



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

**Depresión en gestantes atendidas en el Centro de
Salud Héroes del Cenepa de Loja**

Trabajo de Titulación previo a la obtención del
Título de Médico General

Autor: Jessica Yajaira Peralta Armijos
Director: Dr. Álvaro Manuel Quinche, Esp. Mg.

Loja – Ecuador

2022

ii. Certificación

Loja, 29 de abril del 2022

Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda. Esp., Mg.
DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICO:

Que el presente trabajo de titulación, previo a la obtención del título de médico general, titulado **Depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Héroes del Cenepa de Loja** de autoría de la Srta. Jessica Yajaira Peralta Armijos, cumple con todos los requisitos de fondo, forma y requerimientos académicos estipulados por la Universidad Nacional de Loja, facultad de la salud humana y la carrera de medicina humana, el mismo ha sido elaborado bajo mi responsabilidad, y se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución.

Atentamente:



Firmado electrónicamente por:

ALVARO
MANUEL
QUINCHE
SUQUILAND
A

Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda,
Esp.
Director del trabajo de titulación

iii. Autoría

Yo, **Jessica Yajaira Peralta Armijos**, declaro ser autora del presente trabajo de titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido del mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi trabajo de titulación en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Firma: _____

Autor: Jessica Yajaira Peralta Armijos

C.I. 1105226623

Fecha: 24 de junio del 2022

Correo electrónico: jessica.peralta@unl.edu.ec

Teléfono: +593 968789435

iv. Carta de autorización

Yo, Jessica Yajaira Peralta Armijos, autora del trabajo de titulación **Depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Héroes del Cenepa de Loja** cumpliendo el requisito que permite obtener el grado de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la universidad, a través de la visibilidad del contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de investigación en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad Nacional de Loja.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 24 días del mes de junio del 2022, firma su autor.

Firma: _____

Autor: Jessica Yajaira Peralta Armijos

Cedula de identidad: 1105226623

Dirección: Av. Pio Jaramillo Alvarado y Thomas Alva Edison, Loja.

Correo electrónico: jessica.peralta@unl.edu.ec

Teléfono: 0968789435

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de trabajo de titulación: Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, Esp., Mg.

Tribunal de grado:

- **Presidente:** Dra. Karina Calva Jirón
- **Vocal:** Dra. Ximena Carrión Ruilova
- **Vocal:** Dr. Cesar Palacios Soto

v. Dedicatoria

Este trabajo de investigación, basado en el esfuerzo, dedicación y paciencia lo dedico a Dios, por ser mi fuente de espiritualidad.

A mis padres, por su amor y sacrificio en todos estos años, quienes han sido mi guía y ejemplo de perseverancia y esfuerzo, porque gracias a ellos aprendí que la dedicación, trabajo y la perseverancia son parte fundamental de la vida para alcanzar la meta deseada; y a mi esposo y hermanas, quienes me apoyaron en todas las etapas de mis estudios; a todos y cada uno de mis familiares, que estuvieron siempre brindándome apoyo y fortaleza para así poder llegar a cumplir uno de mis objetivos.

Jessica Yajaira

vi. Agradecimiento

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja y administrativos por haberme abierto sus puertas, permitirme ser parte de una carrera tan humana como es la carrera de Medicina; a cada uno de los docentes quienes compartieron sus conocimientos y experiencias, que me ayudarán a crecer en la vida profesional.

A mi director del trabajo de titulación Dr. Álvaro Manuel Quinche, por su orientación y conocimiento impartido para la obtención del presente trabajo de titulación, y cumplir con los objetivos planteados.

Al Centro de Salud “Héroes del Cenepa”, por permitirme llevar a cabo el estudio en su establecimiento.

Jessica Yajaira

vii. Índice de contenidos

i. Portada	i
ii. Certificación.....	ii
iii. Autoría.....	iii
iv. Carta de autorización.....	iv
v. Dedicatoria	v
vi. Agradecimiento.....	vi
vii. Índice de contenidos	vii
1. Título	1
2. Resumen.....	2
2.1. Abstract	3
3. Introducción	4
4. Marco teórico	7
4.1. Depresión.....	7
4.1.1. Definición.....	7
4.1.2. Fisiopatología.....	7
4.1.3. Epidemiología.....	9
4.1.4. Factores de riesgo.....	10
4.1.4.1. <i>Biológicos.</i>	10
4.1.5. Factores psicosociales de la depresión.....	10
4.1.5.1. <i>Clase social.</i>	11
4.1.5.2. <i>Rol sexual.</i>	11
4.1.5.3. <i>Sucesos vitales y enfermedades mentales.</i>	12
4.1.5.4. <i>Soporte social.</i>	12
4.1.6. Presentación clínica.	13
4.1.7. Clasificación.....	14
4.1.7.1. <i>Depresión perinatal.</i>	15
4.1.7.2. <i>Episodio depresivo leve.</i>	16
4.1.7.3. <i>Episodio depresivo moderado.</i>	16
4.1.7.4. <i>Episodio depresivo moderado sin síntomas psicóticos.</i>	16
4.2. Depresión y embarazo.....	16
4.2.1. Efectos de la depresión prenatal.....	17
4.2.1.1 <i>Efectos en la madre.</i>	17
4.2.1.2 <i>Efectos en el recién nacido.</i>	18

4.2.2.	Diagnóstico.....	19
4.2.2.1	<i>Criterios diagnósticos según la DSM-IV-TR</i>	19
4.2.2.2	<i>Herramientas de tamizaje.</i>	20
4.2.3.	Tratamiento de depresión prenatal.....	21
4.2.3.1.	<i>Psicoterapia y terapias alternativas.</i>	21
4.2.3.2	<i>Farmacoterapia</i>	22
4.2.3.2.	<i>Otras estrategias terapéuticas.</i>	24
4.2.4.	Prevención.	25
4.2.4.1.	<i>Estrategias de apoyo posparto.</i>	25
4.3.	Instrumentos de medición	26
4.3.1.	Test de Edimburgo.....	26
4.3.2.	Inventario de depresión de Beck.	26
4.3.3.	Escala de acontecimientos vitales importantes de Holmes y Rahe.....	27
5.	Metodología	29
5.1.	Tipo de estudio.....	29
5.2.	Área de estudio	29
5.3.	Universo y Muestra	29
5.4.	Criterios de inclusión	29
5.5.	Criterios de exclusión.....	29
5.6.	Técnicas, Instrumentos y Procedimiento	29
5.6.1.	Técnicas.....	29
5.6.2.	Instrumentos.....	30
5.6.3.	Procedimiento.....	31
5.6.4.	Equipos y Materiales:	31
5.6.5.	Análisis estadístico	32
6.	Resultados.....	33
6.1.	Resultado para el primer objetivo	33
6.2.	Resultado para el segundo objetivo	34
6.3.	Resultado para el tercer objetivo	35
7.	Discusión.....	37
8.	Conclusiones.....	39
9.	Recomendaciones.....	40
10.	Bibliografía.....	41
11.	Anexos.....	44

Índice de tablas

<i>Tabla 1. Riesgo de depresión en relación con la edad en gestantes atendidas en el centro de Salud Héroes del Cenepa, período agosto 2020 – enero 2021</i>	33
<i>Tabla 2. Factores estresantes para depresión en gestantes atendidas en el centro de Salud Héroes del Cenepa, período agosto 2020 – enero 2021</i>	33
<i>Tabla 3. Grado de depresión en relación con la edad en gestantes atendidas en el Centro de Salud Héroes del Cenepa, período agosto 2020 – enero 2021</i>	34
<i>Tabla 4. Relación entre riesgo de depresión y grado de depresión en gestantes atendidas en el centro de Salud Héroes del Cenepa, período agosto 2020 – enero 2021</i>	35
<i>Tabla 5. Relación entre factores estresantes para depresión y grado de depresión en gestantes atendidas en el centro de Salud Héroes del Cenepa, período agosto 2020 – enero 2021</i>	36

Índice de anexos

11.1. Anexo 1 Aprobación del proyecto del trabajo de titulación	44
11.2. Anexo 2 Informe de pertinencia	45
11.3. Anexo 3 Designación de director del trabajo de titulación	46
11.4. Anexo 4 Autorización para desarrollo del trabajo de investigación.....	47
11.5. Anexo 5 Consentimiento informado Organización Mundial de la Salud (OMS)	49
11.6. Anexo 6 Ficha de recolección de información	50
11.7. Anexo 7 Escala de depresión de Edimburgo para embarazo y posparto	51
11.8. Anexo 8 Inventario de depresión de Beck (BDJ-2).....	53
11.9. Anexo 9 Escala de valoración de sucesos vitales - Holmes y Rahe.....	56
11.10. Anexo 10 Base de datos	57
11.11. Anexo 11 Certificación de traducción del resumen	70
11.12. Anexo 12 Certificación de correcciones del trabajo de titulación.....	71
11.13. Anexo 13 Proyecto de investigación	72

1. Título

Depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Héroes del Cenepa de Loja.

2. Resumen

La depresión representa la morbilidad psiquiátrica más común durante el embarazo llegando a afectar a más del 13% de las gestantes y debido a la similitud con síntomas propios del embarazo, resulta importante realizar un manejo integral para prevenir complicaciones que puedan afectar el binomio madre - hijo. El estudio tuvo como finalidad establecer el riesgo y factores estresantes; conocer el grado de depresión según grupo de edad e identificar la relación entre riesgo y factores estresantes junto con grados de depresión en gestantes atendidas en el centro de salud Héroes del Cenepa de Loja; con enfoque cuantitativo, observacional, corte trasversal se aplicó la Escala de Depresión de Edimburgo para riesgo, Inventario de Beck para grado, y Escala de valoración de factores estresantes Holmes y Rahe. Un total de 71 embarazadas de las cuales 19,72% (n=14) tienen riesgo de depresión. Los factores estresantes que destacaron fueron cambios en el hábito de dormir 91,55% (n=65), en número de reuniones familiares 67,61% (n=48) y en hábitos alimentarios 47,89% (n=34); el grado de depresión observado con mayor frecuencia fue leve 54,93% (n=39) con mayor incidencia en pacientes de 21-25 años. Se identificó que no existe relación estadísticamente significativa entre riesgo y factores estresantes junto con los grados de depresión, con un valor de p de 0,518 y 0,650 respectivamente. Se concluye que, si bien los datos en la población estudiada se encuentran dentro de parámetros internacionales, corresponden cifras importantes y existe multiplicidad de factores que actúan como predictores de estrés durante la gestación.

Palabras clave: morbilidad, riesgo, embarazo, factores estresantes.

2.1. Abstract

Depression represents the most common psychiatric morbidity during pregnancy, affecting more than 13% of pregnant women, and due to the similarity with symptoms of pregnancy, it is important to carry out comprehensive management to prevent complications that may affect the mother-child relationship. The purpose of the study was to establish the risk and stress factors; Know the degree of depression according to age group and identify the relationship between risk and stressors together with degrees of depression in pregnant women treated at the Héroes del Cenepa health center in Loja; With a quantitative, observational, cross-sectional approach, the Edinburgh Depression Scale was applied for risk, the Beck Inventory for grade, and the Holmes and Rahe Stress Factor Assessment Scale. A total of 71 pregnant women of which 19.72% (n=14) are at risk of depression. The stressors that stood out were changes in sleeping habits 91.55% (n=65), the number of family gatherings 67.61% (n=48) and eating habits 47.89% (n=34); the degree of depression most frequently observed was mild 54.93% (n=39) with a higher incidence in patients aged 21-25 years. It was identified that there is no statistically significant relationship between risk and stressors together with the degrees of depression, with a p value of 0.518 and 0.650, respectively. It is concluded that, although the data in the studied population are within international parameters, important figures correspond and there is a multiplicity of factors that act as predictors of stress during pregnancy.

Key Words: morbidity, risk, pregnancy, stress factors.

3. Introducción

La depresión es un trastorno mental común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida; causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos (OPS, 2021).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Las estimaciones de este organismo indican que 300 millones de personas viven con depresión en el planeta; afecta más a mujeres que a hombres, se estima que cerca de 50 millones de personas en la región de las Américas viven con depresión, casi un 17% más que en el 2005. En un reporte realizado sobre depresión y otros trastornos mentales comunes, la OMS señala que más del 80% de la depresión en el mundo se encuentra en países de ingresos bajos y medios (MSP, 2022).

La depresión constituye la causa más importante dentro de la carga de morbilidad femenina, en este grupo se incluye a la depresión durante el embarazo; constituyendo la morbilidad psiquiátrica más común durante esta etapa y afecta a alrededor de un 13 – 19% de las mujeres durante el embarazo y postparto. La proporción de mujeres embarazadas con prescripción de antidepresivos ha aumentado drásticamente en las últimas dos décadas. Estas prevalencias se están incrementando a nivel global, representando una preocupación creciente para los sistemas de salud pública (Duque, 2021).

El embarazo se ha señalado como un estado de adecuada salud mental y emocional, y se lo ha propuesto como factor protector contra las alteraciones del estado de ánimo. Sin embargo, para algunas mujeres el período del embarazo puede incrementar la vulnerabilidad a enfermedades psiquiátricas como la depresión. Estudios longitudinales prospectivos han encontrado que el embarazo no es un factor protector contra nuevos episodios depresivos o que evite recaídas en una depresión preexistente. Se ha demostrado que la ansiedad y la depresión en el embarazo aumentan el riesgo de trabajo de parto pretérmino, neurodesarrollo fetal alterado, Apgar con baja puntuación y bajo peso al nacer; además, se ha evidenciado el aumento en las tasas de abuso de sustancias y escasa participación en programas de control prenatal durante el embarazo (Martínez, 2019).

En Colombia, según un estudio realizado por Borda et al, la prevalencia de depresión durante el embarazo es de alrededor del 19%, sin embargo, en un estudio realizado por Bonilla-Sepúlveda con madres adolescentes en una ciudad del país, se encontró una mayor prevalencia de la enfermedad, de hasta el 32,8%. En contraste en Perú se registra 40,1%, 30% en México y un 29% en Sudamérica, lo que confirma la importancia de atender este trastorno tanto en el país como en el mundo (Martínez, 2019).

En el Ecuador, la depresión afecta en mayor medida a las mujeres. De las atenciones ambulatorias que registra el Ministerio de Salud Pública, el número de casos de ellas triplica a los de los hombres. Los datos más recientes que se tienen corresponden a 2015. En ese año, hubo 50.379 personas con diagnóstico presuntivo y definitivo por depresión; 36.631 corresponden a mujeres y 13.748 a hombres (MSP, 2022).

De acuerdo con las cifras de egresos hospitalarios del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) de 2015, en Ecuador ese año existieron 3.406 hospitalizaciones relacionadas con casos de depresión (MSP, 2022).

Por otra parte, el Ecuador ratificó su compromiso con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y declaró la Agenda 2030 como política pública del Gobierno Nacional. La Asamblea Nacional adoptó una resolución en la que se compromete con la implementación de los ODS y los coloca como un referente obligatorio para su trabajo, entre estos objetivos está el reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar (ONU, 2022).

Actualmente la prevalencia de esta patología en gestantes es desconocida en nuestro país y tomando en cuenta la elevada prevalencia en países vecinos latinoamericanos, así como las consecuencias maternas y neonatales hace de la investigación en este tema un pilar fundamental en la atención a un grupo vulnerable. Por lo anteriormente descrito, es importante para el equipo de salud de los centros de primer nivel de atención pertenecientes a la red del Ministerio de Salud Pública (MSP) tengan en consideración en los controles prenatales la identificación de factores estresantes que lleven a desarrollar un cuadro depresivo y otras enfermedades que afectan la salud mental en gestantes; causando alteraciones en su conducta, aptitud que pueden llevar al abandono de los controles prenatales, deterioro del autocuidado, no adherencia al tratamiento farmacológico, incrementar el consumo de alcohol, drogas y otras sustancias que afecten el desarrollo del infante o compliquen la condición obstétrica de la madre, razón por la cual resalta la importancia de un abordaje integral y manejo oportuno del trastorno depresivo en las embarazadas. Por esta razón surge la siguiente interrogante ¿Cuál es la incidencia, riesgo y factores estresantes para depresión en gestantes atendidas en el centro de salud Héroe del Cenepa de Loja?

La presente investigación surge para dar respuesta a la interrogante por lo cual se plantean como objetivo general determinar la incidencia, riesgo de depresión y factores estresantes en gestantes atendidas en el centro de salud Héroe del Cenepa de Loja durante el periodo agosto 2020 - enero 2021 y como objetivos específicos: establecer el riesgo y factores estresantes de depresión en gestantes; conocer el grado de depresión en gestantes según grupo

de edad e identificar la relación entre el riesgo y factores estresantes junto con los grados de depresión presentes en gestantes.

Esta investigación es pertinente porque se enmarca dentro de la primera línea de investigación de la carrera de medicina que corresponde a “Salud enfermedad materno infantil”, además se encuentra dentro de las prioridades de investigación del MSP.

4. Marco teórico

4.1. Depresión

4.1.1. Definición. Se define como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Cuando la depresión se encuentra en un grado leve, puede ser tratada sin fármacos, pero si esta ya se encuentra en un grado moderado o grave, será necesario la administración de medicamentos y psicoterapia por parte de un profesional. (OMS, 2017).

La depresión es un trastorno que puede ser diagnosticado de forma fiable, y que puede ser abordado terapéuticamente por no especialistas en el ámbito de la atención primaria

Constituye la principal causa de los problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según datos emitidos por la Organización Mundial de la Salud, más de 300 millones de personas viven con depresión (OMS, 2017).

4.1.2. Fisiopatología. En la mayoría de los pacientes los episodios depresivos surgen de la combinación de factores familiares, biológicos, psicológicos y sociales, los cuales operan a través del tiempo y progresivamente incrementan su capacidad patogénica (Guadarrama, 2006).

