstetrica y Estimulacion Prenatal*. 2012.
19. SUPO J. *Metodologia de la Investigacion Cientifica*. Peru: Mac Graw Hill; 2012.
20. SAMPIERI RH. *Metodologia de la Investigacion*. Mexico: Mac Graw Hill; 2014.
21. Hamilton M. A rating scale for depression *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23: 56–62. View Article. 1960.
22. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *British journal of social and clinical psychology*. 1967;6(4):278-96.
23. Ramos-Brieva J. Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr*. 1986;14:324-34.
24. Ramos-Brieva J, Cordero-Villafafila A. A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of Psychiatric Research*. 1988;22(1):21-8.
25. Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N, et al. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Medicina clinica*. 2003;120(18):693-700.
26. Depression N. *Management of depression in primary and secondary care*. London: National Collaborating Centre for Mental Health and The Royal College of Psychiatrists' Research Unit ed National Clinical Practice Guideline. 2004.



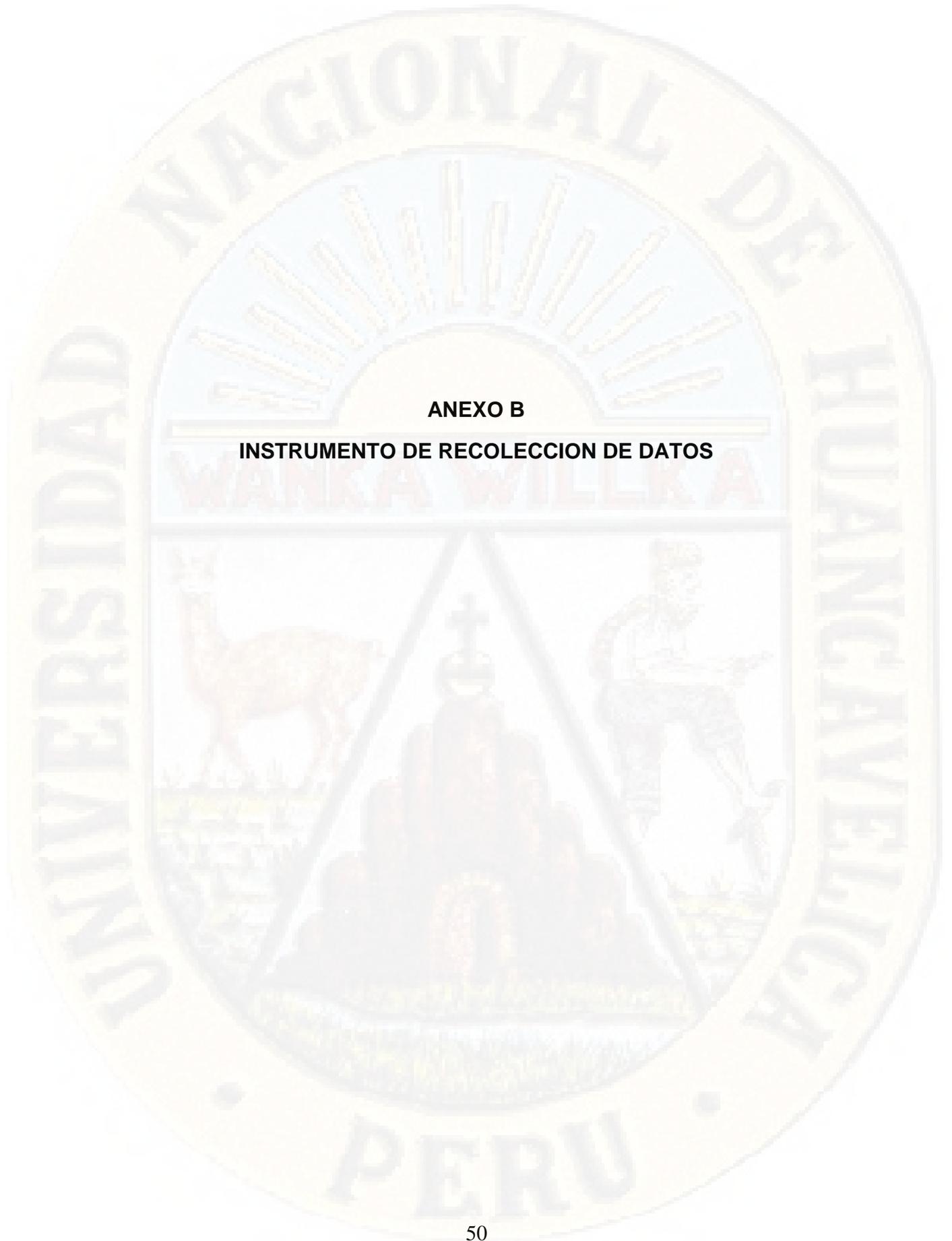
**ANEXOS:**



**ANEXO A:  
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TITULO: DEPRESION EN GESTANTES DEL SERVICIO DE PSICOPROFILAXIS DEL CENTRO MATERNO INFANTIL DEL TAMBO, 2018**

