

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**FACTORES SOCIALES Y OBSTÉTRICOS ASOCIADOS AL
RIESGO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN GESTANTES.
CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA, 2019.**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

PRESENTADA POR LA BACHILLER:

Yuri Vanessa Chavez Torrejón

ASESORA:

Obsta. Mg. Amanda Elena Rodríguez Sánchez

CAJAMARCA - PERÚ

2021

Copyright © 2021 by

Yuri Vanessa Chavez Torrejón

Derechos Reservados

SE DEDICA A:

Dios, que me acompaña y forja mi camino, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

Mis padres, por ser los pilares más importantes de mi vida, por su apoyo, amor, y sacrificio incondicional a pesar de la distancia física siempre me guían con sus valores para seguir luchando por mis metas.

Mi hermana, por su apoyo y comprensión durante esta etapa, a pesar de la distancia su cariño siempre está presente en mis días.

Yuri Vanessa

SE AGRADECE A:

La Universidad Nacional de Cajamarca por haberme acogido durante mis años de estudio.

Las docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académica Profesional de Obstetricia, por su digna labor de enseñanza con valores y conocimientos durante mi formación profesional.

Mi asesora, Obsta. Mg. Amanda Elena Rodríguez Sánchez por su gran experiencia, orientación y apoyo que me brindó para la realización de esta investigación.

Mis familiares, por su apoyo moral que me permitieron permanecer con empeño y dedicación para culminar con éxito esta investigación.

Yuri Vanessa

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|------------|
| DEDICATORIA | iii |
| AGRADECIMIENTO | iv |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS | 5 |
| ÍNDICE DE TABLAS | 7 |
| RESUMEN | 8 |
| ABSTRACT | 9 |
| INTRODUCCIÓN | 10 |
| CAPÍTULO I | 12 |
| 1.1. Planteamiento del problema | 12 |
| 1.2. Formulación del problema | 14 |
| 1.3. Objetivos | 14 |
| 1.4. Justificación de la investigación | 15 |
| CAPÍTULO II | 16 |
| 2.1. Antecedentes | 16 |
| 2.1.1. Antecedentes internacionales | 16 |
| 2.1.2. Antecedentes nacionales | 17 |
| 2.1.3. Antecedentes locales | 20 |
| 2.2. Bases Teóricas | 21 |
| 2.2.1. La gestación | 21 |
| 2.2.2. Cambios emocionales durante la gestación | 21 |
| 2.2.3. Depresión | 22 |
| 2.2.4. Ansiedad | 29 |
| 2.2.5. Factores sociales | 32 |
| 2.2.6. Factores Obstétricos | 36 |
| 2.3. Hipótesis | 38 |
| 2.4. Variables | 39 |
| 2.5. Conceptualización y operacionalización de variables | 39 |
| CAPÍTULO III | 42 |

| | |
|---|-----------|
| 3.1. Diseño y tipo de estudio | 42 |
| 3.2. Área de estudio y población | 42 |
| 3.3. Muestra y tamaño de la muestra | 43 |
| 3.4. Unidad de análisis | 43 |
| 3.5. Criterios de inclusión y exclusión | 43 |
| 3.6. Consideraciones éticas | 44 |
| 3.7. Técnicas de recolección de datos | 44 |
| 3.8. Descripción del instrumento | 45 |
| 3.9. Validez y confiabilidad | 48 |
| 3.10. Procesamiento y análisis de datos | 49 |
| CAPÍTULO IV | 50 |
| CONCLUSIONES | 82 |
| RECOMENDACIONES | 83 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 84 |
| ANEXOS | 90 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | Pág. |
|--|-------------|
| Tabla 01. Características sociales de las gestantes que acuden al Centro de Salud "Baños del Inca". Cajamarca, 2019. | 50 |
| Tabla 02. Características obstétricas de las gestantes que acuden al Centro de Salud "Baños del Inca". Cajamarca, 2019. | 54 |
| Tabla 03. Riesgo de depresión en las gestantes que acuden al Centro de Salud "Baños del Inca". Cajamarca, 2019. | 57 |
| Tabla 04. Riesgo de ansiedad en las gestantes que acuden al Centro de Salud "Baños del Inca". Cajamarca, 2019 | 58 |
| Tabla 05. Factores sociales asociados al riesgo de depresión en gestantes. Centro de Salud "Baños del Inca". Cajamarca, 2019. | 59 |
| Tabla 06. Factores obstétricos asociados al riesgo de depresión en gestantes. Centro de Salud "Baños del Inca". Cajamarca, 2019. | 64 |
| Tabla 07. Factores sociales asociados al riesgo de ansiedad en gestantes. Centro de Salud "baños del inca". Cajamarca, 2019. | 68 |
| Tabla 08. Factores obstétricos asociados al riesgo de ansiedad en gestantes. Centro de Salud "Baños del Inca". Cajamarca, 2019. | 73 |
| Tabla 09. Factores sociales, según dimensiones, asociados al riesgo de depresión y ansiedad en gestantes. Centro de Salud "Baños del Inca". Cajamarca, 2019. | 77 |
| Tabla 10. Factores obstétricos, según dimensiones, asociados al riesgo de depresión y ansiedad en gestantes. Centro de Salud "Baños del Inca". Cajamarca, 2019. | 79 |
| Tabla 11. Factores sociales y obstétricos asociados al riesgo de depresión y ansiedad en gestantes. Centro de Salud "Baños del Inca". Cajamarca, 2019. | 81 |

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar los factores sociales y obstétricos asociados al riesgo de depresión y ansiedad en gestantes que acudieron al Centro de Salud “Baños del Inca”, Cajamarca 2019. **Metodología:** el estudio fue no experimental, de corte transversal, descriptivo y correlacional; se incluyó una muestra de 189 gestantes. Los instrumentos utilizados fueron una ficha de recolección de datos, Escala de depresión de Zung y Escala de ansiedad de Zung; validados a través de juicio de expertos (coeficiente “V” de Aiken: depresión=0,99 y ansiedad=0,98); para la confiabilidad se realizó una prueba piloto (coeficiente Alpha de Cronbach: depresión=0,786 y ansiedad=0,872). **Resultados:** respecto a los factores sociales: el 70,4% pertenecieron al grupo etario de 20 a 34 años, 64% convivientes, 48,2% con grado de secundaria, 83,1% amas de casa, 69,8% de la zona rural, el 64% pertenecieron al quintil I, 54% católicas y el 56,1% no contaron con apoyo familiar. Referente a las características obstétricas: el 60,8% fueron multigestas, 49,2% estuvieron en el segundo trimestre, 42,3% con 4 a 6 atenciones prenatales, 28,6% con periodo intergenésico de 2 a 5 años, el 79,4% no planificaron su embarazo y el 86,2% no tuvieron complicaciones durante el mismo. La mayoría presentó riesgo de depresión moderada (32,3%) y riesgo de ansiedad leve (42,3%). Los factores sociales asociados al riesgo de depresión fueron estado civil ($p=0,037$), ocupación ($p=0,044$) y apoyo familiar ($p=0,039$), y en cuanto al riesgo de ansiedad únicamente ingreso económico ($p=0,048$). Los factores obstétricos asociados al riesgo de depresión fueron número de atención prenatal ($p=0,016$) y planificación del embarazo ($p=0,033$), y referente al riesgo de ansiedad número de embarazos ($p=0,022$) y edad gestacional ($p=0,021$). **Conclusión:** estadísticamente no se encontró asociación significativa entre factores sociales y obstétricos con riesgo de depresión y ansiedad en gestantes ($p > 0,05$).

Palabras claves: depresión; ansiedad; factores sociales; factores obstétricos.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the social and obstetric factors associated with the risk of depression and anxiety in pregnant women who attended the "Baños del Inca" Health Center, Cajamarca 2019. **Methodology:** the study was non-experimental, cross-sectional, descriptive and correlational; a sample of 189 pregnant women was included. The instruments used were a data collection sheet, the Zung Depression Scale and the Zung Anxiety Scale; validated through expert judgment (Aiken coefficient "V": depression=0.99 and anxiety=0.98); A pilot test was performed for reliability (Cronbach's Alpha coefficient: depression=0.786 and anxiety=0.872). **Results:** regarding social factors: 70.4% belonged to the age group between 20 and 34 years old, 64% cohabitants, 48.2% with a high school degree, 83.1% housewives, 69.8% of the In rural areas, 64% belonged to Quintile I, 54% Catholic and 56.1% did not have family support. Regarding obstetric characteristics: 60.8% were multigrain, 49.2% were in the second trimester, 42.3% with 4 to 6 prenatal care, 28.6% with an intergenetic period of 2 to 5 years, 79.4% did not plan their pregnancy and 86.2% had no complications during it. Most had a risk of moderate depression (32.3%) and a risk of mild anxiety (42.3%). The social factors associated with the risk of depression were marital status ($p=0.037$), occupation ($p=0.044$) and family support ($p=0.039$), and regarding the risk of anxiety only income ($p=0.048$). The obstetric factors associated with the risk of depression were number of prenatal care ($p=0.016$) and pregnancy planning ($p=0.033$), and regarding the risk of anxiety, number of pregnancies ($p=0.022$) and gestational age ($p=0.021$). **Conclusion:** statistically no significant association was found between social and obstetric factors with risk of depression and anxiety in pregnant women ($p>0.05$).