La influencia genética es más marcada en pacientes con formas graves de trastorno depresivo y síntomas de depresión endógena. El riesgo de morbilidad en parientes en primer grado (padres, hermanos o hijos) está incrementado en todos los estudios que se han llevado a cabo, y es independiente de los efectos del ambiente o educación (Guadarrama, 2006).

Se cree que el problema de la depresión es producto de un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo será secundario a estos fenómenos cognoscitivos (Ramírez, 2003).

Según el estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión realizado en el 2016 detalla que: la depresión es un trastorno multifactorial, ya que su desarrollo depende de diferentes causas que interaccionan. Aproximadamente un tercio del riesgo de desarrollar depresión es heredado y dos tercios ambiental. El mecanismo por el cual estas experiencias

tempranas aumentan el riesgo de depresión incluye no solo procesos psiquiátricos, sino también constructos psicosociales que convierten una experiencia traumática transitoria en una vulnerabilidad a largo plazo. Por ejemplo, la pérdida de un progenitor o la baja calidad de los cuidados parentales provocan baja autoestima e inestabilidad emocional y puede disminuir la capacidad para conseguir relaciones cercanas y así diluir la calidad del apoyo social y su disponibilidad en etapas posteriores de la vida. Estos factores podrían estar influidos por experiencias tempranas de la vida (principalmente por abuso durante estas etapas), así como por factores de la personalidad y conductuales, además de condiciones somáticas (Hernández, 2016).

Se propone que las interacciones entre estos factores provocan disfunción en las redes neuronales y en sistemas de neurotransmisores como el serotoninérgico, el noradrenérgico y el dopaminérgico, ya que se ha demostrado que en pacientes deprimidos están disminuidas las concentraciones de noradrenalina (NA), serotonina (5HT) y dopamina (DA), así como de sus metabolitos, además de los transportadores y precursores en el caso de la serotonina (Hernández, 2016).

Se ha propuesto que estas disfunciones están mediadas principalmente por la hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA), que en algunos sujetos está alterado. El eje HHA, al liberar la hormona liberadora de corticotropina (CRH) del núcleo paraventricular del hipotálamo, proporciona la mayor respuesta fisiológica al estrés para estimular la liberación de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) de la hipófisis, la cual estimula la liberación de glucocorticoides (GC) desde la corteza adrenal a la circulación sanguínea. Los GC ejercen efecto de retroalimentación negativa hacia el hipotálamo y la hipófisis que limita el grado de activación del eje. Los GC promueven la activación de la amígdala, que a su vez ejerce un control excitador sobre el hipotálamo. En cambio, el hipocampo ejerce un control inhibitorio sobre el eje; lo cual es crucial para limitar su activación¹. En muchos pacientes deprimidos no se suprime la secreción de cortisol después de la administración de dexametasona, lo cual sugiere alteraciones en la regulación de retroalimentación e hiperactividad del eje HHA. Tras la administración de CRH disminuye la liberación de ACTH en los pacientes deprimidos, pero no se modifican las concentraciones de cortisol; las alteraciones pueden ser resultado de hipersecreción de CRH, ya que se ha encontrado un aumento de las concentraciones en diversas áreas del cerebro de suicidas (Cruzblanca, 2016)

Estos efectos del estrés tienen consecuencias morfológicas. Se ha demostrado una disminución del volumen del hipocampo en pacientes con depresión mayor; los efectos varían

en gravedad en diferentes regiones del hipocampo e incrementa a través de los episodios de depresión. En pacientes con un inicio tardío de depresión, la disminución del volumen del hipocampo se correlacionó con la pérdida de memoria. Se cree que el mayor factor en estos cambios volumétricos se debe a cambios en la morfología y a pérdida de dendritas más que pérdida celular. Sin embargo, dado el número y rango de procesos moleculares que contribuyen a estos efectos y la información que la pérdida proporcional de sinapsis es mucho mayor que los cambios en el volumen del hipocampo, es probable que el funcionamiento del hipocampo esté comprometido a niveles de daño que no están reflejados en cambios morfológicos visibles. La experiencia de la depresión aumenta la susceptibilidad del hipocampo y, después de recuperarse de la depresión, los pacientes continúan con un volumen del hipocampo disminuido (Hernández, 2016).

4.1.3. Epidemiología. La depresión es la morbilidad psiquiátrica más común en el embarazo, y llega a afectar a más del 13% de las gestantes. Su diagnóstico se basa en los criterios establecidos por el DSM-V y la aplicación de escalas validadas como la Escala de Depresión de Edimburgo para embarazo y postparto; sin embargo, entre los profesionales de la salud aún existen errores y falencias en el reconocimiento, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión durante el embarazo, lo que propicia las diferentes consecuencias y repercusiones para la gestación misma o el feto (Paredes, 2019).

En los estudios internacionales, la prevalencia de los trastornos depresivos se sitúa entre el 5-10% en población adulta (siendo del 10% al 15% en mujeres y del 5% al 12% en hombres). Aumenta en el grupo de pacientes con alguna patología física y en personas mayores alcanza un 15%. Asimismo, el 15% de la población padece depresión en algún momento de su vida. La edad más frecuente de presentación oscila entre los 35-45 años. El suicidio se presenta en un 3-4% de las depresiones mayores (Paredes, 2019).

En el estudio de prevalencia de los trastornos mentales más amplio y reciente realizado en España (Estudio ESEMeD-España.), el trastorno más frecuente es el episodio depresivo mayor, con un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida. Destaca también en tercer lugar la distimia tanto en prevalencia-año (1,49%, detrás de la fobia específica con el 4,5%) como en prevalencia-vida (3,65% detrás de la fobia social con el 3,6%) (Paredes, 2019).

4.1.4. Factores de riesgo.

4.1.4.1. Biológicos.

4.1.4.1.1. *Genéticos.* Los familiares de primer grado presentan una mayor probabilidad de padecer un cuadro depresivo (Alarcón, 2018).

4.1.4.1.2. *Factores neuroquímicos.* Los neurotransmisores que más se han relacionado con la depresión son la noradrenalina (NA) y la serotonina (SER). Se ha comprobado que existe una disminución de niveles del metabolito de la NA, 3 metoxi-4 hidroxifenilglicol, en sangre y orina en pacientes depresivos, además de una disminución de los puntos de recaptación de la serotonina, en las plaquetas de enfermos depresivos. Se han observado, además, niveles bajos de 5 hidroxindolacético en pacientes que cometieron suicidio. También se ha observado que la depleción de dopamina aumenta el riesgo de depresión (Alarcón, 2018).

4.1.4.1.3. *Factores endocrinos.* Se han visto también implicados factores endocrinos, como la alteración en la secreción de hormona del crecimiento (GH), hipersecreción de cortisol, hiperplasia hipofisaria y suprarrenal, alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo (Alarcón, 2018).

4.1.4.1.4. *Factores fisiológicos.* Se han observado alteraciones del ritmo circadiano y del ciclo del sueño (Alarcón, 2018).

4.1.4.1.5. *Factores anatómicos.* Con el avance en los estudios de neuroimagen estructural y funcional se han descrito alteraciones en el sistema límbico, ganglios de la base e hipotálamo (Alarcón, 2018).

4.1.5. Factores psicosociales de la depresión. Los aspectos macrosociales, clase social y rol sexual están basados empíricamente en investigaciones epidemiológicas, donde se busca demostrar cómo las desigualdades de poder y económicas, asociadas a las pertenencias a clases y categorías sociales situadas en diferentes posiciones de la estructura social, determinan la presencia de trastornos psicológicos (Arango, 2016).

Los procesos microsociales, sucesos de vida negativos y soporte social, éstos actúan como mediadores, explicando la influencia de los factores macrosociales de clase en los trastornos psicológicos. Se refieren a las capacidades sociales de enfrentamiento hacia el medio y los efectos que produce la integración en redes sociales sobre la identidad del sujeto.

Estos dos elementos (macro y microsociales), si bien se han desarrollado empíricamente de manera dispersa, se refieren a dos condiciones psicológicas clásicas. La primera es la Durkheimniana, referida al nivel de integración social y la relación entre las capacidades del

sujeto. La segunda, alude a los cambios del medio y las normas sociales. Ambas, son el eje explicativo de las conductas desviadas como el suicidio, por ejemplo (Alarcón, 2018).

Cuando los sucesos de la vida sobrepasan la capacidad de respuesta del sujeto, unido a una baja integración social, hay más posibilidades de trastornos psicológicos. Otra condición psicológica, que enmarcan las investigaciones y teorías aquí expuestas, es el Interaccionismo Simbólico. Los sucesos de vida, el soporte o integración social, las capacidades sociales, en resumen, el juego de roles sociales y los éxitos o las tensiones asociadas a ellos, son importantes en la medida que permiten la construcción de un sentido y una identidad positiva y estable para los sujetos. Es el sentido o significado que los sujetos le asignan a las situaciones, a partir de su posición y con sus sistemas de representaciones socialmente dados, lo que explica el sufrimiento y el tipo de trastorno del sujeto. Los efectos de los roles sociales en la representación de sí mismos, del mundo y de la autoestima de los sujetos, son los elementos explicativos centrales de la "enfermedad mental" que se inspiran en el Interaccionismo Simbólico. Finalmente podríamos decir que, los factores psicológico-sociales actúan como mediadores claves en la configuración de la personalidad y de los comportamientos de ansiedad y depresión (autoestima y autoimagen, habilidades sociales y estrategias de enfrentamiento, baja capacidad de control, esquemas cognitivos, estilos de atribución de causalidad, nivel de expectativas, etc.) (Alarcón, 2018).

4.1.5.1. Clase social. Uno de los datos más firmes de la epidemiología contemporánea es la existencia de riesgo de enfermedad y tasa de mortalidad diferentes, según las clases sociales. Si bien algún tipo de enfermedad es más frecuente entre las clases altas, cuanto más bajo es el nivel social, mayor es la presencia de enfermedades y tanto la mortalidad infantil como la de los adultos, aumentan. En las encuestas comunitarias, la mediana de trastornos psicológicos en la clase social más baja es de 36,4%, comparada con un 9,2 % en la clase más alta. Por consiguiente, hay una asociación entre la pertenencia a las clases bajas y una distribución de la salud negativa en relación a las clases bajas. Cada vez es más clara la relación etiopatogénica entre el estado de ánimo depresivo o ansioso, el dolor y los trastornos somáticos, lo cual refuerza el concepto de trastornos del espectro afectivo (Arango, 2016).

4.1.5.2. Rol sexual. A nivel de la salud y la enfermedad física, las mujeres presentan una mayor longevidad y una mortalidad menor. Desde el punto de vista de la morbilidad, hay una mayor incidencia de las condiciones agudas y una predominancia de las enfermedades crónicas (Alarcón, 2018).

En cuanto a la depresión, se confirma que las mujeres presentan más síntomas depresivos que los hombres. Además, después de diversos estudios, se concluyó que la población femenina de más alto riesgo es el "ama de casa", destacando aquellas que tienen a su cargo un enfermo crónico (Alarcón, 2018).

En síntesis, tanto a nivel de síntomas de malestar, psicológico general, como de ansiedad y de depresión, la mujer presenta más problemas de salud mental que el hombre (Alarcón, 2018).

4.1.5.3. Sucesos vitales y enfermedades mentales. Los trastornos depresivos corresponden a una categoría taxonómica de los trastornos afectivos. el estrés que da un evento lleva a cambios de larga duración en la biología del cerebro, estados funcionales de varios neurotransmisores, pérdida de neuronas y reducción excesiva de los contactos sinápticos. En un estudio de mujeres con antecedentes de abuso físico o sexual en la infancia se demostró tenían un mayor riesgo de depresión, ansiedad, abuso de drogas o de intentar suicidarse que las mujeres sin ese historial. Las investigaciones empíricas reafirman la asociación entre la aparición de sucesos vitales problemáticos y los niveles de sintomatología psicopatológica. Los sucesos estresantes son aquellos que el sujeto percibe como amenazantes para su bienestar, tanto físico como psíquico. Desde otro punto de vista, entendemos por sucesos vitales, experiencias que objetivamente proporcionan un cambio vital en el sujeto (por ejemplo, tener un hijo deficiente mental), por consiguiente, exigen de éste reajustes en su conducta, debido a que interrumpen o amenazan la trayectoria normal de la vida del sujeto. Si bien inicialmente se propuso que cualquier suceso vital, negativo o positivo, que implicara un cambio y un esfuerzo de adaptación, estaba asociado a la aparición de síntomas, la evidencia existente señala que sólo los sucesos negativos juegan un rol facilitador de trastornos psíquicos y físicos (Piñar, 2020).

Los sucesos indeseables, incontrolables e imprevisibles, son los que están más frecuentemente asociados a síntomas psicológicos en particular depresivos. Los sucesos que implican cambios positivos no están asociados a sintomatología psicológica, aunque sí están asociados a síntomas físicos (Alarcón, 2018).

4.1.5.4. Soporte social. Se define el soporte social, como la percepción que tiene el sujeto, a partir de su inserción en las redes sociales, de ser: a) cuidado y amado; b) valorado y estimado; c) que pertenece a una red social de derechos y obligaciones. El elemento fundamental no es una mera inserción objetiva en una red social densa, sino la existencia de

relaciones con un significado de apoyo emocional, informacional y material. La naturaleza de los lazos entre soporte social y salud, varía según los autores. Unos piensan que el soporte social y la salud tiene una relación directa, sin tener en cuenta la existencia de fuentes de estrés. Pero la mayoría, piensa que actúa de tampón cara a situaciones estresantes. Estas distintas visiones son debidas a la utilización de medidas diferentes (Alarcón, 2018).

Lo que hace el soporte social es evaluar el grado en que un sujeto se encuentra integrado dentro de las redes sociales, quedando su efecto tampón más patente, si lo medimos frente a situaciones estresantes. Centrándonos en la depresión, podemos observar que, la falta o escasez de contacto y apoyo social estables (la ausencia de una red de familiares, amigos y conocidos), que ayude moral, emocional e instrumentalmente a los sujetos, parece ser un factor que tiene un papel directo de facilitación de síntomas físicos y psíquicos (Alarcón, 2018).

4.1.6. Presentación clínica. Al principio, o cuando la depresión no es grave, puede ser difícil distinguir los síntomas depresivos de las quejas comunes durante el embarazo o puerperio (como cansancio, dolores vagos, falta de energía, dificultad para dormir). En la mujer embarazada, la depresión se asocia con una peor alimentación con el consecuente poco aumento de peso, que también puede tener consecuencias desfavorables para el bebe y su crecimiento in útero, por otra parte, hay menos búsqueda de cuidados prenatales. También, la mujer tenderá a fumar y a usar alcohol con mayor frecuencia y tendrá peor higiene. Entre más deprimida esta la mujer, la naturaleza del problema hace que precisamente busque menos ayuda y no busque servicios para mejorarla (Ortega, 2001).

Las manifestaciones clínicas más comunes de la depresión son: sentirse sola la mayor parte del tiempo, tener pensamientos pesimistas sobre el futuro (“todo irá mal, tengo mala suerte, seguramente habrá complicaciones, no seré una buena madre, etc.”). Puede tener también pensamientos de auto reproche (“debería ser mejor madre, trabajar más duro, hacerlo todo en la casa, no sentirme cansada, atender mejor al marido”, etc.). La mujer puede expresar sentirse abrumada por su situación presente, por ejemplo, no poder llevar a cabo el embarazo o no poder satisfacer sus necesidades y se siente paralizada. La mujer deprimida puede sentirse muy triste, no estar animada con nada, no tener deseos de salir ni de arreglarse, tener mucha dificultad para moverse o salir de la cama, sentirse cansada todo el tiempo o dormir muchas horas. A veces en vez de tristeza y llanto fácil hay marcada irritabilidad hacia el marido, el bebé u otros familiares. La mujer puede sentirse fácilmente exasperada y al borde de perder la paciencia ante pequeñas frustraciones. Puede tener deseos intensos de comer más de lo

normal o de comer chocolates u otros dulces. El caso contrario y muy frecuentemente se evidencia pérdida del apetito, episodios muy seguidos de insomnio, suele referir dolores de cabeza, espalda y perdida de energía. Se han hecho investigaciones en EUA con mujeres latinas provenientes del medio rural, y se ha observado que si se les pregunta si se sienten deprimidas pueden decir que no, pero si se pregunta por los síntomas psicósomáticos que suelen acompañar a la depresión, es mucho más fácil que admitan tener esos síntomas (Ortega, 2001).

Algunos síntomas generales de la depresión son:

- Sensación de tristeza o vacío; humor depresivo la mayor parte de tiempo
- Pérdida de interés o de placer en la mayoría de actividades
- Dificultad para dormir o adormecimiento excesivo
- Pérdida o aumento de peso muy notorio en un lapso de 1 mes
- Pérdida de concentración
- Ideas obsesivas de muerte o suicidio, pero sin plan de cometer el acto
- Agitación física o mental
- Constipación
- Fatiga o pérdida de energía
- Pérdida del apetito
- Cefaleas recurrentes
- Diminución de la libido
- Dificultad para tomar decisiones (Ortega, 2001).

4.1.7. Clasificación. Existen varios tipos de trastornos depresivos; siendo los más comunes, el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico.

El trastorno depresivo grave, denominado también depresión grave, se caracteriza por la presencia de una variedad de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras; este tipo de trastorno es una causa de incapacidad, e impide a la persona desenvolverse con normalidad. Un trastorno grave puede ocurrir solo una vez en el curso de la vida, aunque en la mayoría de casos puede presentarse durante toda su vida (Aliño, 2012).

En cuanto al trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por presentar síntomas de larga duración (dos o más), aunque son menos graves que aquellos que se observan en el trastorno depresivo mayor, pueden llegar a impedir que la persona desarrolle

una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de su vida (Aliño, 2012).