Formulación del problema	Objetivos	Metodología de investigación
<p>¿Cuál es el nivel de depresión en gestantes del servicio de Psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018?</p>	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar el nivel de depresión en gestantes del servicio de Psicoprofilaxis obstétrica del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Describir las características demográficas de las gestantes del servicio de Psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018.</li> <li>- Describir las características obstétricas de las gestantes del servicio de Psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018.</li> <li>- Describir el nivel de depresión predominante según característica demográfica principal en gestantes del servicio de Psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018.</li> <li>- Describir el nivel de depresión predominante según características obstétrica principal en gestantes del servicio de Psicoprofilaxis del Centro Materno Infantil de El Tambo, 2018.</li> </ul>	<p>El estudio corresponde a un diseño descriptivo simple, toda vez que se trabaja sobre realidades de hecho y su característica fundamental es la de representar una interpretación correcta del fenómeno. Se fundamenta en conocer los fundamentos que debe tener un plan de creación. Se representa:</p> <p align="center">M                      O</p> <p>Donde:</p> <p>M: gestantes del servicio de psicoprofilaxis obstétrica O: Nivel de depresión</p> <p><b>Población.-</b> Estará constituido por todas las gestantes que acuden al servicio de psicoprofilaxis obstétrica del Hospital Materno Infantil del Tambo atendidos durante el 2018.</p> <p><b>Muestra.-</b> Estará conformada por 62 usuarias que asisten al servicio de psicoprofilaxis durante octubre a diciembre del 2018.</p> <p><b>Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1.1 <b>Técnica:</b> Encuesta;</li> <li>3.1.2 <b>Instrumento:</b> Escala de Hamilton</li> </ul>



**ANEXO B**

**INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

## UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

### ESCALA DE HAMILTON

**Características demográficas:**

Edad:..... Estado civil:.....

Grado de instrucción:.....

**Características obstétricas:**

Embarazo deseado:.....

Edad gestacional: .....

Peso del recién nacido: .....

Item	Descripción	Puntaje
<b>1</b>	<b>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</b>	
	- Ausente	0
	- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
	- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
	- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4	
<b>2</b>	<b>Sentimientos de culpa</b>	
	- Ausente	0
	- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
	- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
	- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4	
<b>3</b>	<b>Suicidio</b>	
	- Ausente	0
	- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
	- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
	- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4	
<b>4</b>	<b>Insomnio precoz</b>	
	- No tiene dificultad	0
	- Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo, más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2	
<b>5</b>	<b>Insomnio intermedio</b>	
	- No hay dificultad	0
	- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2	
<b>6</b>	<b>Insomnio tardío</b>	
	- No hay dificultad	0
	- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2	
<b>7</b>	<b>Trabajo y actividades</b>	
	- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)</li> <li>- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad</li> <li>- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.</li> </ul>	<p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<b>8</b>	<b>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Palabra y pensamiento normales</li> <li>- Ligero retraso en el habla</li> <li>- Evidente retraso en el habla</li> <li>- Dificultad para expresarse</li> <li>- Incapacidad para expresarse</li> </ul>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<b>9</b>	<b>Agitación psicomotora</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguna</li> <li>- Juega con sus dedos</li> <li>- Juega con sus manos, cabello, etc.</li> <li>- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado</li> <li>- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios</li> </ul>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<b>10</b>	<b>Ansiedad psíquica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay dificultad</li> <li>- Tensión subjetiva e irritabilidad</li> <li>- Preocupación por pequeñas cosas</li> <li>- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla</li> <li>- Expresa sus temores sin que le pregunten</li> </ul>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<b>11</b>	<b>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausente</li> <li>- Ligera</li> <li>- Moderada</li> <li>- Severa</li> <li>- Incapacitante</li> </ul>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<b>12</b>	<b>Síntomas somáticos gastrointestinales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguno</li> <li>- Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen.</li> <li>- Sensación de pesadez en el abdomen</li> <li>- Dificultad en comer si no se le insiste.</li> <li>- Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</li> </ul>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<b>13</b>	<b>Síntomas somáticos generales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ninguno</li> <li>- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2</li> </ul>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<b>14</b>	<b>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausente</li> <li>- Débil</li> <li>- Grave</li> </ul>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<b>15</b>	<b>Hipocondría</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausente</li> <li>- Preocupado de sí mismo (corporalmente)</li> <li>- Preocupado por su salud, se lamenta constantemente, solicita ayuda</li> </ul>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<b>16</b>	<b>Pérdida de peso</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana</li> </ul>	<p>0</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de más de 500 gr. en una semana</li> <li>- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana</li> </ul>	<p>1</p> <p>2</p>
<b>17</b>	<b>Introspección (insight)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se da cuenta que está deprimido y enfermo</li> <li>- Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.</li> <li>- No se da cuenta que está enfermo</li> </ul>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<b>PUNTAJE TOTAL</b>		