Key words: depression, anxiety, social factors, obstetric factors.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad (1), resultante de un proceso de interacciones de factores biopsicosociales, económicos y ambientales. Por ende, un problema de salud mental se convierte en trastorno cuando afecta la capacidad funcional normal de una persona, los signos y síntomas son permanentes; además, va existir una alteración del estado de ánimo y actitud (2).

En la actualidad, la depresión y ansiedad son trastornos altamente prevalentes, debido a que son los motivos de consulta más frecuentes en el ámbito psicológico; son alteraciones emocionales diferentes pero con frecuencia están íntimamente relacionadas que pueden afectar la calidad de vida de los pacientes en general y gestantes en particular. Según las últimas estimaciones de la OMS, la depresión afectó a más de 350 millones de personas (3, 4); y la ansiedad a más de 264 millones durante los últimos años en el mundo, aquejando más a la mujer que al hombre, aproximadamente en una proporción de 2:1 (5). Por lo tanto, como se viene observando, la depresión y ansiedad son una amenaza para la salud y en casos crónicos o recurrentes podrían conducir a un suicidio; así mismo, condicionan una vida con discapacidades y menores oportunidades de integración social.

Las mujeres, con mayor frecuencia en la edad reproductiva, son más susceptibles de padecer trastornos emocionales a causa de la actividad hormonal y endocrina; dicha alteración explica su intranquilidad, vulnerabilidad y emotividad que la llevaría a presentar mayor susceptibilidad para desencadenar problemas psicológicos (6). Los cambios hormonales durante el ciclo menstrual, y con mayor predisposición en la gestación y puerperio podrían alterar la salud emocional debido a una afectación del proceso bioquímico del cerebro provocando dichas patologías; incrementando riesgos maternos, perinatales afectando así el desarrollo del niño por nacer. Además, se ha demostrado que la depresión y ansiedad durante la gravidez es factor de riesgo para padecer trastornos posparto y/o el inicio de padecerlo de por vida (7).

Por lo anteriormente mencionado, resulta imprescindible comprender la importancia de la evaluación y seguimiento de los cambios psicofisiológicos de la gestante durante la visita en la atención prenatal; por lo cual, se planteó realizar esta investigación con el objetivo de determinar los factores sociales y obstétricos asociados al riesgo de depresión y ansiedad en gestantes que acudieron al Centro de Salud “Baños del Inca”,

Cajamarca 2019. Estructuralmente el presente estudio consta de cuatro capítulos siguientes:

CAPÍTULO I: el planteamiento y formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: se describen los antecedentes, las bases teóricas, hipótesis, variables y finalmente la conceptualización y operacionalización de variables

CAPÍTULO III: corresponde al diseño metodológico, el cual está conformado por diseño y tipo de estudio, área de estudio y población, muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión, técnicas e instrumentos de recolección de datos, control de calidad de datos, procesamiento y análisis de la investigación.

CAPÍTULO IV: se detalla los resultados obtenidos, análisis y discusión.

Finalmente, constituye parte de la presente tesis, las conclusiones, las recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Los trastornos mentales comprenden enfermedades como la depresión y ansiedad, cada una con sus propias características, aunque en algunas ocasiones se presentan juntas, siendo alteraciones que podría afectar las emociones y la conducta, interfiriendo en la salud integral provocando cambios significativos en la vida de una persona (8). Es así que, la depresión se caracteriza por sentimientos de tristeza, desinterés, culpa, baja autoestima, falta concentración; además, de alteraciones de sueño y apetito que interfieren en las actividades cotidianas (9). Así mismo, la ansiedad es una respuesta biológica anticipatoria a una amenaza futura; acompañada de disforia desagradable, síntomas somáticos y conductas evitativas; si estas manifestaciones son persistentes, incontrolables e interfieren con las actividades diarias, se puede convertir en un trastorno mental (9).

La prevalencia de depresión en la población mundial fue de 9,5% para el año 2018, afectando así a unos 350 millones de personas (4), un 18% más que hace una década; siendo más común en mujeres (5,1%) que en hombres (3,6%) (10). En América Latina, durante el año 2017, entre los países que mayormente reportaron trastornos depresivos fueron Brasil (5,8%), también Cuba (5,5%), Paraguay (5,2%), seguido de Chile y Uruguay (5,0%), Ecuador (4,6%), Bolivia (4,4%) y finalmente Venezuela (4,2%); siendo una de las enfermedades que más contribuyó a mayor discapacidad en el mundo con un 7,5% (10).

Igualmente, respecto a la ansiedad, las últimas estimaciones de la OMS consideró que más de 264 millones de personas padeció de este trastorno durante el año 2019 (5), un incremento del 15% respecto a hace diez años. En América Latina, entre los países que presentaron mayor frecuencia de ansiedad estuvo Brasil (9,3%) con mayor porcentaje, seguido de Paraguay (7,6%), Chile (6,5%), Uruguay (6,4%), Argentina (6,3%), Cuba (6,1%), Colombia (5,8%), República Dominicana (5,7%), Ecuador (5,6%), Bolivia (5,4%), Panamá (4,5%) y por último Venezuela (4,4%) (10).

En el Perú, según el Ministerio de Salud durante el año 2014, el 17,5% de la población presentó alguna enfermedad neuropsiquiátrica; además, según los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental (EESM-2018), el 20,7% de la población mayor de

12 años padeció algún tipo de trastorno mental, anualmente; siendo el episodio depresivo más frecuente con un promedio nacional de 7,6%. Así mismo, respecto a la ansiedad, existen reportes que este trastorno en el país, tiene una prevalencia de 10,6% anual y según el Instituto Nacional de Salud Mental (2015) en el departamento de Cajamarca el 19,1% y el 8,2% de la zona urbana y rural respectivamente sufrieron de algún trastorno mental (11).

Las mujeres en gestación tienen un riesgo más alto de padecer depresión y ansiedad, con asociación posiblemente multifactorial, esto corrobora los datos estadísticos encontrados en investigaciones a nivel internacional que evidencian esta problemática, como lo reportado en Venezuela (2013) donde el 66,1% de las gestantes presentaron algún nivel de depresión (12); de igual manera, en Colombia y México (2017) el 30,2% y el 66,6% de las embarazadas tuvieron síntomas depresivos (15, 16). En el Perú, existen estudios en la ciudad de Huánuco (2016) que refieren que el 50% de las gestantes presentaron depresión leve (15); en Chiclayo, durante el mismo año, el 20,59% depresión moderada (16); del mismo modo, en Trujillo (2017) el 41% (17), Lima (2018) el 44% (18), y por último en Arequipa (2018) el 36,2% refirieron presentar el mismo trastorno (19). Cajamarca no es ajena a esta realidad, sin embargo existen limitadas publicaciones sobre esta problemática, pues en una investigación en el año 2018, se obtuvo que el 48,2% de las gestantes adolescentes padecieron depresión (20), lo cual evidencia que este trastorno se puede presentar desde etapas tempranas de la vida reproductiva.

Referente a la ansiedad durante la gestación, en Venezuela (2013) se reportó que el 67,3% de las grávidas presentaron algún nivel de ansiedad (12); durante el mismo año, en Cuba la vulnerabilidad de ansiedad fue de 56,4 % (21); así mismo, en Colombia (2015) el 40,7% de las gestantes padecieron el mismo trastorno (22). Igualmente, en el Perú, Lima (2016) el 24,1% de las gestantes desarrollaron ansiedad (23); en Huánuco (2016) e Iquitos (2018) el 40% y 31,7% de las gestantes presentaron ansiedad moderada y leve respectivamente (17, 25). Al igual que la realidad de depresión en gestantes, la ciudad de Cajamarca no es ajena, durante el año 2018 refirieron que el 91,8% de embarazadas adolescentes presentaron ansiedad muy baja (20).

Por tanto, el riesgo de dichos trastornos durante la gestación, puede tener una alta prevalencia al estar asociado de manera vulnerable a factores sociales como la edad, el estado civil, el grado de instrucción, la procedencia, el ingreso económico, entre

otros; así mismo con los factores obstétricos como el número de gestaciones, la edad gestacional, la asistencia a las atenciones prenatales, la planificación del embarazo e incluso complicaciones durante el mismo; adicional a ello con los factores ambiental y situaciones adversas del día a día que probablemente desencadenarían depresión y ansiedad durante esta etapa, afectando el curso del embarazo (7); generando complicaciones, como reportó Serrano (2016) en su estudio que el 11,6% de gestantes ansiosas presentaron parto pre término; también, encontró asociación con pre eclampsia y bajo peso al nacer durante la gestación (23).

Ante la escasa información en la región de Cajamarca, se consideró importante realizar la presente investigación en el Centro de Salud “Baños del Inca”, distrito del mismo nombre, con el objetivo de determinar los factores sociales y obstétricos asociados al riesgo de depresión y ansiedad, para así evidenciar la magnitud de esta problemática con alto impacto en la salud de la gestante que a pesar de ello es muy poco abordada.