4.1.7.1. Depresión perinatal. La DSM-IV señala que, la depresión perinatal es similar a un episodio de depresión mayor con respecto a la sintomatología, pero se caracteriza por el periodo en el que este aparece, es decir, durante el periodo de gestación, o en las primeras cuatro semanas posnatales. Para fines de investigación y atención, se incluye dentro de este periodo desde el inicio de la gestación hasta el primer año posparto. Es muy frecuente que la depresión perinatal se acompañe por una extrema ansiedad, sentimientos de culpa, preocupación por el bebé (Cervantes, 2018).

Se relaciona con la aparición de otras enfermedades; que pueden presentarse antes, causarla o ser el resultado de esta. Es probable que la mecánica detrás de este cruce entre la depresión y otras enfermedades difiera según las personas y las situaciones. Es importante que se identifiquen las enfermedades concurrentes, y sean tratadas de manera oportuna. Es frecuente que trastornos de ansiedad, como el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico la fobia social, y el trastorno de ansiedad generalizada, acompañen a la depresión. Las personas que padecen trastorno de estrés postraumático son susceptibles de padecer depresión concurrente (Cervantes, 2018).

La depresión es un padecimiento que se ha visto relacionado con una amplia gama de problemas de salud mental caracterizados por la ausencia de afectividad positiva (pérdida de interés o de la incapacidad de disfrutar de actividades que normalmente le resultaban placenteras), bajo estado de ánimo y una serie de síntomas emocionales, cognitivos, físicos, y de conducta asociados. Resulta difícil distinguir los grados de humor, desde el estado depresivo clínicamente significativo (depresión mayor) a aquellos estados depresivos “normales”, pues no existe ningún punto de corte claro entre ellos, por lo que se debería considerar los síntomas de depresión cuando aparecen de manera continua y severa (Cervantes, 2018).

El embarazo y el parto son estados críticos en cuanto a adaptación psicológica de las mujeres y suelen ir acompañados de trastornos del sueño, cansancio, pérdida de la libido y pensamientos ansiosos sobre el bebé. De esta forma, algunos cambios en el estado mental y el funcionamiento pueden ser considerados como una parte normal que se desarrolla durante este proceso; a pesar de esto, los cambios significativos y estresantes que implica parecen aumentar el riesgo de un trastorno mental y de una nueva recaída precipitando un trastorno preexistente, en particular en las mujeres con otros factores de riesgo conocidos. Además, las

mujeres en estado de gestación o en etapa posparto, pueden tener los mismos problemas de salud mental que otros adultos. (Cervantes, 2018).

4.1.7.2. Episodio depresivo leve. Los síntomas característicos son: ánimo depresivo, disminución de interés y la capacidad de disfrutar, aumento de la fatigabilidad. Para establecer un diagnóstico definitivo, deben estar presentes al menos dos de estos tres, y ninguno de los síntomas en un grado intenso. La duración del episodio depresivo será de al menos dos semanas. (Cervantes, 2018)

4.1.7.3. Episodio depresivo moderado. La presencia de dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio leve, a más de al menos tres (de preferencia cuatro) de los demás síntomas. Generalmente los síntomas se presentan en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. Este episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Las personas que cursan con un episodio depresivo moderado, van a presentar dificultades para continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica (Cervantes, 2018).

4.1.7.4. Episodio depresivo moderado sin síntomas psicóticos. Las personas con episodios depresivos graves, cursan con angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es alto en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio grave. (Cervantes, 2018).

4.2. Depresión y embarazo

La depresión es un trastorno que se considera “dimensional”, es decir, que los sentimientos que se experimentan durante una depresión son normales debido a que muchos de ellos pueden ocurrir en cualquier persona en forma pasajera o en un grado ligero. Sólo se considera un trastorno cuando por su gravedad, frecuencia y repercusión en el funcionamiento psicosocial de la mujer, es excesivo. Esto quiere decir que muchas personas pueden sentirse tristes a veces o abrumadas en forma pasajera. Pero cuando la mujer se siente intensamente triste, la mayor parte del tiempo o tiene pensamientos pesimistas o de culpa o autorreproches persistentes, deseos de morir o de suicidarse, ya se consideran como anormales y parte de un trastorno depresivo. La depresión tiende a coexistir también con síntomas de un trastorno de

ansiedad. Al principio, o cuando la depresión no es grave, puede ser difícil distinguir los síntomas depresivos de las quejas comunes durante el embarazo o puerperio (como cansancio, dolores vagos, falta de energía, dificultades para dormir) (Lartigue, 2008).

En la mujer embarazada, la depresión se asocia con una peor alimentación y menos búsqueda de cuidados prenatales. También, la mujer tenderá a fumar y a usar alcohol con mayor frecuencia y tendrá peor higiene. Entre más deprimida está la mujer, la naturaleza del problema hace que precisamente busque menos ayuda y no busque servicios para mejorarla (Lartigue, 2008).

La depresión es relativamente fácil de diagnosticar si el clínico hace preguntas a la persona deprimida y está dispuesto a escuchar las respuestas. Por supuesto que debe haber un clima mínimo de confianza entre la mujer y el entrevistador. Sin embargo, la mayoría de las personas deprimidas expresan abiertamente sus sentimientos y hablan de su estado de ánimo (Lartigue, 2008).

Entre las barreras para detectar la depresión está la concepción generalizada de que el embarazo y el puerperio deben ser etapas llenas de felicidad y que no debe haber lugar para la tristeza. Esto puede hacer que la o el clínico sólo “quiera oír” pensamientos optimistas y, sin darse cuenta, transmita este mensaje a la mujer. Otra barrera está en la misma mujer, que puede sentirse culpable de que no está enteramente feliz ante la situación actual (embarazo o posparto) pues “debería estar contenta”. También, la familia puede presionarla para que no verbalice sentimientos negativos que de hecho tiene (Lartigue, 2008).

No obstante, todo esto, si la o el clínico observa a una mujer que parece intensamente triste, exhausta, abrumada por la responsabilidad futura o presente del bebé, excesivamente tensa o preocupada, esto debe darle la pauta de preguntarle cómo se siente. El clínico también puede explicar a la mujer que en el embarazo y después del parto, a pesar de que pueda ser una etapa de felicidad, puede haber otros sentimientos, como el temor, la tristeza, la incertidumbre, etc. Esto puede abrir la puerta para que la mujer exprese sus sentimientos más francamente (Lartigue, 2008).

4.2.1. Efectos de la depresión prenatal.

4.2.1.1 Efectos en la madre. Las más comunes son: sentirse triste la mayor parte del tiempo, tener pensamientos pesimistas sobre el futuro (“todo irá mal, tengo mala suerte, seguramente habrá complicaciones, no seré una buena madre”, etc.). Puede tener también pensamientos de autoreproche (“debería ser mejor madre, trabajar más duro, hacerlo todo en la casa, no sentirme cansada, atender mejor al marido”, etc.). La mujer puede expresar sentirse

abrumada por su situación presente, por ejemplo, no poder llevar a cabo el embarazo o no poder cuidar al bebé. Ocasionalmente siente que no podrá hacer frente a todas estas nuevas responsabilidades y se siente aterrada de estar sola con el niño en la casa, temiendo no poder satisfacer sus necesidades (amamantarlo, bañarlo, cambiarlo, etc.) y se siente paralizada (Lartigue, 2008).

La mujer deprimida puede sentirse muy triste, no estar animada con nada, no tener deseos de salir ni de arreglarse, tener mucha dificultad para moverse y salir de la cama, sentirse cansada todo el tiempo o dormir muchas horas. A veces, en vez de tristeza y llanto fácil, hay marcada irritabilidad hacia el marido, el bebé y otros parientes. La mujer puede sentirse fácilmente exasperada y al borde de perder la paciencia ante pequeñas frustraciones. Puede tener deseos intensos de comer más de lo normal o de comer chocolates u otros dulces. El caso contrario también es frecuente, que pierda el apetito y que no pueda dormir al irse a acostar (insomnio) o que se despierte muy temprano en la mañana sin poder volverse a dormir. Puede también tener pensamientos negativos sobre el bebé, que la aterran, como temer que podría dañarlo, tirarlo, sofocarlo u olvidarse de él o ella (Lartigue, 2008).

Se cree que en las culturas menos “verbales”, donde las personas no están tan acostumbradas a hablar de sus sentimientos, puede no haber manifestaciones como los autoreproches ni sensación de culpa intensa. Entonces la depresión se puede manifestar más bien por un gran “cansancio” o sentir agotamiento constante. En algunos grupos sociales se utilizan palabras como “agotamiento” o “estar cansada” para indicar el equivalente de un estado depresivo (Lartigue, 2008).

La mujer más bien siente que con frecuencia le duele la cabeza, la espalda, que no tiene energía y puede haber sentimientos de sospecha y recelo hacia los demás (que no la quieren, que hablan mal de ella, que le tienen envidia, que traman algo en su contra, etc.). Se han hecho investigaciones en EUA con mujeres latinas provenientes del medio rural, y se ha observado que si se les pregunta si se sienten deprimidas pueden decir que no, pero si se pregunta por los síntomas psicósomáticos que suelen acompañar a la depresión, mencionados arriba, es mucho más fácil que admitan tener esos síntomas (Lartigue, 2008).

4.2.1.2 Efectos en el recién nacido. Los efectos de la depresión materna sobre el feto son bien conocidos: se sabe que el estrés materno gestacional crónico produce efectos a largo plazo en el desarrollo neuronal del feto y que existen diferentes tipos de patología de la conducta que se pueden detectar en la infancia y persistir hasta la adultez, como producto de estas alteraciones. Además, las hormonas de estrés materno pueden interferir con los niveles

de testosterona fetal y la actividad de la aromatasa en períodos críticos, interfiriendo en el desarrollo sexual normal, produciendo una feminización. Por otra parte, el exceso de glucocorticoides materno puede provocar una pérdida celular en áreas sensibles del cerebro fetal, interfiriendo en la regulación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal fetal; esto puede provocar una sensibilización cerebral persistente a la acción de determinadas hormonas, cortisol o neurotransmisores, como la dopamina, que se liberan en condiciones de estrés. Todo esto genera en el niño una vulnerabilidad crónica al estrés, con mayor riesgo de trastornos psicopatológicos, afectivos o ansiosos en su vida posterior, es decir, se genera en niño una vulnerabilidad biológica a la psicopatología (Medwave, 2005).

Los efectos post-parto de la depresión materna derivan de la mayor frecuencia de partos prematuros y de recién nacidos con bajo peso de nacimiento. Los lactantes presentan retraso del desarrollo psicomotor, tienen temperamento difícil y desarrollan un apego inseguro, que interferirá con todas las relaciones interpersonales significativas. Los preescolares presentan reacciones negativas al estrés y retraso en la adquisición de estrategias eficaces de autorregulación afectiva, de modo que tienen más dificultades para insertarse en el medio social y relacionarse con personas ajenas a la familia. Los escolares y adolescentes tienen problemas de rendimiento escolar y social, con menor competencia social, menor autoestima y mayor incidencia de problemas conductuales, que pueden ir desde dificultades menores hasta la conducta antisocial (Medwave, 2005).

4.2.2. Diagnóstico. El diagnóstico de la depresión en el embarazo es netamente clínico, en ocasiones la paciente acude a la consulta manifestando una serie de signos y síntomas, otras veces es un hallazgo obtenido mediante el interrogatorio dirigido por el profesional de la salud. No existen marcadores patognomónicos de la depresión. Existen criterios diagnósticos que nos orientan sobre la gravedad del trastorno, si este es un cuadro leve o de mucha gravedad (Hernandez, 2016).

En la actualidad contamos con un gran número de instrumentos de tamizaje, que nos contribuyen a la detección fácil y confiable de esta patología (Hernandez, 2016).

4.2.2.1 Criterios diagnósticos según la DSM-IV-TR. Para establecer este diagnóstico, se toma en cuenta los siguientes criterios.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es

estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer. 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros. 2. Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días. 3. Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días. 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo). 8. Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros). 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico (Hernandez, 2016).

B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo, hipotiroidismo).

E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que, tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor (Hernandez, 2016).

4.2.2.2 Herramientas de tamizaje. El “Center for Epidemiologic Studies Depression Scale” (CES-D) y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) han sido recomendados para una evaluación inicial de los síntomas depresivos porque son los más ampliamente estudiados en la investigación de estos cuadros en la etapa perinatal. Otros estudios también han utilizado el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), así como el Patient Health Questionnaire (PHQ-2), la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y la Escala de Depresión del Embarazo (PDS). Estos instrumentos son de tamizaje e indican el riesgo para un posible trastorno depresivo, pero todos ellos requieren una confirmación diagnóstica (Hernandez, 2016).

4.2.3. Tratamiento de depresión prenatal. Existen 2 posibles tratamientos para la depresión en el embarazo: la psicoterapia y la farmacoterapia con antidepresivos. Cuando se trata de un cuadro depresivo leve, la psicoterapia es el tratamiento de primera línea, pero cabe resaltar que esta difícilmente será de provecho en cuadros depresivos moderados o graves. Por otro lado, la farmacoterapia está indicada como tratamiento de primera línea para la depresión mayor moderada o grave en el embarazo, pero se requieren de varias semanas a meses de tratamiento farmacológico continuo para que llegue a actuar contra los síntomas depresivos (Martínez, 2019).

4.2.3.1. Psicoterapia y terapias alternativas. Disminuir el estrés perinatal es un objetivo esencial dentro de la promoción y la prevención en salud pública. La ansiedad materna, la depresión y el estrés originan las ya nombradas complicaciones para el bienestar fetal y materno, por lo que el tratamiento de esta enfermedad debe ser eficaz. Las intervenciones de tipo psicológico dadas por el personal de salud, como la psicoterapia, han mostrado una importante eficacia en el tratamiento de la depresión en el embarazo en países de medianos y bajos ingresos. Se ha descrito la importancia de la intervención a través de la psicoterapia, dado su impacto positivo en el bienestar materno-fetal y en el entorno familiar. Durante las sesiones de trabajo se debe actuar en los problemas sociales, como la violencia intrafamiliar, el abuso de sustancias por la gestante o su familia y las enfermedades venéreas como por el VIH, siempre con el objetivo de alcanzar un mayor empoderamiento de la mujer en estos aspectos. También se ha planteado el trabajo sobre 2 pilares: informar de manera integral a la paciente incluyendo a su familia y la construcción de nuevas habilidades (Martínez, 2019).

La intervención con mindfulness para la prevención y el tratamiento de los problemas de salud mental como este es algo novedoso. Kabat-Zinn define mindfulness como «la conciencia que surge de prestar atención, a propósito, en el momento presente y sin emitir juicios» y llega a promover entre los participantes la identificación de los momentos negativos con el fin de obtener una mejor capacidad para tolerarlos, promueve un cambio cognitivo en la relación de cada uno de los pensamientos y brinda experiencias cognitivas que permitan la comprensión del desarrollo y el curso de esas ideas que llegan a la mente. Aunque esta herramienta es aún desconocida por muchos, existe un estudio finalizado y publicado por el Royal Women's Hospital (Australia) que incluyó a 52 gestantes, donde se introdujo el programa de mindfulness bajo el nombre de «MindBabyBody» a través de sesiones grupales, tanto presenciales como de trabajo independiente en casa, como una opción de tratamiento para mujeres gestantes con altos niveles de estrés, ansiedad o depresión en cualquier etapa del

embarazo. Las pacientes encontraron motivaciones basadas en «el conocimiento de esta nueva herramienta», «participar activamente en su tratamiento» y «enseñar y difundir la técnica a sus familias». Se evidenció una alta aceptación de la técnica, con aumento de la sensación de calidad de vida, mejora de las relaciones interpersonales y alta confianza de las pacientes en la técnica. En diferentes estudios también se ha destacado la labor del ejercicio dentro del tratamiento de la depresión en el embarazo, dado que contribuye tanto a la disminución del riesgo cardiovascular como a la mejoría del estado de ánimo. Pese a que se desconocen los mecanismos de este efecto antidepressivo, se cree que puede alterar beneficiosamente las funciones neuroendocrinas y la producción de neurotransmisores. Asimismo, entre las recomendaciones dadas por el colegio estadounidense de obstetras y ginecólogos para el tratamiento de la depresión, toda gestante sin contraindicaciones médicas que lo impidan debe realizar regularmente ejercicios aeróbicos durante el periodo perinatal. Se ha evidenciado que la práctica de ejercicio aeróbico disminuye en gran manera la gravedad de los síntomas depresivos, por lo que se debe recomendar su práctica mientras sea posible. Los estudios para la evaluación del impacto de otras técnicas de meditación como el yoga o la realización de masajes han arrojado que estas prácticas podrían llegar a beneficiar a la paciente con esta enfermedad, pero la evidencia no es tan fuerte, por lo que se requieren más estudios (Martínez, 2019).

4.2.3.2 Farmacoterapia. La proporción de embarazadas con prescripción de antidepressivos ha aumentado drásticamente en las últimas 2 décadas, por lo que elegir una terapia rápida, efectiva y sin efectos adversos para la madre y el feto es la prioridad dentro de la atención médica. No existen ensayos clínicos aleatorizados y controlados que permitan conocer la eficacia o la seguridad del uso de antidepressivos en la gestación; no obstante, a través de estudios retrospectivos y prospectivos de cohorte o de casos y controles, se ha logrado evidencia del tratamiento farmacológico (Martínez, 2019).

En el posible arsenal de fármacos para el tratamiento de la depresión en el embarazo, se encuentran los antidepressivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), también llamados duales; desafortunadamente, debido a que no hay una opción de tratamiento para la depresión en el embarazo sin riesgo de teratogenicidad, la familia de antidepressivos con más evidencia es la más recomendada, los ISRS. Los antidepressivos tricíclicos han estado disponibles desde 1950, periodo en que esta familia de psicofármacos fue el tratamiento de

primera línea, pero hoy se emplean en menor proporción y han sido reemplazados por fármacos con mejor tolerabilidad, como es el caso de los ISRS y los IRSN (Martínez, 2019).