1.2. Formulación del problema

¿Existe asociación entre los factores sociales y obstétricos con riesgo de depresión y ansiedad en gestantes que acudieron al Centro de Salud “Baños del Inca”, Cajamarca durante el año 2019?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre factores sociales y obstétricos con riesgo de depresión y ansiedad en gestantes que acuden al Centro de Salud “Baños del Inca”, Cajamarca 2019.

1.3.1. Objetivos específicos

1. Describir las características sociales y obstétricas en gestantes que acuden al Centro de Salud “Baños del Inca”. Cajamarca 2019.
2. Identificar la frecuencia de riesgo de depresión en gestantes que acuden al Centro de Salud “Baños del Inca”. Cajamarca 2019.
3. Estimar la frecuencia de riesgo de ansiedad en gestantes que acuden al Centro de Salud Baños del Inca. Cajamarca 2019.

4. Identificar la asociación entre los factores sociales y obstétricos con riesgo de depresión en gestantes que acuden al Centro de Salud Baños del Inca. Cajamarca 2019.
5. Determinar la asociación entre los factores sociales y obstétricos con riesgo de ansiedad en gestantes que acuden al Centro de Salud Baños del Inca. Cajamarca 2019.

1.4. Justificación de la investigación

La salud mental viene a ser una parte integral de la salud, y se encuentra íntimamente relacionada con la salud física y la conducta (25). Las alteraciones mentales son una variedad de afecciones con alta prevalencia e incidencia en los últimos años, siendo más frecuentes la depresión y ansiedad, causando serio impacto en el deterioro de la calidad de vida de la población mundial y del país. La ciudad de Cajamarca no es ajena a esta realidad, según el Instituto Nacional de Salud Mental el 27,3% de la población sufrió de algún trastorno mental durante el año 2015 (11); de allí la importancia de realizar la presente investigación durante el periodo gestacional.

La prevalencia de depresión y ansiedad durante el embarazo son poco estudiadas, aun cuando el proceso fisiológico del mismo predispone a dichas patologías, provocando graves efectos en la salud materna y el niño por nacer. Así mismo, son los principales factores de depresión posparto y de recurrencia de acontecimientos depresivos a los largo de la vida de la mujer (7). Por ende, los profesionales de Obstetricia deben conocer la importancia y aspectos básicos del tamizaje de salud mental para la atención integral de la salud materna, teniendo como responsabilidad preparar a la gestante para una experiencia psicofisiológica normal y placentera; por lo que, durante las atenciones prenatales, es trascendental identificar precozmente y de manera oportuna los factores desencadenantes asociados a estos trastornos, teniendo en cuenta que dichos factores varían de acuerdo a cada entorno y personalidad de cada gestante.

La presente investigación permitirá brindar un aporte sobre los factores asociados al riesgo de depresión y ansiedad dirigido a los estudiantes y profesionales de la salud, para valorar la importancia de la atención prenatal, con la finalidad de incorporar estrategias e intervenciones de manera oportuna sin dejar de lado la salud mental de la gestante, evitando estos desenlaces. Finalmente, a nivel académico, los datos obtenidos en la presente investigación, podrán ser utilizados en otros estudios, sirviendo como marco referencial.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Díaz M, et al., realizaron una investigación en Venezuela en el año 2013, con el objetivo de analizar los niveles de depresión y ansiedad en gestantes que acudieron a la consulta de perinatología y medicina materno fetal. Los resultados respecto a la ansiedad fueron: del total, el 67,3% con diagnóstico de algún nivel de ansiedad, donde el 39,8% presentaron ansiedad menor y el 27,5% mayor. Referente a la depresión: del total, el 66,1% revelaron algún nivel de depresión ($p < 0,001$), donde el 29,7% presentaron depresión leve, el 16,9% moderada y el 19,4% severa. En relación a las características sociales el 72% tuvieron entre 20 y 34 años, el 56,4% pertenecieron al estrato socioeconómico IV, el 66,1% entre 2 y 4 gestas, el 51,3% se encontraron en el tercer trimestre, el 81,4% convivientes y el 54,2% no planificaron su embarazo. Evidenciaron una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de ansiedad y depresión con el tipo de relación de pareja, relación estable o convivientes ($\chi^2=14,97$; $p < 0,001$) y ($\chi^2=13,52$; $p < 0,001$) respectivamente. Concluyeron que, existieron elevados niveles de depresión y ansiedad en las embarazadas que mantenían relación de pareja estable y/o convivientes (12).

Ricardo C, Álvarez M, Ocampo M y Tirado A, publicaron un estudio en Colombia en el año 2015, con la finalidad de determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en gestantes con alto riesgo obstétrico. Obtuvieron que el 61,4% presentaron depresión y el 40,7% ansiedad. Encontraron a la depresión asociada con antecedentes de la misma (OR = 7,1; IC 95%: 2,6-19,2); maltrato psicológico (OR = 8,7; IC 95%: 2-38,5); tener pareja disfuncional (OR=5,1; IC 95%: 1,9-13,8), y tener hijos menores de cinco años (OR = 4,9; IC 95%: 1,8-13,4). Así mismo, evidenciaron a la ansiedad que estaría asociada con haber sido víctima de situaciones sociales adversas (OR = 1,85; IC 95%: 1,03-3,34) o haber vivido un desastre natural (OR=2,11; IC 95%: 1,0-4,5). Concluyeron que, los factores de riesgo y protectores para ambas sintomatologías fue alta (26).

Guerra A, Dávalos D y Castillo A, efectuaron un estudio en Colombia en el año 2017, con el objetivo de establecer y abordar los síntomas de depresión en gestantes del

servicio de hospitalización. Afirmaron que el 30,2% de las mujeres evaluadas tuvieron síntomas depresivos y el 3,6% habían tenido ideas de autolesión. La mayoría de las gestantes tuvieron 27,4 años de edad promedio, el 40% amas de casa, 54% con 1 o 2 hijos y el 96% de las embarazadas realizaron control prenatal. Los factores de riesgo psicosociales fueron edad, condición socioeconómica, número de hijos, antecedentes de aborto, antecedente de abuso sexual y emocional, intentos suicidas previos, historia personal o familiar de depresión y convivencia con el cónyuge. Los factores relacionados evaluados indicaron una condición de vulnerabilidad de las mujeres con menor nivel socioeconómico. Concluyeron que, los datos encontrados reiteraron la importancia de detectar factores que tradicionalmente el personal de salud no identifica ni interviene durante la gestación (13).

Ruiz G, Organista H, López R, Cortaza L y Vinalay I, realizaron una investigación en México en el año 2017, con la finalidad de determinar la incidencia de depresión en embarazadas de una institución de primer nivel. Identificaron que el 51,7% fueron convivientes, el 27% casadas, el 15,7% solteras; así mismo, el 9% se encontraron en el primer trimestre, el 31,5% en el segundo y 59,5% en el tercero. Respecto a los niveles de depresión, el 76,4% presentaron dicha, donde el 15,7% presentaron depresión leve, el 6,7% moderada, y solo el 1,2% severa. Conforme a los datos encontrados, precisaron que el 23,6% de las embarazadas que presentaron depresión el 66,6% lo experimentó en el tercer trimestre, el 19,1% en el primer y el 14,3% en el segundo trimestre, además, el 42,9% fueron convivientes. Concluyeron que, se debe prestar especial atención a las mujeres no solo en el control de embarazo, sino también en los problemas emocionales y hormonales asociados a la transición durante el mismo, así como los problemas psicosociales referente a la relación con la pareja (14).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Ventocilla V, desarrolló una investigación en la ciudad de Juliaca en el año 2015, con el fin de describir los niveles de depresión que presentaron las madres gestantes. Obtuvo que, el 55,6% de las gestantes presentaron un nivel de depresión ligera, el 15,3% moderada y finalmente el 6,9% depresión grave. Concluyó que, existió un nivel alto de depresión ligera y en función a los resultados encontrados recomendó realizar programas de promoción y prevención de depresión en embarazo y derivar al servicio de psicología a las gestantes (27).

Montoya S, y Valencia L, efectuaron un estudio en la ciudad de Huánuco en el año 2016, con la finalidad de establecer la relación entre la depresión y ansiedad en gestantes primigestas de un centro de salud. Obtuvieron como resultado el 50% presentaron depresión leve y el 40% ansiedad moderada. Así mismo, gestantes con depresión leve (23%) y ansiedad moderada (20%) tuvieron de 15 a 20 años; de 21 a 25 años presentaron depresión leve (23%) y ansiedad moderada (13%); de 26 a 30 años depresión mínima (7%) y ansiedad grave (3%); y de 31 a 35 años el 3% presentaron depresión grave y ansiedad moderada y leve. Concluyeron y demostraron altos índices de depresión leve en gestantes primerizas y ansiedad moderada (15).