De los antidepresivos tricíclicos, debido a sus características lipófilas, se ha llegado a evidenciar un paso placentario de hasta el 60% de la dosis administrada a la madre y se han relacionado con malformaciones cardíacas como defectos septales, aunque estas también se han evidenciado con la exposición a sertralina. Con respecto a los ISRS, pese a que el riesgo poblacional de grandes malformaciones congénitas fetales ronda el 2–4%, diferentes metanálisis han encontrado una fuerte relación entre el uso de ISRS como la paroxetina y defectos cardíacos congénitos (razón por la cual no se recomienda su uso durante el embarazo), así como entre el citalopram y un incremento de las anomalías urinarias y digestivas. Se ha descrito también aumento del riesgo de anomalías del sistema nervioso central para los neonatos expuestos a antidepresivos tricíclicos e ISRS simultáneamente. Sin embargo, Wichman et al. comunicaron en 2009 que, ante un tratamiento con ISRS o IRSN como la venlafaxina, no se produce un aumento significativo de malformaciones cardíacas (Martínez, 2019).

En múltiples estudios con muestras representativas, se ha evidenciado que la fluoxetina no se asocia con malformaciones cardíacas o de otros sistemas, por lo que se recomienda como fármaco de primera elección para el tratamiento de la depresión durante el embarazo (Martínez, 2019).

Recordando la importancia del papel modulador de la serotonina en el control respiratorio, su efecto inhibitorio de este y su acción vasoconstrictora, se ha llegado a plantear que los diferentes estudios y reportes de casos publicados sobre cuadros clínicos consistentes en acidosis respiratoria, cianosis, taquipnea, trabajo respiratorio e hipertensión pulmonar secundarios a la exposición de ISRS durante la gestación podrían tener relación con esta familia de fármacos debido a su farmacodinámica. En un metanálisis realizado por Grigoriadis en Canadá, se identificó que el riesgo de hipertensión pulmonar del neonato posterior al uso de ISRS solo se da con la administración de estos medicamentos durante el tercer trimestre de gestación, y no durante los primeros meses (Martínez, 2019).

Se ha hablado también del llamado «síndrome de adaptación neonatal», que se ha descrito en cerca del 10–30% de los recién nacidos de madres tratadas con ISRS durante el embarazo y se manifiesta aproximadamente a las 2 semanas del nacimiento. Este síndrome se caracteriza por irritabilidad, llanto débil o ausente, hipoglucemias, taquipnea y, en algunas ocasiones, convulsiones; entre los mecanismos fisiopatológicos de este síndrome, se ha considerado la posibilidad de que se deba a efectos de la abstinencia, toxicidad del fármaco y

cambios en la función cerebral. Con respecto a los IRSN, aunque se han publicado pocos estudios, se ha encontrado asociación entre el uso de venlafaxina en el primer trimestre del embarazo y la presencia de malformaciones como anencefalia, gastrosquisis y paladar hendido. También se ha encontrado asociación entre el uso de bupropión y algunas malformaciones fetales, como defectos cardíacos del septo, coartación de la aorta o hipoplasia del ventrículo izquierdo; sin embargo, basándose en el balance riesgo/beneficio, el uso de bupropión contra la dependencia nicotínica resulta beneficioso si evita las graves complicaciones que la nicotina puede llegar a ocasionar en el feto (Martínez, 2019).

4.2.3.2. Otras estrategias terapéuticas.

4.2.3.2.1 Terapia electroconvulsiva. La terapia electroconvulsiva se ha utilizado en pacientes con padecimientos graves, resistentes a la medicación, catatonía, riesgo de suicidio alto y tendencia a la desnutrición. No obstante, según el trimestre en que se aplique, se puede tener diferentes probabilidades de determinadas complicaciones, como bradicardia fetal, sangrado vaginal o estenosis pilórica en el caso del primer trimestre. En un estudio en el que se aplicó terapia electroconvulsiva a 169 gestantes, el 53% se realizó en el segundo trimestre, que es la edad gestacional más común para la aplicación de dicho tratamiento, aunque se registró un total de 67 complicaciones, entre ellas trabajo de parto prematuro. Debe tenerse en cuenta que la terapia electroconvulsiva es el último tratamiento que elegir, aunque en el caso de depresión grave refractaria, se emplea como tratamiento primario (Martínez, 2019).

En los últimos años se ha documentado que esta técnica durante el tercer trimestre es segura y eficaz tanto para la madre como para el bebé, cuyos riesgos se evitan al controlar la hipoxia durante el procedimiento. Desde hace aproximadamente 50 años, se ha estado utilizando la terapia electroconvulsiva por la necesidad de un tratamiento eficaz y reducir los fármacos psicotrópicos (Martínez, 2019).

4.2.3.2.2 Masajes. Tiene efectos terapéuticos tranquilizantes que pueden aliviar la depresión, hay evidencia de que la terapia de masajes producen cambios bioquímicos importantes, asociados con un menor nivel de estrés y depresión, por ejemplo una baja del nivel de cortisol sérico, aumento de la concentración de serotonina y dopamina, estas dos últimas sustancias químicas son neurotransmisores que se piensa, se encuentran disminuidas durante la depresión, por lo que su aumento se asociaría con una mejoría en el estado de ánimo y nivel de energía (Jiménez, 2014).

4.2.4. Prevención. Una de las tareas primordiales de la prevención consiste en la formación de personas que tengan un grado de autoestima suficiente, mediante una acción conjunta familiar, sin apelar a las fuerzas represoras y punitivas, ya que lo más propicio para ello es la estimulación cariñosa. Como factores de vulnerabilidad que incrementan la predisposición a esta enfermedad entre las mujeres, sobre todo si está presente algún elemento de riesgo, se pueda señalar los siguientes: el haber perdido a los padres antes de los diecisiete años, la pérdida de la madre antes de los once años, la presencia de alcoholismo o depresión entre los familiares de primer grado, incidencia ante la que resulta algunas veces difícil deslindar el influjo genético del perjuicio psicosocial, la personalidad insegura con un nivel bajo de autoestima y muy sensible a las críticas de los demás, la personalidad perfeccionista con tendencia a la excesiva responsabilización, la personalidad ambiciosa, formada por una educación en la infancia que ha tomado como objetivos principales el alto nivel de aspiraciones y la preparación para la lucha en un ambiente de competitividad sin fin (Yac, 2011).

La intervención preventiva ha de tratar de conseguir al máximo posible neutralizar los factores de riesgo existentes. Se postula una atención primaria de salud como un bien obtenido por medio de la participación continua de los individuos, los familiares y los amigos. Los familiares y los amigos forman el recurso preventivo natural más importantes, sea como promotores de la salud o como colaboradores sanitarios. La movilización espontánea de las personas vinculadas al individuo cuya salud se halla necesitada de protección preventiva (Yac, 2011).

4.2.4.1. Estrategias de apoyo posparto. Cuando el parto ha sido distinto de lo esperado, es decir, demasiado largo, doloroso o con complicaciones, puede haber secuelas psicológicas graves, como el temor intenso a un futuro parto o embarazo. La mujer puede haber sufrido tanto que tenga constantes pesadillas, recuerdos dolorosos y sensación de temor al futuro. El propósito de hablar de lo que sucedió en el parto es ventilar sus experiencias y emociones, incluso su enojo o desilusión, con el fin de que se pueda prevenir la aparición del trastorno por estrés postraumático. Muchas mujeres sienten culpa por las complicaciones ocurridas, o miedo a que pueda volver a ocurrir todo de nuevo (Aguilar, 2017).

En cualquier caso, sería deseable que los hospitales ofrecieran a las pacientes o parejas la oportunidad de hablar de sus experiencias durante el parto, sobre todo cuando algo se complica. Es posible que entre más capacitado esté el personal para hacer frente a todas las emociones suscitadas, más benéfica será la experiencia de narrar lo ocurrido (Aguilar, 2017).

4.3. Instrumentos de medición

4.3.1. Test de Edimburgo. La Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS) (de Cox, Holden y Sagovsky) es una buena herramienta para el tamizaje de cuadros depresivos del posparto, fácil de aplicar, breve y cuyo uso se ha extendido en muchas partes. A pesar de que su objetivo inicial fue la detección de cuadros depresivos en el posparto, se ha comenzado a usar para la identificación de episodios depresivos en el embarazo. La EPDS ha sido ampliamente probada, traducida y utilizada en más de 23 países para identificar a las mujeres que podrían estar cursando una depresión en el posparto. La EPDS también ha sido ampliamente validada como una herramienta efectiva para la detección de depresión en los tres trimestres del embarazo. Es una escala de 10 ítems, auto-administrada, que requiere aproximadamente 5 minutos para completar. Cuando los resultados no son concluyentes, la prueba se puede volver a administrar después de 2 semanas. LA EPDS tiene una puntuación máxima de 30. Muestra una sensibilidad de 76,7% y una especificidad de 92,5% para depresión perinatal. Una puntuación de 12 o más indica una posible depresión, de diversa gravedad (Alvarado, 2012).

Es un instrumento muy fiable para las evaluaciones secuenciales de síntomas depresivos en el embarazo y en particular, para el tamizaje de un trastorno depresivo mayor. Los usuarios pueden reproducir sin permiso la EPDS proporcionando citación de los nombres de los autores, el título y el origen de este, en todas las copias reproducidas (Alvarado, 2012).

Ha sido validada para su uso en el embarazo por Murray & Cox, con un punto de corte de 14/15 para probable depresión, su uso se ha extendido hasta casi 4 años posparto. Esta validación se realizó entre las 28 y 34 semanas de gestación (Alvarado, 2012).

4.3.2. Inventario de depresión de Beck. El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz, 2010).

Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Asociación, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de

enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993) (Muñiz, 2010).

La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad, para hacer una categorización de la severidad de la depresión. El estudio de validación al idioma español fue realizado en Buenos Aires por Bonicatto y cols. en 1998, determinándose la consistencia interna y la validez concurrente. El estudio de validez y re producibilidad en México fue realizado en 1991 por Torres-Castillo y en 1998 se estandarizó el instrumento en muestras más amplias de residentes de la ciudad de México, siendo aceptables los índices de confiabilidad y validez encontrados. La versión abreviada de 13 ítems también es muy utilizada. Los valores de las cuatro opciones de respuesta son iguales en todos los reactivos y van de 0 a 3 puntos, dando un puntaje total posible de 63 puntos. Los puntos de corte propuestos son: 0-13 Depresión mínima, 14-19 Depresión leve, 20-28 Depresión moderada y 29-63 Depresión grave. En 1986 se realizó un estudio para determinar la validez concurrente del inventario en esta versión comparándola con la escala de Hamilton para depresión y con la escala de Widlocher (Muñiz, 2010).

4.3.3. Escala de acontecimientos vitales importantes de Holmes y Rahe. La que se conoce como 'Escala de estrés Holmes-Rahe' fue elaborada en 1967 por parte de los psicólogos Thomas Holmes y Richard Rahe. La escala se realizó analizando más de 5.000 registros médicos de pacientes en la búsqueda de alguna conexión entre estrés y el hecho de que hubieran enfermado (Parra, 2017).

Para establecerlo pidieron a los pacientes que ordenaran una lista de eventos estresantes y le otorgaran una puntuación a cada uno de ellos. El instrumento fue aplicado varias veces y los resultados fueron siempre muy similares. Se encontró entonces que sí había una correlación entre la enfermedad y los eventos traumáticos o estresantes. Así nació esta escala del estrés (Sanchez, 2019)

De la investigación llevada a cabo por Holmes y Rahe surgió una lista que contiene 43 ítems. Cada uno de ellos corresponde a un hecho estresante. Al frente de cada evento hay un número. Dicho número indica el grado en que dicho evento puede afectar a una persona de acuerdo con los estudios llevados a cabo (Sanchez, 2019).

La escala del estrés de Holmes y Rahe va de uno a cien. Cuanto más alto es el número, más probabilidades tiene de impactar la salud. Así mismo, si el número es bajo, la incidencia también es escasa. Sin embargo, los resultados se obtienen del sumatorio de los ítems. Si una

persona, por ejemplo, ha vivido una situación de puntuación 30 y otra de puntuación 55, su nivel de estrés será de 85. Esta puntuación emplea lo que llamaron unidades de cambio vital (LCU por 'Life Change Units'): a mayor puntuación, más estresante se considera la experiencia (Sanchez, 2019).

La forma de completar la escala del estrés es mirando la lista y marcando con un círculo los eventos que hayan tenido lugar en la vida personal durante el último año. Al final, se suman todas las puntuaciones. Si el resultado es de 150, el riesgo para la salud es medio-bajo. Si es de 200 o más, la persona estaría en riesgo. Y si suma 300 o más, el riesgo sería muy serio (Sanchez, 2019).

5. Metodología

5.1. Tipo de estudio

Se desarrolló un estudio de enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal, prospectivo.

5.2. Área de estudio

La investigación se llevó a cabo en el centro de salud Héroes del Cenepa perteneciente al MSP, ubicado en el barrio Esteban Godoy de la ciudad de Loja durante el período agosto 2020 a enero 2021.

5.3. Universo y Muestra

El universo del estudio lo conformaron 84 gestantes atendidas en el centro de salud Héroes del Cenepa, muestra conformada por 71 pacientes embarazadas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

5.4. Criterios de inclusión

- Pacientes gestantes atendidas en el Centro de salud Héroes del Cenepa en el período agosto 2020 - enero 2021.
- Pacientes gestantes que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

5.5. Criterios de exclusión

- Pacientes gestantes que no proporcionaron la información necesaria para el estudio.
- Pacientes gestantes que padecen alguna enfermedad mental significativa.
- Pacientes que se encontraban en periodo posparto.

5.6. Técnicas, Instrumentos y Procedimiento

5.6.1. Técnicas. Debido al período de pandemia se realizó la búsqueda en la plataforma de registro de atención salud (PRAS) para identificar a las gestantes atendidas en el centro de salud Héroes del Cenepa durante el período agosto 2020 – enero 2021, se invitó a una reunión para socializar el estudio y el consentimiento informado elaborado para esta investigación, luego se procedió a recoger información en la hoja de recolección y se aplicó los test Escala de depresión de Edimburgo para embarazo, Inventario de Beck para depresión y escala de valoración de sucesos vitales de Holmes y Rahe.

5.6.2. Instrumentos. La investigación se llevó a cabo mediante la estructuración del consentimiento informado elaborado según lo establecido por el comité de evaluación de ética de la investigación (CEI) de la OMS, mismo que contiene una introducción, propósito, tipo de intervención, selección de participantes, principio de voluntariedad, información sobre los instrumentos de recolección de datos, procedimiento, protocolo, descripción del proceso, duración del estudio, beneficios, confidencialidad, resultados, derecho de negarse o retirarse, y a quien contactarse en caso de algún inconveniente (Anexo 5).

También se elaboró una hoja de recolección de información (Anexo 6) este documento tuvo como finalidad recoger datos sociodemográficos de las pacientes que serán utilizados para la interpretación de los resultados.

Se aplicó los test Escala de depresión de Edimburgo para embarazo y posparto (Anexo 7) este test se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión durante y después del parto una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad”. Es una escala de 10 ítems, autoadministrada que consta de diez preguntas cortas, que hacen relación a como se ha sentido la madre después del parto, cada una de las preguntas consta de cuatro opciones de respuesta valorada de 0 a 3 puntos y se obtiene una puntuación global de la sumatoria de todas ellas, con un puntaje total máximo de 30 puntos. Durante el embarazo una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión. Esta escala fue planteada en 1987 por Murray y Cox para detectar posibles casos de depresión postnatal; fue posteriormente validada en población gestante por los mismos autores (1990), y por otros investigadores en diversos países; tiene una consistencia interna buena (alfa de Cronbach de 0.826) por lo que fue utilizado en el presente estudio.

Inventario de depresión de Beck (Anexo 8) es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. Según estudios realizados en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú en gestantes sin antecedente

psiquiátrico diagnosticado, presenta una consistencia interna alta (alfa de Cronbach de 0,815), por lo que fue empleado en el presente estudio.

Escala de valoración de sucesos vitales de Holmes y Rahe. (Anexo 9) que consta de una lista de 43 acontecimientos vitales a los que se otorga una puntuación en función de lo estresantes que son para la persona que los experimenta. Así, gracias a una puntuación de 0 a 100 se evaluaba lo estresante que era un hecho. La escala se ha realizado con el fin de buscar alguna conexión entre estrés y el desarrollo de enfermedades psicosomáticas. Una vez obtenidos los ítems señalados por el paciente se suma la puntuación asignada a cada uno y se interpreta de la siguiente manera:

Menos de 150: riesgo bajo de 30% de presentar enfermedad psicosomática.

Entre 150 a 300: riesgo intermedio de 50% de presentar enfermedad psicosomática.

Más de 300: riesgo alto de 80% de presentar enfermedad psicosomática.

La escala presenta una consistencia interna (confiabilidad) buena, según estudios realizados en Yucatán-México, en una población similar, con un alfa de Cronbach de 0.721, siendo adecuado para establecer los objetivos planteados.

5.6.3. Procedimiento. Se realizó un proyecto de investigación basado en los lineamientos de la Universidad Nacional de Loja, este se presentó a la Gestora de la Carrera de Medicina para solicitar la aprobación (Anexo 1), pertinencia (Anexo 2) y designación del director del trabajo de titulación (Anexo 3). Para la recolección de los datos se solicitó autorización al director del Centro de Salud Héroe del Cenepa para desarrollar la investigación (Anexo 4). Una vez identificadas las pacientes se realizó la socialización del proyecto de investigación, logrando de esta forma la participación de las pacientes con la firma del consentimiento informado y llenado de la ficha de recolección de información personal, se aplicaron los test de Depresión de Edimburgo para embarazo y posparto, Inventario de Beck para depresión y la Escala de valoración de sucesos vitales de Holmes y Rahe. Una vez obtenida la información se procedió a elaborar una base de datos para poder analizarlos, elaborar los resultados de la investigación y presentar el informe final.