Alvarado M, y Mundaca A, ejecutaron un estudio en la ciudad de Chiclayo en el año 2016, con el objetivo de identificar el nivel de depresión en gestantes atendidas en un centro de salud. Como resultado, determinaron que el 19% de las gestantes presentaron depresión moderada, el 12% severa, el 11% leve. En relación al estado civil apreciaron que la mayoría de las gestantes con pareja estable no presentaron depresión (casadas: 86.67% y convivientes: 64,06%), el 53,38% con niveles de depresión moderada fueron solteras y severa el 4,76%. En cuanto a la edad, el 16% que tuvieron de 15 a 22 años refirieron depresión severa y el 24% moderada; así mismo, el 20% de las gestantes de 31 a 37 presentaron diagnóstico de depresión leve. Según edad gestacional, el 20,59% que refirieron depresión moderada se encontraron en el tercer trimestre y el 16,13% que presentaron depresión severa se encontraron en el primer trimestre. Llegaron a la conclusión, que presentar depresión previo a la gestación estaba asociado a desarrollar algún trastorno mental durante la gestación (16).

Campos L, realizó un estudio en la ciudad de Trujillo en el año 2017, con el fin de establecer los factores asociados a la depresión en gestantes del tercer trimestre de un Hospital. Obtuvo que, la prevalencia de la depresión perinatal en gestantes del tercer trimestre fue de 41% (EPDS \geq 13). Además, encontró asociación entre la depresión perinatal con los factores sociodemográficos como la edad, el estado civil y el grado de instrucción; y factores psicosociales como la falta de apoyo familiar, de una estabilidad socioeconómica, la insatisfacción conyugal, la violencia doméstica y el embarazo no planificado ($p < 0,05$). Al realizar un análisis multivariado encontró que el apoyo familiar (OR=0.195, 95% IC 0.059-0.642, $p=0.007$); la satisfacción conyugal (OR=0.066, 95% IC 0.020-0.212, $p=0.000$) y la estabilidad económica (OR=0.069, 95% IC 0.017-0.290, $p=0.000$) fueron factores protectores; sin embargo, la violencia doméstica (OR=16.915, 95% IC 3.634-78.742, $p=0.0000$) fue predictor de depresión perinatal. Concluyó que la identificación de los factores sociodemográficos y

psicosociales asociados a la depresión perinatal fue de gran importancia ya que medir el nivel de asociación a tiempo, permitió un correcto abordaje en las gestantes (17).

Torres T, y Guevara Y, realizó un estudio en la ciudad de Iquitos durante el años 2017, con la finalidad de determinar el nivel de ansiedad en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un Centro de Salud. Según los resultados encontraron, que del total de gestantes, el 31,7 % presentaron ansiedad leve, el 22,7% moderada y el 1,7% severa. Referente a las características obtuvieron cifras mayores en las siguientes: el 68,3% pertenecieron al rango de 20 a 34 años de edad, el 64,7 % convivientes, el 70,7% secundaria, el 76,7% amas de casa, el 61,7% pertenecieron a la zona urbana, el 41,3% percibieron menos de s/ 850.00 al mes, el 64,0% recibieron apoyo familiar, el 68,0% se encontraron en el segundo trimestre, el 59,3% multigestas, el 84,7% no presentaron complicaciones durante la gestación y el 74,3% no planificaron su embarazo. En relación a los factores asociados con la ansiedad determinaron los porcentajes más altos con ansiedad leve, donde el 77,8% fueron de 20 a 34 años, el 59,3% convivientes, el 63,0% secundaria completa, el 72,2% amas de casa, el 66,7% procedieron de la zona urbana, el 38,9% percibieron S/1.000.00 mensuales, el 54,6% si recibieron apoyo, el 72,2% se encontraron en el segundo trimestre, el 71,3% multigestas, el 83,3% no presentaron complicaciones y el 50,9% si planificaron su embarazo. Concluyeron que, según los resultados revelados, existió la necesidad de implementar intervenciones psicológicas para disminuir la ansiedad en las gestantes adolescentes y adultas (24).

Tirado L, realizó un estudio en la ciudad de Chiclayo en el año 2018, con el objetivo de estimar la frecuencia de depresión en gestantes, factores psicológicos y sociales asociados. Obtuvo que el 30,56% manifestaron riesgo de depresión, donde el 54,55% de las embarazadas se encontraron en el segundo trimestre. Respecto a los factores asociados independientes el 50,9% fueron convivientes, el 64,8% con grado primaria completa, el 43,5% se encontraron en el segundo trimestre, el 21,8% con 5 controles prenatales, el 45,4% presentaron complicación durante el embarazo y por último el 64% no planificaron su embarazo. No encontró asociación significativa en relación a los factores sociales; por otro lado, demostró asociación de riesgo de depresión con primigestas; siendo así un factor protector el tener antecedente de partos anteriores (RP: 0.490, IC 95%: 0.857-0.281; p 0.012). Concluyó que, la frecuencia de riesgo de depresión en gestantes fue elevada, por lo tanto se debió realizar seguimiento a las gestantes con síntomas depresivos desde el primer contacto (28).

Sarmiento S, realizó una investigación en la ciudad de Lima en el año 2018, con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a la depresión en gestantes que acudieron a un centro de salud. Como resultado determinó que, la prevalencia de la depresión en la gestación fue de 44% (EPDS ≥ 12). Por otro lado, encontró asociación significativa entre la depresión y los factores de riesgo sociodemográficos donde afectó más al grupo etario de 18-25 años en 49,3%, el 52,1% convivientes, el 61,6% tuvieron secundaria, el 53,4% desempleadas o trabajadoras del hogar; en cuanto a los factores psicosociales encontró asociación donde el 60,3% contaron con apoyo familiar, el 75,3% no planificaron su embarazo, el 52,1% tuvieron inestabilidad económica, el 58,9% mantuvieron regular relación de pareja y el 32,9% respondieron haber presentado complicaciones en su actual embarazo. Concluyó que, la prevalencia de factores psicosociales y factores sociodemográficos estaba asociado con riesgo de depresión durante el embarazo (18).

Cáceres R, ejecutó un estudio en la ciudad de Arequipa en el año 2018, con el fin de precisar la frecuencia de depresión y relación con patologías en gestantes que asistieron a un hospital. Demostró que el 49,6% presentaron depresión, donde el 36,2% se encontraron en el primer trimestre de gestación, el 35,2% tuvieron entre 20 y 34 años y el 22,9% refirieron patologías asociadas al embarazo. Finalmente concluyó que, la depresión y las patologías en forma global presentaron una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$), con una p de 0,0001; donde las gestantes con depresión presentaron patologías asociadas al embarazo (19).

2.1.3. Antecedentes locales

Heredia Y. (Cajamarca, 2018), efectuó un estudio en la ciudad de Cajamarca en el año 2018, con el objetivo de establecer la influencia de la condición del estado civil en el nivel de ansiedad y grado de depresión en gestantes adolescentes. Obtuvo que el 60,9% pertenecieron al grupo etario de 17-19 años, el 31,8% tuvieron secundaria completa, el 50,9% amas de casa y el 62,7% procedieron de la zona urbana. Según la condición del estado civil el 41,8% fueron solteras que vivieron con la propia familia donde el 91,8% tuvieron ansiedad muy baja y el 48,2% depresión leve. Por otro lado, el 13% de las solteras que vivieron con la propia familia y el 10% quienes vivieron solas con la pareja presentaron mayores porcentajes de ansiedad moderada, y finalmente, el 41,3% de las adolescentes solteras que vivieron con la propia familia y el 5% quienes vivieron solas con la pareja presentaron depresión moderada. Concluyó que existió relación significativa entre la condición del estado civil y el grado de depresión (20).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. La gestación

La gestación, también conocida como embarazo, es el periodo que transcurre desde la concepción hasta el momento del parto, durante el cual en la cavidad uterina de la mujer se forma y desarrolla un nuevo ser (7).

La duración de la gestación en el ser humano, contando desde la fecha de última menstruación, es aproximadamente unos 280 días, equivalente a 40 semanas, 10 meses lunares o 9 meses solares. Así mismo, desde el punto de vista embriológico dura un promedio de 266 días, ya que se considera a partir del momento de la fecundación (29).

Tradicionalmente, el periodo gestacional se divide en tres trimestres: el primero desde la semana 1 a 12, el segundo desde la semana 13 a 18 y el tercer trimestre de 29 a 40 semanas (29).

2.2.2. Cambios emocionales durante la gestación

Durante la gestación la mujer tiene el trabajo psicológico de convertirse en madre; de manera que, se encuentra expuesta a múltiples alteraciones, provocados por los cambios hormonales que forman parte de la respuesta materna al embarazo (7). La transición de la maternidad, estará definida por la forma en la que se enfrentará a la gestación; dependiendo de las características propias de su personalidad, el grado de autoestima, historia personal o familiar de depresión y/o ansiedad, la calidad de relación con la pareja, posibles problemas durante el embarazo y eventos estresantes cotidianos (6).

- Cambios emocionales durante el primer trimestre

Es común que en el *primer trimestre* la gestante perciba gran cansancio, somnolencia y un 80% presentan náuseas además de vómitos matutinos; así mismo, aumenta el deseo de ser atendida por otros y la dependencia respecto a quienes lo rodean; también, va experimentar cambios frecuentes de sentimientos ambivalentes. Es importante recalcar que al sentir alegría, el cuerpo produce endorfinas generando un mejor desarrollo del bebé, de manera que, presentar menor estrés va disminuir los riesgos de complicaciones gestacionales (7, 30).

- Cambios emocionales durante el segundo trimestre

En el *segundo trimestre*, gracias al neurotransmisor GABA que va frenar la producción de señales nerviosas, la gestante sentirá su sistema en calma, sus emociones estarán en equilibrio y mayor relajación; sin embargo, al igual que en el primer trimestre también va experimentar sentimientos de ambivalencia. Se observa físicamente el aumento del volumen del abdomen, crecimiento de las glándulas mamarias, aumento de peso y síntomas asociados con el mayor tamaño del útero (29). Se debe agregar que, a mayor carga estrogénica en esta etapa, va aumentar el deseo sexual; cabe reiterar que tener una buena actividad sexual durante el embarazo será beneficiosos a nivel afectivo y emocional para la gestante (30).

- Cambios emocionales en el tercer trimestre

Finalmente en el *tercer trimestre*, el producto de la gestación ocupa un espacio cada vez mayor en la cavidad abdominal, que da lugar a nuevos síntomas, incremento de la progesterona sérica, volumen sanguíneo y el consumo de oxígeno; al igual que el primer trimestre aumenta las alteraciones emocionales, sensación de incapacidad ante la responsabilidad del cuidado de bebé por nacer, también el temor al trabajo y dolor de parto. En esta etapa aparece el signo de negación psicológica del embarazo, con temores y dudas sobre su madurez emocional, experiencias como hijas y de sus madres, resentimientos y/o culpas. A diferencia del segundo trimestre, va disminuir el apetito sexual que se encuentra mayormente relacionado a cambios psicológicos que a hormonales (7, 30).

2.2.3. Depresión

2.2.3.1. Definición

Se define a la depresión como un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, aflicción, indefensión y desesperación profunda, según la teoría de William W. Zung (1965) (31).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la depresión como un trastorno mental frecuente, con presencia de tristeza; falta de autoestima, interés y concentración; trastornos del sueño y apetito, sensación de cansancio (32). Por último, el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), conceptualiza que aparte del estado de ánimo triste, vacío o irritable está acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan la capacidad funcional de la persona (9).

2.2.3.2. Fisiopatología de la depresión

El control de las emociones, en el ser humano, está regulado por el sistema límbico responsable de desencadenar respuestas autónomas, endocrinas y del comportamiento ante los desafíos de supervivencia. El funcionamiento del sistema límbico está regulado por diferentes vías nerviosas que liberan transmisores químicos como la noradrenalina (NA), dopamina (DA), la serotonina (5-HT) y la acetilcolina (ACH), estos interactúan de una manera compleja para dar origen tanto a las emociones placenteras como a las desagradables (33).

Diversos estudios demuestran fisiológicamente que los pacientes deprimidos tienen mayor flujo sanguíneo y metabolismo a nivel de la amígdala, la corteza orbital y el tálamo medial, observándose una reducción en el volumen y el grosor de estas áreas. Por ende, se utiliza como tratamiento fármacos antidepresivos, siendo las proteínas G posible blanco molecular, debido a que estas (proteínas G heterotriméricas) regulan las vías de señalización intracelular activadas por receptores a factores neurotróficos causales de la fisiopatología depresiva (33).

2.2.3.3. Etiología

Para comprender la fisiopatología se debe conocer el origen la depresión, entre las principales causas tenemos la interacción de los factores genéticos, biológicos y socioambientales que eventualmente alteran la bioquímica y función de las áreas del cerebro provocando una alteración depresiva, tenemos:

- Factores Biológicos
 - a) Áreas cerebrales implicadas en la depresión

Es importante destacar dos áreas fundamentales: en primer lugar, la disfunción de la corteza prefrontal (CPF) dorsolateral que estaría alterando funciones cognitivas como el razonamiento, la planeación y la toma de decisiones; y en segundo lugar: las áreas orbitofrontal y medial de la CPF, responsable de la regulación en la experiencia emocional, contribuyendo al componente afectivo en el trastorno depresivo (34).

Los cambios que ocurren en el volumen cortical y subcortical destacan la reducción del *hipocampo* mostrando un cambio tanto bilateral, pero no causa el primer episodio depresivo, si no que se convierte en un factor repetitivo y casual de cronicidad del

síndrome depresivo (34). Así mismo, estudios demuestran que la depresión está asociada con la disminución en el volumen de la amígdala cerebral. Respecto a la *Corteza cerebral*, implica que las anormalidades de la función glial y neuronal predisponen al trastorno depresivo (35).

Además, en relación al *Metabolismo de la glucosa*, se asocia con la sintomatología, pues la severidad de la depresión está relacionada al aumento del metabolismo en la glucosa, generalmente en el sistema límbico, la corteza prefrontal, temporal, el tálamo y áreas ventrales. Finalmente, también disminuye la materia gris de la corteza cingulada anterior (CCA) en pacientes con antecedentes depresivos (34).

b) Hipótesis de las monoaminas

El trastorno depresivo se debe a deficiencia en los neurotransmisores serotonina (5-HT), norepinefrina y en menor grado dopamina (DA). La monoaminoxidasa A (MAO-A), por un incremento en su metabolismo va haber una elevación en el cerebro lo que está implicada en la disminución de las monoaminas durante los episodios depresivos. Finalmente, estudios demuestran que una disminución en la liberación o producción de la norepinefrina en individuos deprimidos, señala una desregulación del sistema noradrenérgico que juega un papel importante en la fisiopatología de los trastornos afectivos (7).

c) Hipótesis glutamatérgica y GABAérgica de la depresión

Recientemente se ha implicado la hipótesis del déficit de GABA en la depresión, viene siendo la evidencia más fuerte que implica al sistema GABAérgico en los trastornos depresivos, se basa en la disminución de estos niveles en el plasma sanguíneo y en el fluido cerebroespinal o en el tejido cortical de los pacientes deprimidos. Curiosamente, los déficit de GABA son más pronunciados en los subtipos de personas melancólicas y resistentes al tratamiento de la depresión (36).

d) Hipótesis neurotrópica de la depresión

El factor neurotrópico derivado del cerebro es una proteína dimérica encontrada en el cerebro con mayor abundancia en el hipocampo y la corteza cerebral. La disminución en la expresión del factor neurotrópico puede contribuir a la atrofia del hipocampo en respuesta al estrés en pacientes deprimidos (33).

e) Hipótesis inflamatoria de la depresión

La atención se ha enfocado en el factor liberador de corticotropina, neuropéptido implicado en la fisiopatología de la depresión, se considera que las citosinas

proinflamatorias ejercen su efecto depresivo al incrementar la activación del factor liberador de corticotropinas (CRF). Además, la depresión promueve y mantiene la inflamación por disminución de la sensibilidad del sistema inmunitario a las hormonas glucocorticoides (33).

f) Hipótesis de la Noradrenalina

En la depresión, existe una disminución en la liberación de la noradrenalina (NA), que indica una alteración en el sistema noradrenérgico en la fisiología de los trastornos afectivos. La Noradrenalina es un neurotransmisor relacionado con la motivación, nivel de conciencia, impulsos sensitivos, regulación del sueño y apetito, conducta sexual, aprendizaje y la memoria, funciones que con frecuencia se encuentran alteradas en una persona con depresión (7).

g) Hipótesis de la Neurotrofinas

Según diversos estudios, reportan la formación anormal de las sinapsis y una interrupción de la neurogénesis en pacientes deprimidos, por lo que se cree que la reducción en los niveles de estas neurotrofinas, afectan las funciones de las áreas cerebrales límbicas que participan en el control del ánimo y en las funciones cognitivas (33).

h) Hipótesis del Glutamato

Considera que la fisiopatología de la depresión se asocia con una exacerbación del sistema glutamatérgico, por lo tanto, es un mediador primario de la patología depresiva (33).

- Factores genéticos

Se estudian dos polimorfismos que explicarían la fisiopatología depresiva, como el polimorfismo G1463A del gen para la enzima triptófano hidroxilasa tipo 2 humana (hTPH2) y el polimorfismo C (-1019) G en el gen del receptor a la serotonina (5-HT) 5-HT1A. Investigaciones demuestran que estos genes contribuyen a menores volúmenes hipocampales, por lo tanto, pueden incrementar el riesgo de depresión. Por otro lado la interacción genética con el ambiente es el gen receptor de la hormona liberadora de corticotropina (CRHR1), se encuentra relacionado con trastornos emocionales y con la resiliencia a la adversidad (30, 39).

- Factores sociales y ambientales

Cabe resaltar que, la depresión no solo es un problema médico, sino también social, las personas con trastornos del humor y preocupación excesiva son más propensas

a padecer depresión, adicionalmente va tener asociación con factores socioeconómicos y aislamiento. La crianza y expectativas relacionadas al sexo femenino, podrían ser pensamientos negativos establecidos en la niñez y adolescencia, por lo que algunos expertos sugirieron que la cultura tradicional de las niñas podría ser un factor determinante de la alta incidencia de depresión en la mujer, además de historias familiares y problemas de pareja (33).

Dentro de los factores medioambientales se considera como una respuesta inadecuada del cuerpo al estrés crónico; esta asociación parte de la observación de que cerca del 50% de los individuos deprimidos muestran hipercortisolemia, hallazgos que explica la desregulación del eje hipotálamo-pituitaria-corteza adrenal (HPA) como factor neuroendocrino que contribuye a la etiología de la depresión. Además, se añade los acontecimientos estresantes tales como desastres naturales, pérdidas sociales y económicas (9, 34).