5.6.4. Equipos y Materiales. Computador, impresora, material de escritorio, internet, copias, transporte.

5.6.5. Análisis estadístico. Una vez obtenida la información se procedió a elaborar una base de datos para poder tabular y analizar, para ello se utilizó los programas Microsoft Word, Excel y SPSS 16.0, en los que se elaboró las tablas presentadas en esta investigación.

6. Resultados

6.1. Resultado para el primer objetivo

“Establecer el riesgo y factores estresantes de depresión en gestantes atendidas en el centro de salud Héroes del Cenepa de Loja, periodo agosto 2020 - enero 2021”

Tabla 1

Riesgo de depresión en relación con la edad en gestantes atendidas en el centro de Salud Héroes del Cenepa, período agosto 2020 – enero 2021

Riesgo de depresión								
Grupos de edad	Sin riesgo		Límite de riesgo		Riesgo de padecer depresión		TOTAL	
	F	%	F	%	f	%	f	%
16 a 20 años	3	4,23	7	9,86	9	<u>12,68</u>	19	26,76
21 a 25 años	10	14,08	6	8,45	3	<u>4,23</u>	19	26,76
26 a 30 años	12	16,90	3	4,23	2	<u>2,82</u>	17	23,94
31 a 35 años	7	9,86	1	1,41	-	-	8	11,27
36 a 40 años	2	2,82	4	5,63	-	-	6	8,45
41 a 45 años	1	1,41	1	1,41	-	-	2	3,82
TOTAL	35	<u>49,30</u>	22	<u>30,99</u>	14	<u>19,72</u>	71	100,00

Fuente: Base de datos (Escala de depresión de Edimburgo)

Elaboración: Jessica Yajaira Peralta Armijos

Análisis: El presente estudio estuvo constituido por una muestra de 71 gestantes, de edades comprendidas entre 16-44 años. En el total de la población estudiada se evidenció que, el 19,72% (n=14) de las gestantes tienen riesgo de presentar depresión y de estas el 12,68% (n=9) corresponde al rango de edad de 16 a 20 años, seguido del 4,23% (n=3) en el grupo comprendido entre 21 a 25 años y el 2,82% (n=2) tienen edades entre los 26 a 30 años. El 30,99 (n=22) tiene riesgo límite y el 49,30% (n=35) no tiene riesgo de presentar depresión.

Tabla 2

Factores estresantes para depresión en gestantes atendidas en el centro de Salud Héroes del Cenepa, período agosto 2020 – enero 2021

Factores Estresantes	f	Porcentaje
Embarazo	71	100,00%
Cambio de hábito de dormir	65	91,55
Cambio en el número de reuniones familiares	48	67,61
Cambio de hábitos alimentarios	34	47,89
Cambio en las condiciones de vida	25	35,21%

Fuente: Base de datos (Escala de valoración de sucesos vitales de Holmes y Rahe)

Elaboración: Jessica Yajaira Peralta Armijos

Análisis: De acuerdo a las respuestas entregadas por las gestantes, se aprecia que los eventos referidos con mayor frecuencia fueron: cambio de hábito de dormir con un 91,55% (n=65), cambio en el número de reuniones familiares 67,61% (n=48), cambio de hábitos alimentarios con 47,89% (n=34), cambio en las condiciones de vida 35,21% (n=25), cabe considerar que el embarazo es un evento incluido en esta escala, por eso el 100% (n=71) de las pacientes estudiadas lo presenta.

6.2. Resultado para el segundo objetivo

“Conocer el grado de depresión según la edad en gestantes atendidas en el centro de Salud Héroes del Cenepa de Loja, periodo agosto 2020 - enero 2021”

Tabla 3

Grado de depresión en relación con la edad en gestantes atendidas en el Centro de Salud Héroes del Cenepa, período agosto 2020 – enero 2021

Grupos de edad	Grado de depresión							
	Mínimo		Leve		Moderado		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
16 a 20 años	2	2,82	10	<u>14,08</u>	7	<u>9,86</u>	19	26,76
21 a 25 años	6	8,45	12	<u>16,90</u>	1	1,41	19	26,76
26 a 30 años	7	<u>9,86</u>	10	<u>14,08</u>	-	-	17	23,94
31 a 35 años	3	4,23	4	5,63	1	1,41	8	11,27
36 a 40 años	2	2,82	3	4,23	1	1,41	6	8,45
41 a 45 años	-	-	-	-	2	2,82	2	3,82
TOTAL	20	<u>28,17</u>	39	<u>54,93</u>	12	<u>16,90</u>	71	100,00

Fuente: Base de datos (Inventario de depresión de Beck)

Elaboración: Jessica Yajaira Peralta Armijos

Análisis: Del total de la población estudiada, se puede determinar que el 16,90% (n=12) presentó un grado de depresión moderada, de estos el 9,86% (n=7) tiene edades comprendidas entre 16 a 20 años; el 54,93% presentó un grado de depresión leve identificando que el grupo etario más afectado fue el comprendido entre 21 a 25 años con un 16,90% (n=12) y el 14,08% (n=10) entre 16 a 20 años y 26 a 30 años. El 28,17% (n=20) tiene un grado de depresión mínima, de estos el 9,86% (n=7) corresponden al rango de 26 a 30 años. En el estudio no se registraron pacientes con grado grave de depresión.

6.3. Resultado para el tercer objetivo

“Identificar la relación entre el riesgo y factores estresantes junto con los grados de depresión presentes en gestantes atendidas en el Centro de Salud Héroes del Cenepa de Loja, periodo agosto 2020 - enero 2021”.

Los resultados se presentan en dos tablas diferentes, la primera identifica la relación entre las pacientes que presentaron límite de riesgo y riesgo de padecer depresión junto con el grado de depresión leve y moderado.

Tabla 4.

Relación entre riesgo de depresión y grado de depresión en gestantes atendidas en el centro de Salud Héroes del Cenepa, período agosto 2020 – enero 2021

<i>Riesgo</i>	<i>Grado de depresión</i>					
	<i>Leve</i>		<i>Moderado</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Límite de riesgo</i>	10	<u>34,48</u>	4	13,79	14	<u>48,28</u>
<i>Riesgo</i>	9	<u>31,03</u>	6	20,69	15	<u>51,72</u>
<i>TOTAL</i>	19	<u>65,52</u>	10	<u>34,48</u>	29	100,00

Fuente: Base de datos (Escala de depresión de Edimburgo e Inventario de depresión de Beck)

Elaboración: Jessica Yajaira Peralta Armijos

Análisis: De las 71 gestantes que formaron parte del estudio, 29 presentaron riesgo de padecer depresión y algún grado de depresión que representa el 100%; como se indica en la tabla al identificar la relación se puede apreciar que el 51,72% (n=15) presentó riesgo de padecer depresión y de estas el 31,03% (n=9) corresponde a grado leve; el porcentaje de gestantes en la categoría límite de riesgo fue de 48,28% (n=14) de las cuales el 34,48% (n=10) presentó grado leve de depresión. Al establecer la relación de variables mediante la prueba de chi cuadrado, se obtiene un valor de p de 0,518 es decir, que no existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo y el grado de depresión.

La segunda tabla del objetivo identifica la relación entre factores estresantes y grado de depresión leve y moderado.

Tabla 5.

Relación entre factores estresantes para depresión y grado de depresión en gestantes atendidas en el centro de Salud Héroes del Cenepa, período agosto 2020 – enero 2021

<i>Factores estresantes</i>	<i>Grados de depresión</i>				<i>TOTAL</i>	
	<i>Leve</i>		<i>Moderado</i>		<i>f</i>	<i>%</i>
	<i>F</i>	<i>%</i>		<i>%</i>		
<i>Cambio en las condiciones de vida</i>	10	<u>34,48</u>	4	13,79	14	<u>48,28</u>
<i>Cambio en el hábito de dormir</i>	4	<u>13,79</u>	2	6,90	6	<u>20,69</u>
<i>Cambio en el número de reuniones familiares</i>	3	<u>10,34</u>	3	<u>10,34</u>	6	<u>20,69</u>
<i>Cambio en hábitos alimentarios</i>	2	<u>6,90</u>	1	3,45	3	<u>10,34</u>
<i>TOTAL</i>	19	65,52	10	34,48	29	100,00

Fuente: Base de datos (Factores estresantes de Holmes y Rahe e Inventario de Beck)

Elaboración: Jessica Yajaira Peralta Armijos

Análisis: Al identificar la relación entre factores estresantes y grado de depresión, se puede apreciar que el 48,28% (n=14) presentó cambios en las condiciones de vida y de estas el 34,48% (n=10) presenta grado leve de depresión, el 20,69% (n=6) presentaron cambios en el hábito de dormir de las cuales el 13,79% (n=4) corresponde a la categoría de grado leve, el 20,69% (n=6) pacientes presentaron cambio en el número de reuniones familiares registrando un 10,34% (n=3) tanto en grado leve como moderado, y finalmente el 10,34% (n=3) presentaron cambios en hábitos alimentarios de las cuales se logra identificar que el 6,90 % (n=2) corresponden a grado leve. Al establecer la relación de variables mediante la prueba de chi cuadrado, se obtiene un valor de p de 0,650 es decir, que no existe relación estadísticamente significativa entre los factores estresantes y el grado de depresión.

7. Discusión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Las estimaciones de este organismo indican que 300 millones de personas viven con depresión en el planeta; afecta más a mujeres en edad reproductiva; el embarazo puede ser un momento de relevancia para su desarrollo (MSP, 2022).

La incidencia de depresión encontrada en el presente estudio realizado en gestantes fue de 19,72%. Este resultado muestra similitud con otros estudios reportados a nivel internacional, en donde se ha registrado que el 13 – 19% de las mujeres sufre depresión durante el embarazo (Duque, 2021). Lo anteriormente mencionado varía de acuerdo con la forma de evaluar y diagnosticar la depresión, así como las diferentes escalas. Según la OMS hay una incidencia de 7 al 20%. De igual forma estudios realizados en Australia y Brasil estiman una incidencia de 29,7% y del 12 a 14% respectivamente (Carrillo *et al.*, 2017). Los datos obtenidos en el Centro de salud Héroes del Cenepa en Loja, se suman además a los observados en la Universidad Autónoma de Yucatán – México, que incluyó a 258 pacientes, valoradas con el mismo instrumento identificándose una incidencia de depresión prenatal de 16,66% (Carrillo *et al.*, 2017).

Por otro lado, a nivel nacional en otras instituciones como la Universidad Técnica de Ambato en el año 2019, se encontró que, según la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo, en una muestra de 60 mujeres embarazadas, el 41,7% sufre depresión durante el embarazo (Zambonino, 2019), resultados que difieren con los encontrados en las gestantes que acudieron al Centro de salud Héroes del Cenepa.

En relación a la edad el estudio estuvo conformado por gestantes entre los 16 a 44 años, similar a la población encontrada en el Centro de Salud de Chimbacalle en el año 2016, en donde se reportan pacientes cuya edad estuvo comprendida entre 15-42 años, (Pilca, 2017). La mayor tendencia a la depresión se presentó en el grupo de 16-20 años, por lo que se demuestra que la depresión durante el embarazo afecta en mayor medida a pacientes más jóvenes, lo que contrasta con el estudio realizado por Pilca *et al.*, en donde señala que la edad es un factor inconsistente (Pilca, 2017).

Al analizar el grado de depresión en gestantes, se evidenció que, del total de la población estudiada, un 54,93% presentó depresión leve y el 16,90% depresión moderada, llama la atención que en la muestra no se registraron pacientes con grado grave de depresión, a

diferencia de un estudio realizado en la Universidad Nacional de Loja en el año 2017, en el cual se tomó como muestra 60 pacientes del barrio Chontacruz y menciona que del total de gestantes el 26,67% presentó depresión leve, el 6,67% depresión moderada y un 3,33% de ellas presentaron depresión grave (Aguilar, 2017).

Un aspecto importante en el estudio es la relevancia que cobran los diferentes sucesos vitales durante la gestación. Esto queda demostrado por la elevada frecuencia de situaciones condicionantes de estrés que fueron detectadas en la población valorada. Las situaciones vitales que destacaron fueron los cambios en el hábito de dormir con un 91,55%, cambio en el número de reuniones familiares 67,61%, cambio de hábitos alimentarios con 47,89%, cambio en las condiciones de vida 35,21%, en comparación con el estudio realizado por Carrillo et al en el cual se evidenció que las situaciones estresantes más frecuentes en el embarazo fueron el cambio en el ritmo de sueño 44,2%, cambio de hábitos alimentarios 34,5%, cambio de actividades de ocio con 27,1%, datos que por su orden de frecuencia resultan similares a los de la presente investigación; otros sucesos vitales que se asociaron significativamente con la depresión prenatal fueron la separación matrimonial, dificultades sexuales, alejamiento del hogar, enfermedad o accidente (Carrillo, *et al.* 2017).

En cuanto a la relación existente entre depresión y factores estresantes obtenida mediante la Escala de valoración de factores estresantes de Holmes de Rahe, en una publicación realizada en el Centro de Atención Primaria de Salud de la ciudad de Valdivia – Chile, en el año 2008, Cabezas et al señala que, existe una relación positiva entre ambos, logrando identificar que 1 de cada 7 gestantes con estrés presentaron de forma simultánea depresión (Cabezas, et al, 2008) lo que difiere del presente estudio porque no se encontró relación estadísticamente significativa.

8. Conclusiones

- En el presente estudio se estableció que a pesar de que los datos obtenidos en la población se encuentran dentro de los parámetros internacionales, corresponden una cifra importante, y dentro de esta la población más afectada fue la comprendida entre los 16 a 25, un bajo porcentaje presentó riesgo de padecer depresión, y el mayor porcentaje de las gestantes se encuentra en la categoría sin riesgo. Al valorar los factores estresantes se determinó que, aunque estos no reflejen datos significativos, resultaron ser alarmantes por las frecuencias demostradas, siendo los más representativos cambios en el hábito de dormir, cambio en el número de reuniones familiares, cambio en los hábitos alimenticios y cambios en las condiciones de vida.

- En el total de la población estudiada se logró identificar que un bajo porcentaje de las gestantes presentó un grado de depresión moderada, seguido de depresión mínima y más de la mitad de las gestantes presentó depresión leve. Las edades comprendidas entre los 16 a 20 años presentaron depresión moderada, seguido de las pacientes de 21 a 25 años y de 26 a 30 años.

- Al establecer la relación entre las pacientes que presentaron riesgo y el grado de depresión mediante la prueba de chi cuadrado, se obtiene un valor de p de 0,518 que no representa relación estadísticamente significativa y al identificar la relación entre las pacientes que presentaron factores estresantes y grado de depresión se obtuvo un valor de p de 0,650 lo cual tampoco es estadísticamente significativo.

9. Recomendaciones

- A los directivos del Distrito de Salud, se debe considerar en sus planes de capacitación temas relacionados sobre la depresión e incorporar en el control prenatal la valoración emocional con el fin de identificar los signos y síntomas depresivos en pacientes gestantes para una oportuna intervención y manejo interdisciplinario.

- Al personal de los centros de salud de primer nivel de atención, promover la valoración emocional a las embarazadas para que puedan brindar un seguimiento eficaz y adecuado, mediante actividades de promoción de la salud y prevención de la depresión, además pueden crear grupos de ayuda mutua en el club de embarazadas que servirá de apoyo a las pacientes.

- A las autoridades de la Carrera de Medicina y Facultad de la Salud Humana, fortalecer e incentivar el desarrollo de investigaciones sobre la depresión en todos los ciclos de vida de la población y elaborar proyectos de vinculación junto con la carrera de Psicología y de esta forma pueda aportar a la salud mental de la comunidad.

10. Bibliografía

- Aguilar, A. (2017). *DEPRESIÓN EN MUJERES EN GESTACIÓN Y PUERPERIO EN EL BARRIO CHONTACRUZ-LOJA*. Loja: Universidad Nacional de Loja.
- Alarcón, R. (2018). *GUIA DE PRACTICA CLINICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS*. Murcia: Región de Murcia - Consejería de Sanidad.
- Alcolea, S. (2011). Guía de cuidados en el embarazo. *HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CEUTA*, 1-77.
- Aliño, J. J.-I. (2012). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid : MASSON, S.A.
- Alvarado, R. (2012). *VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE EDIMBURGO PARA EMBARAZADAS*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Carrillo Basulto, M. B., May Novelo, L. D., Rodríguez Baeza, A. K., & Rosado Alcocer, L. M. (2017). Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 8.
- Cervantes, L. (2018). *Nivel de depresión en embarazadas adscritas a la UMF No. 9 del IMSS delegación Aguascalientes tesis*. Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Duque, A. (30 de Abril de 2021). *INFOCOP*. Obtenido de Consejo General de la Psicología de España: https://www.infocop.es/view_article.asp?id=17039
- Hernández, C. (2016). RIESGO DE DEPRESIÓN POST PARTO EN PACIENTES POST PARTO EUTOCICO SIMPLE VRS PACIENTES POST CESAREA. *Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Medicas*, 1-43.
- Hernández, J. (Septiembre de 2018). *Universidad de Murcia*. Obtenido de <https://www.um.es/lafem/Actividades/OtrasActividades/2012-CursoPsiquiatria/MaterialAuxiliar/2012-07-11-TrastornosPersonalidad.pdf>
- Jiménez, T. (2014). *“DEPRESIÓN PRENATAL Y SU RELACIÓN CON BAJO PESO AL NACIMIENTO, EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA , PERIODO 2014*. Loja: Universidad Nacional de Loja.
- Lartigue, T. (2008). Depresión en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum*, 111-131.