2.2.3.4. Cuadro clínico y diagnóstico

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en las investigaciones, son la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Clasificación de la American Psychiatric Association (DSM-5). Para la presente investigación se consideró la recientemente publicación de la quinta edición del DSM, donde clasifica y considera (9):

- A.** Cinco (o más) de los síntomas siguientes estarían presentes durante el período de dos semanas, parte del día o casi todos los días y representan un cambio del funcionamiento previo:
1. Estado de ánimo deprimido.
 2. Disminución del interés o placer por todas las actividades.
 3. Pérdida o aumento de peso y apetito.
 4. Insomnio o hipersomnia.
 5. Agitación o retraso psicomotor.
 6. Fatiga o pérdida de energía.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva.
 8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse y toma de decisiones.
 9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas, intento de suicidio o un plan para llevarlo a cabo.
- B.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro trastorno especificado o no del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

La clasificación se basa en el número y la gravedad de síntomas, además del grado de discapacidad funcional (9):

Leve: pocos o ningún síntoma, solo lo necesarios para cumplir los criterios diagnósticos; la intensidad causa malestar pero es manejable y producen poco deterioro en el funcionamiento social y laboral (9). Así mismo, según el CIE-10 considera depresión leve, cuando están presentes dos o tres síntomas del criterio B, la persona probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades (38).

Moderado: el número de síntomas, la intensidad y/o el deterioro funcional están en los especificados para leve y grave (9). Según el CIE-10 clasifica depresión moderada, cuando están presentes al menos dos síntomas del criterio B y C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas, la persona tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias (38).

Grave: el número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad causa gran malestar y no es manejable e interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral (9). Según CIE-10 clasifica depresión grave, cuando existen 3 síntomas del criterio B y C con un mínimo de 8 síntomas, las personas presentan síntomas marcados y angustiantes, pérdida de autoestima, culpa e inutilidad. Así mismo, son frecuentes las ideas y acciones suicidas, además se presentan síntomas somáticos y psicóticos como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave (38).

2.2.3.5. Depresión y embarazo

Existen muchas razones por las que una mujer gestante puede desencadenar depresión, una de ellas es la alteración de las hormonas femeninas como el estrógeno y progesterona, principales desencadenantes de este trastorno, de manera similar a durante y después del ciclo menstrual. Otra posible causa es una disminución de las

hormonas tiroideas, las cuales pueden ocasionar sentimientos de tristeza o irritación, problemas para dormir, concentrarse y aumento de peso; durante el embarazo, el aumento del cortisol plasmático y el incremento de los niveles de catecolaminas, típicamente presentes en gestantes con depresión, pueden afectar la función placentaria, a través de una disminución del flujo sanguíneo uterino y la inducción de irritabilidad uterina, pues las alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, propias de estados depresivos, pueden tener un efecto directo en el desarrollo del bebé (7). Investigaciones manifiestan que, los síntomas de depresión durante esta etapa van a ser similares a los síntomas propios de la gestación, datos que el personal de salud debe ser minucioso para su diagnóstico, pues aproximadamente alrededor del 7 % de las mujeres embarazadas lo experimentan (41).

También van a existir factores físicos como los cambios fisiológicos, anatómicos, genéticos y antecedentes familiar o personal de trastorno neurológico o mental; así también, factores sociales como condición económica baja, falta de apoyo familiar, la edad, acontecimientos estresantes, el estado civil y los hábitos; del mismo modo, factores psicológicos como el miedo al parto o a la crianza del bebé; por otro lado, puede ser producto de patologías asociadas a la gestación como anemia, amenaza de aborto, enfermedades infecciosas, diabetes gestacional o disfunción tiroidea, que podrían estar directamente asociados a síntomas depresivos (7).

Por lo anterior mencionado, el personal de salud tiene la responsabilidad de evitar complicaciones mediante una detección temprana de alteraciones emocionales durante la gestación, ya que, conlleva a complicaciones durante el mismo; por otro lado la gestante con problemas emocionales puede refugiarse en el consumo de sustancias nocivas que pueden afectar el desarrollo del bebé e incluso puede desencadenar en suicidio. A futuro, lleva a un mal vínculo madre e hijo, parto prematuro, bajo peso al nacer, preeclampsia, entre otros (7).

Autores consideran que, el 50% de los episodios de depresión posparto comienzan realmente antes o durante la gestación e incluso la mujer puede tener recurrencia depresiva a lo largo de su vida; es por ello que, el DSM-5 introduce el concepto de “trastorno depresivo con inicio en el periparto”, cuando el inicio de los síntomas del estado de ánimo se produce durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto (9).

2.2.4. Ansiedad

2.2.4.1. Definición

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, define a la ansiedad como una reacción normal al estrés, puede ser beneficiosa y en algunas situaciones puede alertarnos sobre peligros futuros. Para la psiquiatra europea, Esther Martín (2014) la ansiedad es la expresión sobresaltada de la angustia; la angustia se define como un afecto similar al miedo pero que, a diferencia de este, no obedece a un estímulo amenazante externo, sino que es vivida como procedente de la interioridad psíquica de una persona (8, 43).

Según el DSM-5, define a la ansiedad como respuesta anticipatoria a una amenaza futura, estado emocional estresante y displacentero que provoca un sentimiento de nerviosismo y desasosiego acompañado de cambios físicos y conductuales similares a los que provoca el miedo, a diferencia del miedo, la ansiedad está más asociada con tensión muscular, vigilancia y comportamientos cautelosos (9).

2.2.4.2. Componentes de la ansiedad

Se tiene tres componentes de este trastorno, el primero es el componente *cognitivo*, propia de la experiencia interna, tiene que ver con la evaluación subjetiva de los estímulos que los rodean. Segundo, el componente *fisiológico*, viene a ser la respuesta del organismo ante un estímulo como el incremento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) como cambios externos e internos del organismo. Por último, el componente *conductual* que explica la manifestación motora, observable de la conducta como la expresión facial, movimientos o posturas corporales y respuestas de escape, huida y evitación (41).

2.2.4.3. Etiología

Al igual que la depresión, en el trastorno de ansiedad participa el sistema límbico, siendo el responsable de las emociones y de las estrategias asociadas a la supervivencia; además de la participación de la amígdala, la serotonina (5-HT), la noradrenalina (NA) y la dopamina (DA) también están involucrados en la fisiopatología de dicha patología .

En primer lugar, la *respuesta motora* en la ansiedad puede ser de lucha o huida; producida por la vía talámica, se resume como aferencia - tálamo - complejo nuclear

amigdalino - aferencia, siendo una de las formas de expresión de la ansiedad. Seguido, la *expresión autonómica* depende de los núcleos del tronco encefálico, también la amígdala recibe aferencias de la coordinación de las respuestas ansiosas; además, la activación simpática produce aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria; en general, la activación de los núcleos protuberanciales se relaciona con el estado de alerta lista para atacar o salir corriendo. Finalmente, en la *expresión endócrina*, la amígdala transmite estímulos al hipotálamo, por lo que se activa el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, producto de los estímulos ansiogénicos aumentando la liberación de cortisol (41).

Por otro lado, la causa *genética*, surge de una enfermedad neuroquímica heredada, es decir, una anomalía bioquímica del sistema nervioso, vulnerabilidad genética; en este sentido, se ha de tener en cuenta que aunque se hable de genes concretos, la presencia o ausencia de predisposición genética no depende de un único gen, sino de una poligénica (41).

2.2.4.4. Cuadro clínico y diagnóstico

Al igual que para la depresión, los criterios diagnósticos de ansiedad más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son el CIE-10 y el DSM- 5. El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, considera varios tipos de trastornos de ansiedad como ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, ansiedad generalizada, ansiedad inducido por sustancias y por otra afección médica. Para la investigación se consideró el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada, por los síntomas característicos (9); los criterios diagnóstico son:

- Trastornos de Pánico
- A.** Ataques de pánico imprevistos y recurrentes, miedo intenso que produce cuatro (o más) de los síntomas siguientes:
1. Palpitaciones o aceleración de la frecuencia cardíaca.
 2. Sudoración.
 3. Temblor o sacudidas.
 4. Sensación de dificultad para respirar o asfixia.
 5. Sensación de ahogo.

6. Dolor o molestias en el tórax.
 7. Náuseas o malestar abdominal.
 8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
 9. Escalofríos o sensación de calor.
 10. Parestesias.
 11. Desrealización o despersonalización.
 12. Miedo a perder el control.
 13. Miedo a morir.
- B.** Al menos a uno de los ataques ha durado un mes (o más), los hechos siguientes:
1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico.
 2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques.
- C.** La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.
- D.** La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.
- Trastorno de ansiedad generalizada
- A.** Ansiedad y preocupación excesiva, que se produce durante varios días, durante un mínimo de seis meses, en relación con sucesos o actividades.
- B.** Difícil control de la preocupación.
- C.** La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes:
1. Inquietud o sensación de estar atrapado.
 2. Fácilmente fatigado.
 3. Dificultad para concentrarse.
 4. Irritabilidad.
 5. Tensión muscular.
 6. Problemas de sueño.
- D.** La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo, además de deterioro social y laboral.
- E.** La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.
- F.** La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

2.2.4.5. Ansiedad y embarazo

Pese a su prevalencia relativamente alta entre las mujeres de edad reproductiva, se ha concedido muy poca atención a los trastornos de ansiedad durante el embarazo; la gestación, nacimiento y la lactancia, pues estos periodos producen alteraciones fisiológicas marcadas que contienen cambios múltiples hormonales y en el sistema de neurotransmisores, que podrían estar involucrados con los síntomas de ansiedad. Desde el comienzo del embarazo la mujer experimenta un aumento en la ansiedad, siente la necesidad de dormir más que lo habitual, además de síntomas orgánicos como mareos, dolores musculares, jaquecas, calambres, colitis, hipertensión o hipotensión (7, 46).

Es habitual que a lo largo de todo el proceso de embarazo, comiencen a aparecer dudas, temores y cierta necesidad que, en muchos casos, den paso a pensamientos recurrentes y preocupaciones; los cuales, si no son manejados correctamente, pueden acabar en cuadros de dicho trastorno. Algunas de las principales causas o pensamientos con sentimientos de temor ante la inexperiencias, miedo a no ser capaz de responder adecuadamente al rol de madre, temor a morir o a sufrir graves secuelas tras el parto, la preocupación excesiva sobre el estado de salud del bebé, disminución de la autoestima, sentimientos de vulnerabilidad y estrés ocasionado por las demandas externas que acompañan el embarazo provocando ansiedad gestacional (41).

Existe evidencia de que la ansiedad puede asociarse con algunas alteraciones en la fisiología e incluso la morfología del bebé, también se relaciona con bajo peso al nacer, parto prematuro; a largo plazo menor capacidad de atención y problemas emocionales de conducta; en cuanto a la madre está altamente relacionado con el desarrollo de preeclampsia durante la gestación. Por lo anterior mencionado es necesario detectar, diagnosticar y tratar la ansiedad perinatal lo más pronto posible, para ofrecer un cuidado integral a la mujer embarazada (43).

2.2.5. Factores sociales

Son las condiciones, características o circunstancias de orden social, detectables que predisponen la presencia de un evento (44). Relacionados con la gestante influirán en la presencia o no de la sintomatología depresiva y ansiedad; entre los cuales se consideraron los siguientes:

2.2.5.1. Edad materna

Según la Real Academia Española (RAE) define a edad como tiempo vivido de una persona expresado en años. Cuando un embarazo se da en edades extremas, es considerado como factor de riesgo. Pues, varios autores han demostrado una relación marcada entre menor de 19 años o mayores de 35 años como edad materna de riesgo para padecer trastornos emocionales como la depresión y ansiedad; además, estudios consideran que la depresión prenatal está vinculado con la edad materna más joven (8, 30).

Según el Ministerio de Salud (MINSAs 2014) y para la presente investigación, la edad de las gestantes se clasificó en: gestante muy joven (menor a 15 años), joven (15 a 19 años), con edad adecuada (20 a 34 años), añosa (35 a 39 años) y muy añosa (40 años a más) (29).

2.2.5.2. Estado civil

El estado civil hace referencia a la calidad o posición permanente a la situación personal en que se encuentra o no la gestante relación a su pareja, creando lazos jurídicamente reconocidos. Estudios demuestran que la relación de pareja incluso estable influye en las alteraciones emocionales de la gestación; además, otros autores señalan que las gestantes que no tienen una relación de pareja estable desarrollan depresión con sintomatología grave y las de unión libre desarrollan depresión leve. Teóricamente se puede considerar a la depresión está vinculada mayormente a la soltería (45).

Con importancia para la investigación se consideró las siguientes categorías: *conviviente*, gestante que vive con su pareja sin haber contraído matrimonio civil o religioso; *casada*, gestante que ha contraído matrimonio civil o religioso y vive con su cónyuge; y finalmente *soltera*, gestante que nunca se ha casado ni ha vivido, ni vive en unión de hecho o convivencia.

2.2.5.3. Grado de instrucción

Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso de la gestante. En la salud el nivel educativo constituye un buen indicador para medir la desigualdad social,

importante al momento de analizar la percepción de cada individuo con respecto a la salud y enfermedad (46). Estudios demuestran que el tener un grado de instrucción bajo e incluso medio son predictores para padecer trastornos emocionales como la depresión y ansiedad durante la gestación.

Para la investigación se consideró las categorías siguientes: *sin instrucción*, cuando la gestante nunca asistió a un centro educativo; *primaria completa*, normalmente de acuerdo al sistema educativo vigente comprende del 1° al 6° grado; seguido de, *secundaria completa*, del 1° al 5° grado ya sea en la modalidad de menores o de adultos; *superior no universitaria*, comprende instituciones superiores tecnológicas y pedagógicas en promedio 1 a 3 años; y por último *superior universitaria*, estudio desarrollado en la universidad con duración 5 a 7 años de estudios (46).

2.2.5.4. Ocupación

Viene a ser el oficio o profesión que realiza la gestante. En los últimos años diferentes investigaciones han sugerido que la ocupación de la gestante está relacionada con desarrollar trastornos emocionales durante el embarazo, el ser amas de casa, trabajos no remunerados, son factores predictores de preocupación para gestante (46).

Para la investigación se tuvo en cuenta a: *trabajador dependiente*, gestantes que prestan su servicio a otra persona; *trabajador independiente*, gestante que explota su propio negocio o que ejerce por su cuenta una profesión u oficio; *ama de casa*, gestante que se dedica a quehaceres domésticos; y *estudiante*, gestante que cursa estudios en un centro educativo.

2.2.5.5. Procedencia

Es el lugar de donde procede la gestante, define un contexto cultural específico que permite diferenciar actitudes y prácticas de la misma; por lo tanto, es el lugar en el que la gestante vive. Algunas investigaciones consideran que las gestantes que pertenecen a la zona rural tienen mayor riesgo de padecer depresión y ansiedad, por la falta de acceso a los servicios de salud y sociales (47).

En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2018), lo clasificó en: *zona rural*, está vinculada al territorio con escasa cantidad de habitantes y *zona urbana*, tiene un mayor número de habitantes y una economía orientada a la industria o a los servicios.

2.2.5.6. Ingreso económico

Los ingresos, en términos económicos, hacen referencia a todas las entradas económicas que recibe una persona, en este caso la gestante; en gran medida, el bienestar de las mismas está determinado por los productos básicos, bienes y servicios disponibles en el mercado (48). El DSM-5 considera que una pérdida significativa, en este caso económica, puede llevar a la persona a padecer trastornos depresivos (9); así mismo, estudios demuestran que el tener un nivel socioeconómico bajo conlleva a la gestante a padecer de depresión y ansiedad durante la gestación

Para la investigación se consideró el ingreso económico según el nivel de pobreza en quintiles (49), Cajamarca es uno de los departamentos más pobres del Perú, la población en estudio de la investigación, Baños del Inca, pertenece al Quintil II de pobreza, por eso se consideró los dos primeros quintiles siguientes: *Quintil I* gestantes con ingreso igual o menor a s/. 777.00 y *Quintil II* con ingreso entre s/. 777.00 y s/. 1300.00.

2.2.5.7. Religión

Viene a ser un conjunto de creencias religiosas, normas, comportamiento y ceremonias de oración; es un sistema de costumbres y símbolos establecidos en torno a la divinidad que tienen las gestantes. Investigaciones demuestran que la religión es un factor protector en cuanto a la depresión, ya que disminuye su intensidad de las emociones (50).

Para la investigación se clasificó en: *católica*, doctrina que representa a la iglesia católica apostólica y romana y *no católica*, gestantes que pertenecen a otras diversas religiones que no son católicas.

2.2.5.8. Apoyo familiar

El soporte o apoyo familiar se manifiesta por medio de acciones que demuestran atención, cariño, diálogo, afectividad y autonomía entre los integrantes de la familia; los miembros de la familia deben ofrecer su apoyo emocional, buena comunicación, participar en el cuidado, para el bienestar de la gestante. Estudios demuestran que el no contar con el apoyo de la familia es un factor predictor a que la gestante padezca trastornos emocionales como depresión y ansiedad durante la gestación (51).

2.2.6. Factores obstétricos

Son las condiciones y características obstétricas de interés que se debe considerar cuando se valora a la gestante; estos factores relacionados con la gestante influirán en la presencia o no de la sintomatología depresiva y ansiosa; entre los cuales se consideraron los siguientes:

2.2.6.1. Número de embarazo

El embarazo es una parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la fecundación y termina con el parto, conocido como gestación o gravidez; por lo tanto, el número de embarazos viene ser el número de veces que una mujer se encontró en estado de gestación, es muy diferente a la paridad (29). Existen investigaciones donde consideran que los trastornos emocionales se presentan en su mayoría en las mujeres que tienen su primera gestación, ya que es una nueva experiencia que van a vivir, y otros no dejan de lado a mujeres que tiene varias gestaciones, ya que cada gestación es única y diferente (7).