- Martínez, J. (2019). Depresión en el embarazo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 8.
- Médica, E. (03 de Abril de 2019). *Ecuador entre los cinco países con mas discapacidad por depresión*. Obtenido de Edición Médica: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-es-uno-de-los-cinco-paises-con-mas-discapacidad-por-depresion-93904>
- Medwave. (2005). Depresion materna. *Sociedad Norteamericana de Teratologia*, 1-9.
- MSP. (12 de Diciembre de 2017). *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos*. Obtenido de MSP: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf
- MSP. (7 de Abril de 2022). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador* . Obtenido de Día Mundial de la Salud, con el tema “Depresión: <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/#:~:text=Para%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el,a%20los%20de%20los%20hombres>.”
- Muñiz, J. (2010). *La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test*. Madrid: Papeles del Psicólogo.
- OMS. (7 de Abril de 2017). *Depresión*. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- OMS. (30 de Enero de 2020). *Depresión*. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- ONU. (14 de Marzo de 2022). *Objetivos del Desarrollo Sostenible* . Obtenido de Salud y Bienestar : <https://ecuador.un.org/es/sdgs/3>
- OPS. (30 de Marzo de 2017). *Depresión*. Obtenido de OPS: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1886:depresion-hablemos-en-el-dia-mundial-de-la-salud-2017&Itemid=360
- OPS. (13 de Septiembre de 2021). *Salud mental en las américas* . Obtenido de Depresión: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>

- Ortega, L. (2001). Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatal Reprod Hum*, 11-20.
- Paredes, J. F. (2019). Depresión en el embarazo. *Scielo*, 8.
- Parra, S. (03 de Mayo de 2017). *Tecnoexplora*. Obtenido de https://www.lasexta.com/tecnologia-tecnoexplora/ciencia/divulgacion/escala-estres-holmes-rahe-divorcio-puntua-ingreso-prision_201704275909730b0cf2ea95b03e3e8c.html#:~:text=La%20que%20se%20conoce%20como,Thomas%20Holmes%20y%20Richard%20Rahe.&text=Si%20el%20n
- Pilca, V. E. (2017). *Depresión en el embarazo y su relación con la disfunción familiar en mujeres que acuden al Centro de Salud de Chimbacalle en el período de marzo a agosto de 2016*. Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Quiroz, C. (Agosto de 2012). *DocPlayer*. Obtenido de <http://docplayer.es/528458-Informe-final-de-investigacion-tesis-de-maestria-investigador-carlos-andres-quiromora-especialista-en-neurorehabilitacion-director-de-tesis.html>
- Sanchez, E. (28 de Agosto de 2019). *La mente maravillosa*. Obtenido de <https://lamenteesmaravillosa.com/la-escala-del-estres-segun-holmes-y-rahe/>
- Suárez, M. A. (2010). La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. *Scielo*, 5.
- Yac, C. (2011). *DEPRESIÓN EN MUJERES DURANTE EL EMBARAZO*. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar.
- Zambonino, S. (2019). *EL VÍNCULO TEMPRANO Y SU RELACIÓN EN EL DESARROLLO DE DEPRESIÓN PERINATAL EN MUJERES EMBARAZADAS*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato.

11. Anexos

11.1. Anexo 1 Aprobación del proyecto del trabajo de titulación



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud

MEMORÁNDUM Nro.0055 CCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Jessica Yajaira Peralta Armijos.
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 22 de julio de 2020

ASUNTO: APROBACIÓN DE TEMA DE PROYECTO DE TESIS

En atención a la comunicación presentada en esta Dirección de la **Srta. Jessica Yajaira Peralta Armijos**, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo se **aprueba el TEMA** del proyecto de tesis denominado: **"Depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Héroes del Cenepa de Loja"**, por consiguiente el estudiante deberá presentar el perfil de proyecto de investigación y solicitar su pertinencia.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

C.c.- Archivo; Estudiante;

/Bcastillo.

Calle Manuel Monte
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecu
072 -57 1379 Ext.

11.2. Anexo 2 Informe de pertinencia



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud

MEMORÁNDUM Nro.0077 CCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Jessica Yajaira Peralta Armijos.
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 27 de Julio 2020

ASUNTO: INFORME DE PERTINENCIA

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "Depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Héroes del Cenepa de Loja", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por el Dr. Álvaro Quinche, Docente de la Carrera, luego de hacer la revisión correspondiente se determinó que el mismo cumple con los requisitos establecidos por lo que se emite la **PERTINENCIA** en cuanto a su coherencia y organización, solicitándose algunos cambios de forma que no alteran la estructura del trabajo de investigación:

- El tema debe tener nivel de estudio y la delimitación temporal,
- En metodología, señala que se va a estudiar la relación de variables porque el nivel de estudio ya no solo sería descriptivo sino analítico-relacional.

Por tanto, puede continuar con el trámite respectivo.



Formado electrónicamente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

C.c.- Archivo, Estudiante.

/8castillo.

11.3. Anexo 3 Designación de director del trabajo de titulación



unl

Universidad
Nacional

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud

MEMORÁNDUM Nro.0300 DCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Álvaro Quinche
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA.

DE: Dra. Tania Cabrera.
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 09 de noviembre de 2020

ASUNTO: DESIGNACIÓN DE DIRECTOR DE TESIS

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director de tesis del tema, "**Depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Héroes del Cenepa de Loja**", autoría de la Srta. Jessica Yajaira Peralta Armijos

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



TANIA VERÓNICA
CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera Parra
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo; Director de tesis; estudiante.

/B.castillo.

11.4. Anexo 4 Autorización para desarrollo del trabajo de investigación

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Coordinación Zonal 7 - SALUD
Dirección Zonal de Provisión de Servicios de Salud
Oficio Nro. MSP-CZ7-SPROVISION-2020-0012-O

Loja, 28 de diciembre de 2020

Asunto: RESPUESTA: UNL. Dra. Tania Cabrera Parra, Solicita Autorización para Desarrollo del Trabajo de Investigación.

Gestora Académica de la Carrera de Medicina
Tania Verónica Cabrera Parra
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
En su Despacho

De mi consideración:

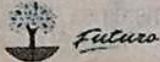

En atención a Memorándum Nro. 0394 DCM-FSH-UNL suscrito por Usted, en el que solicita la autorización para que la Srta. Jessica Yajaira Peralta Armijos estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, aplique instrumentos de investigación y acceda a la información de los pacientes para la realización del Proyecto de Investigación denominado "Depresión de Gestantes atendidas en el Centro de Salud Héroes del Cenepa".

Al respecto me permito comunicarle que en el marco del Convenio de Cooperación Interinstitucional de Salud Pública, la Asociación de Facultades Ecuatorianas de Ciencias Médicas y de la Salud AFEME y la Asociación Ecuatoriana de Escuelas y Facultades de Enfermería ASEDEFE y el convenio específico entre la Universidad Nacional de Loja y la Coordinación Zona 7-Salud, se autoriza a la Srta. Jessica Yajaira Peralta Armijos, para que realice la investigación en el Centro de Salud Héroes del Cenepa del Cantón Loja, para lo cual la estudiante deberá coordinar con la Lic. Patricia Chávez Responsable de la Unidad Operativa y firmar el acuerdo de confidencialidad conforme lo establece el Art. 7. Del Acuerdo Ministerial 5216 publicado en el Registro Oficial Suplemento 427 de 29-ene.-2015 que en su parte pertinente textualmente indica: "El uso de los documentos que contienen información de salud no se podrá autorizar para fines diferentes a los concernientes a la atención de los/las usuarios/as, evaluación de la calidad de los servicios, análisis estadístico, investigación y docencia. Toda persona que intervenga en su elaboración o que tenga acceso a su contenido, está obligada a guardar la confidencialidad respecto de la información constante en los documentos antes mencionados.

Finalizada la investigación el estudiante debe comprometerse a remitir a la responsable de la unidad operativa la copia de los resultados de la investigación, misma que servirá de insumo para la toma de decisiones sobre el tema

Con sentimientos de distinguida consideración.

Dirección: Santo Domingo de los Colorados entre Riobamba y machala.
Código Postal: 110150 / Loja Ecuador Teléfono: 593-7-2570-584 - www.salud.gob.ec

Loja, 28 de diciembre de 2020

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dra. Maria Betsabe Carpio Villacis
**MÉDICO GENERAL DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN / RESPONSABLE DE
DIRECCIÓN DE PROVISIÓN Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD
ZONAL 7-SALUD**

Referencias:

- MSP-CZ7-DZAF-2020-1825-E

Copia:

Señora Magíster
Patricia Janeth Chávez Poma
Enfermera del Centro de Salud Héroes del Cenepa / RESPONSABLE

Señorita Magíster
Livia Gladys. Pineda Lopez
Medico General/Provisión de Servicios de Salud

lp



Firmado electrónicamente por:
**MARIA BETSABE
CARPIO
VILLACIS**



11.5. Anexo 5 Consentimiento informado Organización Mundial de la Salud (OMS)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA
Formulario N°.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INTRODUCCIÓN

A través del presente documento se da a conocer que usted ha sido seleccionado(a) y se le invita a participar en el estudio: “**Depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Héroes del Cenepa de Loja**”, mismo que está a cargo de la señorita **Jessica Yajaira Peralta Armijos**, estudiante de la carrera de medicina, que realiza el trabajo de titulación previo a la obtención del título de médico.

PROPÓSITO: Este estudio tiene el propósito de conocer si usted presenta depresión durante la etapa de gestación.

PROCEDIMIENTO: Si usted desea participar en el siguiente estudio, se le pedirá que lea y firme este documento de consentimiento informado antes de realizar cualquier procedimiento relacionado con esta investigación.

En el presente estudio se realizará el llenado de un formulario de recolección de datos que está formado por los siguientes apartados:

1. Ficha de identificación: se obtendrán datos personales
2. Antecedentes: se obtendrá información acerca de su salud actual, así como de otros padecimientos.
5. Cuestionario de *Edimburgo* para conocer si usted presenta riesgo de padecer depresión, *Inventario de Beck* para conocer el grado de depresión y el cuestionario de Acontecimientos Vitales de *Holmes y Rahe* para determinar si existen factores estresantes causantes de la misma.

RIESGOS O MOLESTIAS: En el presente estudio, el llenado del formulario de recolección de datos y los test administrados no le provocará ningún tipo de molestia, ni conlleva ningún riesgo.

POSIBLES BENEFICIOS: En el presente estudio, el llenado del formulario de recolección de datos, y los test administrados ayudarán a establecer si usted padece o no de este trastorno en sus diferentes grados, y si existen factores estresantes relacionados con su aparición, cuya información puede ser utilizada por usted, su familia y médico tratante para realizar intervenciones de prevención y tratamiento.

COSTOS: Al participar en el presente estudio, usted no tendrá que cancelar ningún valor por cualquier procedimiento que se le realice, tampoco recibirá remuneración económica de ningún tipo.

CONFIDENCIALIDAD: Toda información que se le solicite en el presente estudio servirá única y exclusivamente para la realización de la investigación. Ninguno de los datos personales obtenidos será hecho público, de manera que siempre se preservará el carácter anónimo de su participación.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA: Usted es absolutamente libre de hacer todas las preguntas que considere necesarias y aceptar o rehusarse a participar en el presente estudio.

Si al terminar de leer, usted acepta participar en el presente estudio, por favor llene los siguientes apartados y firme libre y voluntariamente:

Lugar y Fecha:

Loja, _____

Yo, _____ con número de cédula _____,

luego de haber recibido toda la información referente al proyecto de investigación : “Depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Héroes del Cenepa”, y de haber satisfecho todas mis dudas al respecto, autorizo que se me realice dicha investigación y autorizo que se utilice la información recolectada en el estudio descrito.

Nombre: _____

Firma: _____

Número de Cédula: _____

11.6. Anexo 6 Ficha de recolección de información



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

Fecha:/...../.....

FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

TEMA: “Depresión en gestantes atendidas en el Centro de salud Héroes del Cenepa”

Nombre:	Cédula:
Edad:	Ciudad de domicilio actual:
Instrucción: Primaria () Secundaria () Superior () Ninguna ()	Ocupación: Estudiante () Desempleado () Empleado público () Empleado privado () Otro: _____
Etnia Mestizo () Blanco () Afroamericano () Mulato () Otro: _____	Estado civil: Soltera () Casada () Unión libre () Viuda () Divorciada ()

11.7. Anexo 7 Escala de depresión de Edimburgo para embarazo y posparto



Universidad
Nacional
de Loja

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

Fecha:/...../.....

DATOS GENERALES: Formulario N°

Escala de depresión de Edimburgo para embarazo y posparto

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión durante y después del parto una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad”.

Nombre:

Dirección:

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

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

No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

Sólo en ocasiones

No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

Sí, bastante a menudo

A veces

Casi nunca

No, nunca

11.8. Anexo 8 Inventario de depresión de Beck (BDI-2)



Universidad
Nacional
de Loja

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

DATOS GENERALES: Formulario N°.....
Inventario de depresión de Beck (BDI-2)

Es un cuestionario autoadministrado que constituye uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión.

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza
 - 0 No me siento triste.
 - 1 Me siento triste gran parte del tiempo
 - 2 Me siento triste todo el tiempo.
 - 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2. Pesimismo
 - 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
 - 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
 - 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
 - 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
3. Fracaso
 - 0 No me siento como un fracasado.
 - 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
 - 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
 - 3 Siento que como persona soy un fracaso total.
4. Pérdida de Placer
 - 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
 - 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
 - 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
 - 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5. Sentimientos de Culpa
 - 0 No me siento particularmente culpable.
 - 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
 - 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 - 3 Me siento culpable todo el tiempo.
6. Sentimientos de Castigo
 - 0 No siento que este siendo castigado
 - 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
 - 2 Espero ser castigado.
 - 3 Siento que estoy siendo castigado.
7. Disconformidad con uno mismo.
 - 0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
 - 1 He perdido la confianza en mí mismo.
 - 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
 - 3 No me gusto a mí mismo.
8. Autocrítica
 - 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
 - 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
 - 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
 - 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
 2 Querría matarme
 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10. Llanto
 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
 2 Lloro por cualquier pequeñez.
 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
11. Agitación
 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
12. Pérdida de Interés
 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
 3 Me es difícil interesarme por algo.
13. Indecisión
 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
14. Desvalorización
 0 No siento que yo no sea valioso
 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
 3 Siento que no valgo nada.
15. Pérdida de Energía
 0 Tengo tanta energía como siempre.
 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.
16. Cambios en los Hábitos de Sueño
 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
 1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual.
 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
 3ª. Duermo la mayor parte del día
 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
17. Irritabilidad
 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
 1 Estoy más irritable que lo habitual.
 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
 3 Estoy irritable todo el tiempo.
18. Cambios en el Apetito
 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
 3ª. No tengo apetito en absoluto.
 3b. Quiero comer todo el día.
19. Dificultad de Concentración
 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

11.9. Anexo 9 Escala de valoración de sucesos vitales - Holmes y Rahe

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

Fecha:/...../.....

ESCALA DE VALORACIÓN DE SUCESOS VITALES

El estudio les permitió concebir una lista de 43 acontecimientos vitales que han sucedido en los últimos 12 meses a los que se otorga una puntuación en función de lo estresantes que son para la persona que los experimenta. Así, gracias a una puntuación de 0 a 100 se evaluaba lo estresante que era un hecho, así como el grado de incertidumbre que provocan o el cambio que supone para la persona.

1. Muerte del cónyuge 100
2. Divorcio 73
3. Separación matrimonial 65
4. Encarcelación 63
5. Muerte de un familiar cercano 63
6. Lesión o enfermedad personal 53
7. Matrimonio 50
8. Despido del trabajo 47
9. Desempleo 47
10. Reconciliación matrimonial 45
11. Jubilación 45
12. Cambio de salud de un miembro de la familia 44
13. Drogadicción y/alcoholismo 44
14. Embarazo 40
15. Dificultades o problemas sexuales 39
16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia 39
17. Reajuste de negocio 39
18. Cambio de situación económica 38
19. Muerte de un amigo íntimo 37
20. Cambio en el tipo de trabajo 36
21. Mala relación con el cónyuge 35
22. Juicio por crédito o hipoteca 30
23. Cambio de responsabilidad en el trabajo 29
24. Hijo o hija que deja el hogar 29
25. Problemas legales 29
26. Logro personal notable 28
27. La esposa comienza o deja de trabajar 26
28. Comienzo o fin de escolaridad 26
29. Cambio en las condiciones de vida 25
30. Revisión de hábitos personales 24
31. Problemas con el jefe 23
32. Cambio de turno o de condiciones laborales 20
33. Cambio de residencia 20
34. Cambio de colegio 20
35. Cambio de actividades de ocio 19
36. Cambio de actividades religiosa 19
37. Cambio de actividades sociales 18
38. Cambio de hábito de dormir 17
39. Cambio en el número de reuniones familiares 16
40. Cambio de hábitos alimentarios 15
41. Vacaciones 13
42. Navidades 12
43. Leves transgresiones de la ley 11

Total:

11.10. Anexo 10 Base de Datos
Hoja de recolección de información

#	Edad	Ciudad de domicilio actual	Etnia	Estado Civil	Ocupación	Instrucción
1	20	Loja	Mestizo	Soltera	Desempleado	Secundaria
2	24	Loja	Mestizo	Unión libre	Desempleado	Secundaria
3	20	Loja	Mestizo	Unión libre	Desempleado	Secundaria
4	23	Loja	Mestizo	Unión libre	Desempleado	Secundaria
5	18	Loja	Mestizo	Unión libre	Desempleado	Secundaria
6	17	Loja	Mestizo	Soltera	Estudiante	Primaria
7	41	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Primaria
8	19	Loja	Mestizo	Soltera	Desempleado	Primaria
9	27	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Superior
10	24	Loja	Mestizo	Casada	Estudiante	Secundaria
11	28	Loja	Mestizo	Casada	Empleado privado	Superior
12	35	Loja	Mestizo	Casada	Empleado privado	Superior
13	38	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Primaria
14	33	Loja	Mestizo	Unión libre	Desempleado	Secundaria
15	24	Loja	Mestizo	Unión libre	Desempleado	Secundaria
16	35	Loja	Mestizo	Unión libre	Desempleado	Secundaria
17	35	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Secundaria
18	27	Loja	Mestizo	Casada	Empleado privado	Secundaria
19	24	Loja	Mestizo	Soltera	Desempleado	Primaria
20	24	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Secundaria
21	36	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Secundaria
22	38	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Secundaria
23	20	Loja	Mestizo	Unión libre	Desempleado	Secundaria
24	21	Loja	Mestizo	Unión libre	Estudiante	Secundaria
25	25	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Secundaria
26	23	Loja	Mestizo	Soltera/o	Desempleado	Primaria
27	22	Loja	Mestizo	Unión libre	Desempleado	Secundaria
28	24	Loja	Mestizo	Soltera/o	Estudiante	Secundaria
29	22	Loja	Mestizo	Unión libre	Desempleado	Primaria
30	37	Loja	Mestizo	Casada	Empleado privado	Secundaria
31	29	Loja	Mestizo	Casada	Empleado	Secundaria

					privado	
32	29	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Secundaria
33	20	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Primaria
34	19	Loja	Mestizo	Soltera	Estudiante	Primaria
35	25	Loja	Mestizo	Unión libre	Desempleado	Primaria
36	16	Loja	Mestizo	Soltera	Desempleado	Primaria
37	17	Loja	Mestizo	Unión libre	Estudiante	Primaria
38	32	Loja	Mestizo	Casada	Empleado privado	Secundaria
39	29	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Secundaria
40	40	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Ninguna
41	22	Loja	Mestizo	Unión libre	Estudiante	Secundaria
42	18	Loja	Mestizo	Unión libre	Estudiante	Secundaria
43	21	Loja	Mestizo	Soltera/o	Desempleado	Secundaria
44	44	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Primaria
45	27	Loja	Mestizo	Casada	Empleado publico	Superior
46	26	Loja	Mestizo	Casada	Empleado privado	Superior
47	20	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Secundaria
48	22	Loja	Mestizo	Soltera/o	Estudiante	Secundaria
49	27	Loja	Mestizo	Casada	Empleado privado	Superior
50	29	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Secundaria
51	19	Loja	Mestizo	Unión libre	Estudiante	Primaria
52	33	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Secundaria
53	27	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Secundaria
54	36	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Superior
55	19	Loja	Mestizo	Soltera	Estudiante	Secundaria
56	32	Loja	Blanco	Casada	Desempleado	Secundaria
57	23	Loja	Mestizo	Unión libre	Desempleado	Secundaria
58	17	Loja	Mestizo	Soltera	Desempleado	Primaria
59	16	Loja	Mestizo	Soltera	Estudiante	Primaria
60	19	Loja	Mestizo	Soltera	Estudiante	Secundaria
61	16	Loja	Mestizo	Soltera	Estudiante	Primaria
62	26	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Secundaria
63	35	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Superior
64	28	Loja	Mestizo	Casada	Empleado publico	Superior
65	30	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Secundaria
66	25	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Secundaria
67	20	Loja	Mestizo	Soltera	Estudiante	Secundaria
68	23	Loja	Mestizo	Unión	Estudiante	Secundaria

				libre		
69	28	Loja	Mestizo	Casada	Desempleado	Superior
70	26	Loja	Indígena	Unión libre	Desempleado	Secundaria
71	30	Loja	Mestizo	Unión libre	Desempleado	Secundaria

Escala de depresión de Edimburgo

		ESCALA DE DEPRESIÓN DE EDIMBURGO											
		RIESGO DE DEPRESIÓN											
		A=0 B=1 C=2 D=3											
	EDAD	1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	2. He mirado el futuro con placer	3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien	4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo	5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno	6. Las cosas me oprimen o agobian	7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir	8. Me he sentido triste y desgraciada	9. He sido tan infeliz que he estado llorando	10. He pensado en hacerme daño a mí misma	TOTAL:	Riesgo de padecer depresión ≥ 13 . Limite riesgo depresión 11 - 12. Sin riesgo depresión < 11
1	20	0	0	1	1	2	2	0	2	1	0	9	Sin riesgo de depresión
2	24	1	0	1	2	1	1	2	0	1	0	9	Sin riesgo de depresión
3	20	1	1	2	2	1	1	0	1	1	0	10	Sin riesgo de depresión
4	23	1	0	1	2	1	2	0	1	2	0	10	Sin riesgo de depresión
5	18	0	1	2	2	2	2	1	2	1	0	13	Riesgo de padecer depresión
6	17	1	1	2	3	2	1	0	2	1	0	13	Riesgo de padecer depresión
7	41	0	0	1	2	2	1	1	0	1	0	8	Sin riesgo de depresión
8	19	1	0	1	2	2	2	1	1	0	0	10	Sin riesgo de depresión
9	27	0	0	1	2	1	1	1	2	0	0	8	Sin riesgo de depresión
10	24	0	0	1	3	2	1	0	2	2	0	11	Limite riesgo de depresión
11	28	0	0	2	2	2	2	1	0	1	0	10	Sin riesgo de depresión
12	35	1	0	1	2	2	1	0	1	0	0	8	Sin riesgo de depresión
13	38	0	1	2	2	2	1	1	2	1	0	12	Limite riesgo de depresión

14	33	1	0	1	1	2	1	1	2	1	0	10	Sin riesgo de depresión
15	24	0	0	1	2	2	1	1	1	1	0	9	Sin riesgo de depresión
16	35	0	1	2	2	1	2	0	1	1	0	10	Sin riesgo de depresión
17	35	0	0	1	2	2	1	1	0	1	0	8	Sin riesgo de depresión
18	27	0	0	1	2	2	1	1	0	2	0	9	Sin riesgo de depresión
19	24	0	1	1	2	2	2	1	1	1	0	11	Limite riesgo de depresión
20	24	0	1	2	0	2	2	1	1	1	0	10	Sin riesgo de depresión
21	36	0	1	1	2	2	1	1	1	2	0	11	Limite riesgo de depresión
22	38	0	0	1	2	2	3	0	1	2	0	11	Limite riesgo de depresión
23	20	1	1	2	2	2	2	1	2	1	0	14	Riesgo de padecer depresión
24	21	0	1	1	2	2	2	1	2	1	0	12	Limite riesgo de depresión
25	25	0	0	2	2	3	3	0	2	2	0	14	Riesgo de padecer depresión
26	23	1	1	1	2	2	1	0	2	1	0	11	Limite riesgo de depresión
27	22	0	1	2	3	2	1	1	2	1	0	13	Riesgo de padecer depresión
28	24	0	1	1	2	1	1	0	2	1	0	9	Sin riesgo de depresión
29	22	0	0	1	2	2	1	0	2	1	0	9	Sin riesgo de depresión
30	37	0	1	2	1	1	1	0	0	1	0	7	Sin riesgo de depresión
31	29	0	0	1	2	2	2	1	2	1	0	11	Limite riesgo de depresión
32	29	0	1	1	1	2	1	1	1	1	0	9	Sin riesgo de depresión
33	20	1	1	1	2	2	1	1	1	1	0	11	Limite riesgo de depresión
34	19	1	1	2	2	2	1	1	1	1	0	12	Limite riesgo de depresión
35	25	0	0	2	2	1	2	1	1	1	0	10	Sin riesgo de depresión
36	16	1	1	2	3	2	2	1	1	0	0	13	Riesgo de padecer depresión
37	17	0	1	1	2	2	2	2	1	1	0	12	Limite riesgo de depresión
38	32	0	0	1	2	1	1	1	1	0	0	7	Sin riesgo de depresión
39	29	1	0	1	2	2	2	1	1	0	0	10	Sin riesgo de depresión
40	40	1	1	2	1	2	2	1	0	1	0	11	Limite riesgo de depresión

41	22	0	1	1	2	2	1	2	1	1	0	11	Limite riesgo de depresión
42	18	0	1	2	3	2	2	1	1	1	0	13	Riesgo de padecer depresión
43	21	1	1	2	3	2	1	2	1	1	0	14	Riesgo de padecer depresión
44	44	1	1	2	3	2	1	2	1	1	0	14	Riesgo de padecer depresión
45	27	1	0	1	2	2	1	2	1	1	0	11	Limite riesgo de depresión
46	26	0	0	1	2	3	1	2	1	0	0	10	Sin riesgo de depresión
47	20	1	0	1	2	2	2	1	1	1	0	11	Limite riesgo de depresión
48	22	1	0	1	2	2	2	1	1	0	0	10	Sin riesgo de depresión
49	27	0	1	2	2	2	1	1	0	1	0	10	Sin riesgo de depresión
50	29	0	0	1	2	0	0	0	0	1	0	4	Sin riesgo de depresión
51	19	1	1	2	3	2	1	1	2	1	0	14	Riesgo de padecer depresión
52	33	0	0	1	2	1	1	1	2	1	0	9	Sin riesgo de depresión
53	27	0	0	1	2	1	2	1	1	1	0	9	Sin riesgo de depresión
54	36	0	0	0	2	1	1	0	1	0	0	5	Sin riesgo de depresión
55	19	1	1	2	2	2	1	1	2	1	0	13	Riesgo de padecer depresión
56	32	0	1	1	2	1	1	1	1	1	0	9	Sin riesgo de depresión
57	23	0	1	1	2	2	1	1	2	1	0	11	Limite riesgo de depresión
58	17	0	1	1	2	2	2	1	2	1	0	12	Limite riesgo de depresión
59	16	0	0	1	2	2	2	2	2	1	0	12	Limite riesgo de depresión
60	19	1	1	2	2	2	2	1	1	1	0	13	Riesgo de padecer depresión
61	16	1	0	2	3	2	2	1	2	1	0	14	Riesgo de padecer depresión
62	26	0	0	1	2	1	1	1	2	1	0	9	Sin riesgo de depresión
63	35	1	1	1	2	1	2	2	1	1	0	12	Limite riesgo de depresión
64	28	0	0	1	2	2	1	1	1	0	0	8	Sin riesgo de depresión
65	30	0	0	1	2	1	1	0	1	0	0	6	Sin riesgo de depresión
66	25	1	0	2	2	2	1	0	1	1	0	10	Sin riesgo de depresión
67	20	0	1	2	2	2	2	2	0	1	0	12	Limite riesgo de depresión

68	23	0	0	1	1	1	2	2	1	1	0	9	Sin riesgo de depresión
69	28	1	1	2	2	2	1	1	1	1	0	12	Limite riesgo de depresión
70	26	1	1	2	2	2	2	2	0	1	0	13	Riesgo de padecer depresión
71	30	0	1	2	3	2	2	1	3	1	0	15	Riesgo de padecer depresión

Fuente: Encuesta de Edimburgo aplicada a mujeres gestantes.

Elaboración: Jessica Yajaira Peralta Armijos (Autor).

Inventario de Beck

CÓDIGO	EDAD	Inventario de Beck																					TOTAL:	Mínimo 0 - 13 Leve de 14 - 19 Moderado de 20 - 28 Grave 29 - 63
		GRADO DE DEPRESIÓN																						
		A=0 B=1 C=2 D=3																						
		1. Tristeza	2. Pesimismo	3. Fracaso	4. Pérdida de Placer	5. Sentimientos de Culpa	6. Sentimientos de Castigo	7. Disconformidad con uno mismo.	8. Autocrítica	9. Pensamientos o Deseos Suicidas	10. Llanto	11. Agitación	12. Pérdida de Interés	13. Indecisión	14. Desvalorización	15. Pérdida de Energía	16. Cambios en los Hábitos de Sueño	17. Irritabilidad	18. Cambios en el Apetito	19. Dificultad de Concentración	20. Cansancio o Fatiga	21. Pérdida de Interés en el Sexo		
1	20	0	1	0	0	2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	17	Leve	
2	24	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	15	Leve	
3	20	1	1	0	1	2	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	Leve	
4	23	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	17	Leve	
5	18	0	1	0	2	1	1	0	0	0	2	0	1	1	2	1	1	1	1	1	1	18	Leve	
6	17	1	1	1	3	2	0	2	0	0	2	0	1	2	3	1	1	1	1	1	1	25	Moderado	
7	41	0	1	0	1	0	0	0	1	0	2	2	1	1	2	2	3	2	3	2	0	24	Moderado	
8	19	1	1	1	1	2	1	1	0	0	2	0	1	3	2	2	1	1	1	1	1	23	Moderado	
9	27	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	1	0	2	16	Leve	
10	24	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	17	Leve	
11	28	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	16	Leve	
12	35	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	16	Leve	

13	38	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	1	1	0	1	2	1	1	1	2	1	15	Leve
14	33	1	0	0	1	0	0	0	1	0	2	0	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	18	Leve
15	24	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	15	Leve
16	35	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	0	13	Mínimo
17	35	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	2	2	1	2	2	2	1	18	Leve
18	27	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	3	1	1	1	1	1	16	Leve
19	24	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	12	Mínimo
20	24	0	1	0	1	2	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	16	Leve
21	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	1	1	2	1	0	11	Mínimo
22	38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	2	2	1	3	2	2	2	19	Leve
23	20	1	1	0	1	1	1	0	0	0	2	1	1	1	2	1	1	0	1	1	1	1	18	Leve
24	21	0	0	0	0	2	1	0	1	0	1	0	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	18	Leve
25	25	0	1	0	3	0	0	0	0	0	1	3	1	3	1	0	3	1	3	1	1	3	25	Moderado
26	23	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	11	Mínimo
27	22	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	15	Leve
28	24	0	0	0	0	2	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	2	1	1	1	15	Leve
29	22	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	15	Leve
30	37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	0	15	Leve
31	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	12	Mínimo
32	29	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	15	Leve
33	20	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	13	Mínimo
34	19	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	12	Mínimo
35	25	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	2	13	Mínimo
36	16	1	1	1	2	3	0	1	1	0	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	21	Moderado
37	17	1	0	1	1	2	0	1	1	0	1	0	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	21	Moderado
38	32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	2	1	0	1	10	Mínimo
39	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	0	11	Mínimo

40	40	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	2	3	2	3	2	0	1	21	Moderado
41	22	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	16	Leve
42	18	1	0	1	1	1	0	1	2	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	16	Leve
43	21	1	0	0	1	0	2	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	16	Leve
44	44	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	20	Moderado
45	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	10	Mínimo
46	26	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	2	1	1	2	12	Mínimo
47	20	0	1	1	0	1	1	0	2	0	1	1	1	0	2	1	1	0	1	1	1	1	17	Leve
48	22	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	2	1	1	0	12	Mínimo
49	27	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	10	Mínimo
50	29	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	9	Mínimo
51	19	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	14	Leve
52	33	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	2	2	1	1	1	15	Leve
53	27	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	18	Leve
54	36	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	1	0	1	2	2	1	1	1	0	13	Mínimo
55	19	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	20	Moderado
56	32	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	11	Mínimo
57	23	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	2	2	1	1	15	Leve
58	17	1	2	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	2	2	1	1	1	2	21	Moderado
59	16	1	2	1	1	1	0	1	2	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	18	Leve
60	19	0	0	1	1	2	1	1	1	0	0	1	1	0	2	1	1	1	2	1	2	2	21	Moderado
61	16	1	1	1	1	1	1	1	1	0	3	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	19	Leve
62	26	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	11	Mínimo
63	35	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	2	1	1	1	1	3	1	1	2	0	2	21	Moderado
64	28	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	2	1	1	1	1	14	Leve
65	30	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	2	1	1	1	2	2	14	Leve
66	25	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	2	1	1	1	11	Mínimo

67	20	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	17	Leve
68	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	12	Mínimo
69	28	0	0	0	1	1	1	0	1	0	3	1	1	0	2	1	1	1	2	1	1	1	19	Leve
70	26	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	3	0	2	1	1	2	1	1	1	19	Leve
71	30	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	3	1	2	1	2	1	17	Leve

Fuente: Inventario de Beck aplicada a mujeres gestantes.

Elaboración: Jessica Yajaira Peralta Armijos (Autor).

Escala de valoración de factores estresantes de Holmes y Rahe

Escala de valoración de factores estresantes de Holmes y Rahe																																															
FACTORES ESTRESANTES																																															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	TOTAL:	Bajo < 150 Moderado 151 - 299 Alto >300			
														40														25									18	17	16	15				131	Bajo		
														40						35									24										17	16						132	Bajo
														40						35									25									18	17							135	Bajo
														40																								18	17	16						91	Bajo
														40														25	24				20		19			17	16							161	Moderado
														40						35									25							18		16	15							149	Bajo
														40	39																		20					17								116	Bajo
														40														25	24				20					17	16							142	Bajo
														40																								17	16	15						88	Bajo
														40						35									25									17	16	16						133	Bajo
														40																							18	17	16						91	Bajo	
														40	39																		20					17		15						131	Bajo
							47							40																								17	16	15						135	Bajo
									45					40																								17	16	15						133	Bajo
														40														25									18	17							100	Bajo	
														40														24									17	16							97	Bajo	
														40														24									17	16							97	Bajo	
														40														25				20					18	17	16	15					151	Moderado	
														40														25									17	16							98	Bajo	
														40																					19		17		15						91	Bajo	
														40	39																		20					17	16							132	Bajo
			65											40	39																	20					17								181	Moderado	
														40						35								25									17	16							133	Bajo	
														40														25	24			20				18	17	16								160	Moderado
							47							40	39			38																			17		15						196	Moderado	
														40														25				20					17								102	Bajo	
														40														25									17	16							98	Bajo	
														40																							17								57	Bajo	
														40														25				20				18	17	16	15					151	Moderado		
														40															24							17	16							97	Bajo		
					53									40																							17	16							146	Bajo	
														40	39																		20				17	16							132	Bajo	

11.11. Anexo 11 Certificación de traducción del resumen



Dra. Bertha Lucía Ramón Rodríguez
**DOCENTE DE LA CARRERA DE PEDAGOGÍA DE LOS IDIOMAS NACIONALES Y
EXTRANJEROS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

C E R T I F I C A:

Que el resumen del trabajo de investigación titulada **“DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD HÉROES DEL CENEPA DE LOJA”**, de la autoría de la Srta. **Jessica Yajaira Peralta Armijos**, portadora de la cedula 1105226623, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, bajo la dirección del **Dr. Álvaro Quinche Suquilanda** es fiel traducción del idioma español al idioma inglés

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 14 de junio del 2022


Dra. Bertha Lucía Ramón Rodríguez
DOCENTE DE LA CARRERA PINE



11.12. Anexo 12 Certificación de correcciones del trabajo de titulación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

Loja, 21 de junio de 2022

CERTIFICACIÓN

Los miembros del tribunal de Tesis del postulante Jessica Yajaira Peralta Armijos, con cédula de identidad: 110522623 y autor de la Tesis titulada: “Depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Héroes del Cenepa de Loja”, bajo la dirección de Dr. Álvaro Quinche, Esp., **CERTIFICAMOS** que el postulante antes mencionado cumplió con las correcciones sugeridas durante su sesión privada para lo cual autorizamos la publicación del trabajo de Tesis en el Repositorio Digital del Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja.

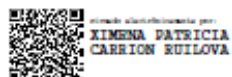
Atentamente:

Dra. Karina Calva Jirón
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



firmado digitalmente por:
KARINA
YESENIA

Dra. Ximena Carrión Rulova
VOCAL DEL TRIBUNAL



firmado digitalmente por:
XIMENA PATRICIA
CARRION RUILOVA

Dr. César Palacios Soto
VOCAL DEL TRIBUNAL



firmado digitalmente por:
CESAR EDINSON
PALACIOS SOTO

11.13. Anexo 13 Proyecto de investigación



**Universidad Nacional de Loja
Facultad de la Salud
Medicina Humana**

Proyecto de Tesis

**Tema: “Depresión en gestantes atendidas en el
Centro de Salud Héroes del Cenepa de Loja”**

Autor: Jessica Yajaira Peralta Armijos

Tutor: Dra. Sandra Katerine Mejía Michay. Mg.

Loja – Ecuador

Año: 2020

1. Tema

“Depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud Héroes del Cenepa de Loja”

2. Problemática

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2017).

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas; es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. 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, escolares 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 (MSP, 2017).

Debido a su inicio temprano, su impacto funcional, y su tendencia a la cronicidad y a la recurrencia, actualmente la depresión es una de las principales causas de discapacidad en el mundo y representa, por sí sola, el 4,3 % de la carga global de enfermedad. A lo largo de los años, la OMS ha insistido en situar una tendencia creciente del trastorno, proyectándola hacia el 2030 como la segunda causa de carga de enfermedad a escala mundial (MSP, 2017).

Con respecto a América Latina, Brasil es el país con mayor número de casos de depresión, según un informe emitido por la OMS. El trastorno afecta al 5,8 % de la población brasileña (11.548.577 personas), lo que ubica a esta nación por encima de la media mundial y la sitúa a la cabeza de los países de América Latina. Así, a nivel regional la depresión es la primera causa de discapacidad, con el 7,8 por ciento de la discapacidad total. De esta manera se evidencia un patrón subregional de mayor discapacidad en América del Sur: **Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia**, son los cinco primeros países en la tabla clasificatoria de la discapacidad por depresión (Médica, 2019).

Según el Instituto de Evaluación en Medidas en Salud (IHME), en Ecuador, la depresión es la segunda causa de años vividos con discapacidad, la misma que ha presentado un incremento de 11 % en 20 años (MSP, 2017).

Las cifras de múltiples estudios señalan que las mujeres son más propensas que los hombres a sufrir depresión y ansiedad, por lo tanto, constituye la causa más importante dentro de la carga de morbilidad femenina; en los países de ingresos altos, como en los de ingresos

bajos. En este grupo se incluye a la depresión durante el embarazo y posterior al parto que afecta al 20% de las madres en los países de ingresos bajos y medios-bajos. (OMS,2020).

De acuerdo a lo que establece la OMS en términos de carga y prevalencia, la depresión continúa ocupando el primer lugar entre los trastornos mentales y representa la morbilidad psiquiátrica más común en el embarazo, llegando a afectar a más del 13% de las gestantes. Entre el 3 y el 11% de estas mujeres experimentan una forma de depresión grave, es decir un trastorno depresivo mayor. Aunque estas tasas de prevalencia son similares a las observadas en mujeres no embarazadas en edad fértil, la probabilidad que las mujeres embarazadas consulten al médico es mayor, lo que incrementa la oportunidad de diagnosticar y tratar la enfermedad (MSP, 2017).

Se ha señalado que el embarazo es un estado de adecuada salud mental y emocional, y se lo ha propuesto como factor protector contra las alteraciones del estado de ánimo. Sin embargo, para algunas mujeres el período del embarazo puede incrementar la vulnerabilidad a enfermedades psiquiátricas como la depresión. Estudios longitudinales prospectivos han encontrado que el embarazo no es un factor protector contra nuevos episodios depresivos o las recaídas en una depresión preexistente. La depresión antenatal afecta a un 8–11% de las mujeres en los países desarrollados, mientras que la depresión general durante el embarazo alcanza el 13%⁵, y es la segunda causa de incapacidad de las mujeres. La proporción de mujeres embarazadas con prescripción de antidepresivos ha aumentado drásticamente en las últimas 2 décadas. Algunos estudios han demostrado que la ansiedad y la depresión en el embarazo aumentan el riesgo de trabajo de parto pretérmino, neurodesarrollo fetal alterado, Apgar con baja puntuación y bajo peso al nacer; además, se ha evidenciado el aumento en las tasas de abuso de sustancias y escasa participación en programas de control prenatal durante el embarazo (Martínez, 2019).

La incapacidad para enfrentar situaciones tensas se manifiesta de forma vaga como dificultad para trabajar o sensación de malestar difícilmente definible. A lo largo de la vida los seres humanos atraviesan por distintas etapas (niñez, adolescencia, juventud, adultez), en las que les suceden acontecimientos que recuerdan como decisivos (muerte de un familiar, deserción escolar, cambio de domicilio), por lo tanto, se puede referir a tal situación como suceso vital, el cual comprende hechos que son relevantes en la vida de las personas y que estas reconocen como importantes para su cambio evolutivo. La inadaptación a estos factores estresantes, produce cambios en la salud, aparición de enfermedades o empeoramiento de las

ya existentes, y finalmente conducir al desarrollo de un episodio depresivo, como resultado de la interacción de varios factores biológicos, ambientales y psicológicos (Suárez, 2010).

Aunque existen pocos estudios sobre la prevención de la depresión durante el embarazo, porque no se lo consideraba como un problema de salud pública, hace aproximadamente unas dos décadas surgen una serie de investigaciones que permiten conocer mejor esta patología, puesto que su detección tardía o ausente, trae consigo repercusiones en el bienestar tanto materno como fetal (Médica, 2019).

Es necesario contar con registros que evidencien el estado de la depresión en mujeres embarazadas a nivel del Ecuador y más específicamente de Loja, con la finalidad de aportar información relevante para su abordaje terapéutico posteriormente. Por lo tanto, se ha planteado la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la incidencia, riesgo de depresión y factores estresantes en gestantes atendidas en el centro de salud Héroe del Cenepa de Loja durante el periodo agosto 2020 - enero 2021?

3. Justificación

El presente estudio se realiza con el fin de determinar la incidencia de depresión en gestantes que son atendidas en el Centro de salud “Héroes del Cenepa” perteneciente a la ciudad de Loja.

La depresión es un trastorno común, pero se subregistra debido a la similitud con algunos síntomas propios del embarazo, por esto, es importante realizar un abordaje integral durante esta etapa, debido a que este trastorno puede traducirse con 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 posible abuso de tabaco, alcohol, drogas, y todo lo cual puede afectar el desenlace obstétrico.

Los resultados de la investigación permitirán conocer tanto el riesgo, como el grado de depresión en mujeres gestantes; además, de conocer los factores relacionados con su aparición, y de esta forma aportar información al personal de salud para lograr un diagnóstico oportuno y establecer la importancia de recurrir a un manejo terapéutico posteriormente.

El estudio cumple con las prioridades de investigación de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, al pertenecer a la primera línea de investigación Salud-Enfermedad Materno Infantil; también es parte de las prioridades de Investigación del Ministerio de Salud Pública, constando en el área de Salud Mental, la línea depresión y distimia y sublínea grupos vulnerables; por lo que la viabilidad del proyecto planteado se justifica.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

-Determinar la incidencia, riesgo de depresión y factores estresantes en gestantes atendidas en el centro de salud Héroes del Cenepa de Loja durante el periodo agosto 2020 - enero 2021

4.2 Objetivos específicos

-Establecer el riesgo y factores estresantes de depresión en gestantes atendidas en el centro de salud Héroes del Cenepa.

-Conocer el grado de depresión según la edad en gestantes atendidas en el centro de Salud Héroes del Cenepa.

-Identificar la relación entre el riesgo y factores estresantes junto con los grados de depresión presentes en gestantes atendidas en el Centro de Salud Héroes del Cenepa.

5. Esquema de Marco Teórico

5.1 Depresión

5.1.1 Definición.

5.1.2 Fisiopatología.

5.1.3 Epidemiología.

5.1.4 Factores de riesgo.

5.1.4.1 *Biológicos.*

5.1.4.1.1 *Genéticos.*

5.1.4.1.2 *Factores neuroquímicos.*

5.1.4.1.3 *Factores endocrinos.*

5.1.4.1.4 *Factores fisiológicos.*

5.1.4.1.5 *Factores anatómicos.*

5.1.5 Factores psicosociales de la depresión.

5.1.5.1 *Clase social.*

5.1.5.2 *Rol sexual.*

5.1.5.3 *Sucesos vitales y enfermedades mentales.*

5.1.5.4 *Soprote social.*

5.1.6 Presentación clínica.

5.1.7 Clasificación.

5.1.7.1 *Depresión perinatal*

5.1.7.2 *Episodio depresivo leve*

5.1.7.3 *Episodio depresivo moderado*

5.1.7.4 *Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos*

5.2 Depresión y embarazo

5.2.1 Efectos de la depresión prenatal.

5.2.1.1 *Efectos en la madre.*

5.2.1.2 *Efectos en el recién nacido.*

5.2.2 Diagnóstico.

5.2.2.1 *Criterios diagnósticos según la DSM-IV-TR.*

5.2.2.2 *Herramientas de tamizaje.*

5.2.3 Tratamiento de depresión prenatal.

5.2.3.1 *Intervenciones psicoterapéuticas.*

5.2.3.2 *Farmacoterapia.*

5.2.3.3 *Otras estrategias terapéuticas.*

5.2.3.3.1 *Terapia electroconvulsiva.*

5.2.3.3.2 *Masajes.*

5.2.4 Prevención.

5.2.4.1 *Estrategias de apoyo posparto.*

5.3 Instrumentos de medición

5.3.1 Test de Edimburgo.

5.3.2 Inventario de depresión de Beck.

5.3.3 Escala de acontecimientos vitales importantes de Homes y Rahe.

6. Metodología

6.1 Tipo de estudio:

Estudio de enfoque cuantitativo, observacional, de corte transversal prospectivo.

6.2 Área de estudio:

La investigación se llevará a cabo en el centro de Salud “Héroes del Cenepa” del Barrio Esteban Godoy de la ciudad de Loja.

6.3 Período:

Durante el período agosto 2020 a enero 2021

6.4 Universo y Muestra:

Estará constituido por todas las mujeres gestantes atendidas desde agosto 2020 - enero 2021 en el Centro de salud Héroes del Cenepa, que cumplan con los criterios de inclusión.

6.5 Criterios de inclusión:

- Pacientes gestantes atendidas en el Centro de salud Héroes del Cenepa en el período agosto 2020 - enero 2021.
- Pacientes embarazadas que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

6.6 Criterios de exclusión:

- Pacientes gestantes que no proporcionaron la información necesaria para el estudio.
- Pacientes gestantes que padecen alguna enfermedad mental significativa.
- Pacientes que se encontraban en periodo posparto.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Biológica	Años cumplidos	1. 16 – 20 años 2. 21 – 25 años 3. 26 – 30 años 4. 31 – 35 años 5. 35 – 40 años 6. 41 – 45 años
Riesgo de depresión	Posibilidad de que se produzca un episodio depresivo.	Biológica	Riesgo de padecer depresión Escala Depresión de Edimburgo para Embarazo y Posparto (EPDS))	1. > 13 = riesgo de depresión 2. 11-12= limite riesgo de depresión 3. <13 = no hay riesgo de depresión
Grado de	Estado susceptible de	Biológica	Grado de depresión	1. 0-13: mínima 2. 14-19: leve

depresión	variación de un episodio depresivo.		(Inventario de Depresión de Beck (BDI-2))	3. 20-28: moderada 4. 29-63: grave
Factores estresantes	Situaciones desencadenantes del estrés.	Biológica	Factores estresantes asociados a depresión, Escala de valoración de sucesos vitales de Holmes y Rahe.	< 150 UCV= riesgo bajo 151-299 UCV= riesgo moderado >300 UCV = riesgo importante

6.7 Métodos, instrumentos y procedimientos de recolección

6.7.1 Métodos:

- Se aplicará el consentimiento informado a las mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud “Héroes del Cenepa”
- Se aplicará la Escala de depresión de Edimburgo para embarazo y posparto, el Inventario de depresión de Beck y la Escala de valoración de sucesos vitales de Holmes y Rahe.

6.7.2 Instrumentos:

Consentimiento informado (Ver anexo 1). El presente documento se utilizará con el fin de garantizar que el paciente, sea informado y acepte voluntariamente la participación en el estudio, para comprensión de la información que se le ha brindado, los beneficios, y las directrices a seguir.

Hoja de recolección de información (Ver anexo 2). Este documento tiene como finalidad conocer los datos del paciente que serán utilizados para la posterior interpretación de los resultados, en este caso, tomando en cuenta la variable que se va a utilizar: edad.

Escala de depresión de Edimburgo para embarazo y posparto (Ver anexo 10.3). este test se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión durante y después del parto una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad”. Es una escala de 10 ítems, autoadministrada. El Test consta de diez preguntas cortas auto aplicadas, que hacen relación a como se ha sentido la madre después del parto, cada una de las preguntas consta de cuatro opciones de respuesta valorada de 0 a 3 puntos y se obtiene una puntuación global de la sumatoria de todas ellas, con un puntaje total máximo de 30 puntos. Durante el embarazo Una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión.

Inventario de depresión de Beck (Ver anexo 4). Es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Escala de valoración de sucesos vitales de Holmes y Rahe. (Ver anexo 5). El estudio les permitió concebir una lista de 43 acontecimientos vitales a los que se otorga una puntuación en función de lo estresantes que son para la persona que los experimenta. Así, gracias a una puntuación de 0 a 100 se evaluaba lo estresante que era un hecho. La escala se ha realizado con el fin de buscar alguna conexión entre estrés y el desarrollo de enfermedades psicosomáticas. Una vez obtenidos los ítems señalados por el paciente se suma la puntuación asignada a cada uno y se interpreta de la siguiente manera:

- Menos de 150: riesgo bajo de 30% de presentar enfermedad psicosomática.
- Entre 150 a 300: riesgo intermedio de 50% de presentar enfermedad psicosomática.
- Más de 300: riesgo alto de 80% de presentar enfermedad psicosomática.

6.7.3 Procedimiento.

La realización del presente trabajo de investigación se logrará con la revisión bibliográfica y recopilación de información. Se solicitará aprobación y pertinencia del proyecto de investigación a la dirección de la carrera de medicina, luego la designación del director. Para la recolección de los datos se pedirá autorización al director del centro de salud “Héroes del Cenepa”. Posteriormente se socializará el consentimiento informado a las gestantes que acuden a la unidad de salud, y las que acepten participar constituirán la muestra, se procederá a compartir la ficha de recolección de datos y los test de “Depresión de Edimburgo para embarazo y posparto”, “Inventario de Beck” y la Escala de valoración de sucesos vitales de “Holmes y Rahe” que nos ayudarán a determinar el riesgo, grado de depresión, y los factores estresantes asociados con su aparición. Por último, con la información obtenida se realizará la respectiva tabulación y análisis estadístico para el informe final.

6.8 Plan de tabulación y análisis:

Se realizará una base de datos con la información recolectada, la misma que será analizada mediante los programas informáticos Word y Excel.

6.9 Recursos humanos y materiales:

- Director de tesis: docente de la Facultad de la Salud Humana
- Docente tutora: Sandra Mejía
- Tesista: Jessica Peralta
- Consentimiento informado
- Escala de depresión de Edimburgo para embarazo y postparto
- Inventario de depresión de Beck
- Escala de valoración de sucesos vitales de Holmes y Rahe
- Ficha sociodemográfica

7. Cronograma

TIEMPO	2019				2020												2021																					
	Octubre		Noviembre		Diciembre		Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre		Enero		Febrero		Marzo			
ACTIVIDAD	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2				
Revisión bibliográfica	X	X	X	X																																		
Elaboración del proyecto					X	X	X	X																														
Proceso de aprobación del proyecto													X	X	X	X																						
Recolección de datos																	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Tabulación de la información																																			X	X		
Análisis de datos																															X	X						
Redacción de primer informe																																	X	X				
Revisión y corrección de informe final																																	X	X				

8. Presupuesto

CONCEPTO	Unidad	Cantidad	Costo unitario (USD)	Costo Total (USD)
Movilización	Pasajes	200	0.30	60.00
MATERIALES Y SUMINISTROS				
Hojas de papel bond	Resmas	5	5.00	25.00
Esferos y lápices		6	0.35	2.10
Impresiones a blanco/negro		500	0.05	25.00
Impresiones a colores		75	0.30	22.50
CD en blanco	Unidad	3	1.50	4.50
Internet	Mes	12	25.00	300.00
Anillados	4	4	2.00	8.00
Empastados	1	1	15.00	15.00
EQUIPOS				
Computador	Equipo	1	600.00	600.00
Impresora	Equipo	1	100.00	100.00
Tonner	Frasco	2	50.00	100.00
Sub total				1262.10
(Imprevistos 20%)				252.42
TOTAL				1514.52