Para la investigación se clasificó en: *primigesta*, grávida por primera vez; *multigesta*, mujer en su segundo embarazo hasta quinto embarazo; y *gran multigesta*, mujer que se encuentra sexto embarazo a más.

2.2.6.2. Edad gestacional

Según la Norma Técnica de salud para la atención integral de salud materna, define a edad gestacional como el tiempo de duración de la gestación; se mide a partir del primer día del último periodo menstrual y el momento en que se realiza el cálculo, se expresa en días o semanas completas (52). Estudios consideran que durante el último trimestre de embarazo hay un aumento de las alteraciones emocionales ya que se

acerca el momento del parto y en la gestante va surgir nuevas alertas como temor, aprensiones, dudas y miedo al dolor y trabajo de parto, estas conllevan a la gestante a padecer trastornos de depresión y/o ansiedad (7).

Para la investigación se clasificó en trimestres: primer trimestres (1 a 12 semanas), segundo trimestre (13 a 28 semanas) y tercer trimestre (29 a 40 semanas).

2.2.6.3. Número de atención prenatal

El Ministerio de Salud, define a la atención prenatal como intervenciones de vigilancia y evaluación integral de la gestante, a efecto de vigilar la evolución del embarazo; incluye, promoción sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, los síntomas de alarma obstétrica, por lo que, el profesional de salud debe entregar un paquete básico de atención (53). Estudios consideraron que la gestante que padece de trastornos emocionales, están asociados a la poca asistencia e incluso al abandono de sus atenciones prenatales.

Para ser eficiente, la atención prenatal debe ser precoz y oportuna, también periódica y repetitiva; de acuerdo con la OMS, el número de atenciones ideal en gestantes de bajo riesgo es de 8 a 10; sin embargo, el MINSa (2016), la OMS y National Institute for Health and Clinical Excellence indican que el número mínimo aceptable es de 6 atenciones y se conoce como gestante controlada; en caso de adolescentes se debe considerar por lo menos 7 atenciones prenatales (53).

2.2.6.4. Periodo intergenésico

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y la fecha del primer día de la última menstruación (FUM) del inicio del actual embarazo; el evento obstétrico puede ser un aborto, parto vaginal o cesárea. Investigaciones demuestran que tener un periodo intergenésico corto lleva a la gestante a tener trastornos emocionales más frecuentes, por preocupaciones en el bienestar de su nuevo embarazo y su último hijo nacido (29). Se ha reportado que existe elevado riesgo materno en relación al periodo intergenésico, por ende, es importante enfatizar que posterior a un nacimiento vivo, el tiempo recomendado de espera para el inicio del siguiente embarazo es de al menos 18 meses y no mayor a 60 meses (54).

Por lo anterior, se consideró: *periodo intergenésico corto* (PIC) menor a 18 meses, un año y seis meses, de la fecha del último evento obstétrico a la FUM; *periodo intergenésico recomendado*, según la OMS, el tiempo óptimo es de 18 meses a 27 meses, aunque según el MINSA el tiempo recomendado es de 2 a 5 años; y finalmente *periodo intergenésico largo* (PIL), mayor a 60 meses, a 5 años posterior a un evento obstétrico (54).

2.2.6.5. Planificación del embarazo

Cuando una pareja empieza a considerar que desea tener un hijo, es el momento oportuno de planificar su embarazo. La Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna (NTS N°105), según el MINSA, la planificación debe ser un año previo al embarazo, también es aceptable 6 meses antes del embarazo (55) . Estudios demuestran que el no planificar el embarazo es un riesgo para que la gestante desencadene riesgo de trastornos emocionales como depresión y ansiedad durante la gestación, ya que va tener dificultad en adaptarse y aceptar su nuevo estado (17).

2.2.6.6. Complicación durante la gestación

Las complicaciones durante la gestación aparte de emocionales podrían ser físicas como amenaza de aborto, infecciones del tracto urinario, embarazo múltiple, anemia, entre otras; desencadenantes para desarrollar depresión y ansiedad a causa de la exposición y estrés que se encuentra la gestante. Investigaciones manifiestan que gestantes con complicaciones durante el embarazo sufren de trastornos emocionales más frecuentes durante el embarazo; además, también consideran que las gestantes que presentan trastornos emocionales durante los primeros meses de gestación tiene mayor riesgo de amenaza o aborto (14).

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis Alterna

Existe asociación significativa entre los factores sociales y obstétricos con riesgo de depresión y ansiedad en gestantes que acudieron al Centro de Salud “Baños del Inca” de Cajamarca, 2019.

2.4. Variables

2.4.1. Variable independiente

- Factores sociales
- Factores obstétricos

2.4.2. Variable dependiente

- Riesgo de depresión
- Riesgo de ansiedad

2.5. Conceptualización y operacionalización de variables

| VARIABLES | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIÓN | INDICADORES | ESCALA |
|--|---|---|--|-----------|
| <p>Variable Independiente</p> <p>Factores sociales</p> <p>Son las condiciones y características sociales, que predisponen la presencia de un evento. (44)</p> | <p>Los factores sociales, como edad materna, estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia, ingreso económico, religión y apoyo familiar, se van a medir mediante un cuestionario de recolección de datos de la gestante, que nos responderá mediante una entrevista. (Ver anexo 02)</p> | <p>Edad materna Tiempo vivido expresado en años de la gestante (56).</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Gestante muy joven (\leq a 15 años) - Gestante joven (16 a 19 años) - Gestante adulta (20 a 34 años) - Gestante añosa (35 a 39 años) - Gestante muy añosa (\geq a 40 años) | De razón |
| | | <p>Estado civil Posición permanente a la situación personal en que se encuentra o no la gestante, que le otorga deberes y obligaciones civiles (45).</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Conviviente - Casada - Soltera | Nominal |
| | | <p>Grado de instrucción Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso que tiene la gestante (46).</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Sin instrucción - Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria completa - Superior no universitario - Superior universitario | Ordinal |
| | | <p>Ocupación Es la actividad o trabajo que ejerce la gestante (46).</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Trabajadora dependiente - Trabajadora independiente - Ama de casa - Estudiante | Nominal |
| | | <p>Procedencia Es el lugar en el que la gestante vive durante el momento (44).</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Zona Rural - Zona Urbana | |
| | | <p>Ingreso económico Son las entradas económicas que recibe la gestante durante un mes (48).</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Quintil I \leq a s/. 777.00 - Quintil II s/. 777.00 a s/ 1300.00 | Intervalo |
| | | <p>Religión Conjunto de creencias religiosas, costumbres y doctrina de la gestante (50).</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Católico - No católico | Nominal |
| | | <p>Apoyo familiar Atención, cariño, diálogo, libertad, afectividad que recibe la gestante de su familia (51).</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Con apoyo - Sin apoyo | |
| <p>Variable Independiente</p> <p>Factores obstétricos</p> <p>Son las condiciones y características obstétricas, que predisponen la presencia de un evento, relacionado a</p> | <p>Los factores obstétricos, como edad gestacional, número de control prenatal, periodo intergenésico, planificación del embarazo y complicación durante el embarazo, se van a medir mediante un cuestionario de recolección de datos de la gestante, que responderá mediante</p> | <p>Nº de embarazos Es el número de veces que ha estado en estado de gravidez (29).</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Primigesta (1 embarazo) - Multigesta (2-5 embarazos) - Granmultigesta (\geq a 6 embarazos) | Ordinal |
| | | <p>Edad gestacional Según la Norma Técnica de salud, es el tiempo de duración de la actual gestación, de la gestante (52).</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Primer trimestre (1 a 12 semanas) - Segundo trimestre (13 a 28 semanas) - Tercer trimestre (29 a 40 semanas) | Ordinal |
| | | <p>Nº de atención prenatal Es una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la gestante con personal de salud (57).</p> | <ul style="list-style-type: none"> - 1 a 3 AP - 4 a 6 AP - > a 6 APN | Ordinal |
| | | <p>Periodo intergenésico Aquel que se encuentra entre la fecha del último parto y el inicio de la actual embarazo de la gestante (57).</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Corto (\leq a 1 año y 11 meses) - Recomendado (2 a 5 años) - Largo (> a 5 años) | De Razón |
| | | <p>Planificación del embarazo Viene a ser la planificación del actual embarazo de la gestante.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Embarazo planificado - Embarazo no planificado | Nominal |

| | | | | |
|--|--|---|--|-----------|
| datos de la gestante. (44) | una entrevista. (Ver anexo 02) | Complicación durante el embarazo Problemas de salud que presenta la gestante durante el proceso de gestación. | - Con complicación - Sin complicación | Nominal |
| <u>Variable Dependiente</u> <u>Depresión</u> Trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperación profunda, según la teoría de William Zung (1965) (58). | La depresión es una afección mental asociada a los cambios de humor y tristeza de la gestante, cuyo riesgo se va medir mediante una Escala de Depresión de Zung (ZDS), que cuenta con 20 ítems, que la gestante responderá mediante una entrevista. (Ver anexo 03) | - Sin riesgo de Depresión - Depresión leve - Depresión moderada - Depresión intensa | - ≤ de 49 puntos - 50 a 59 puntos - 60 a 69 puntos - ≥ de 70 puntos | Intervalo |
| <u>Variable Dependiente</u> <u>Ansiedad</u> Respuesta anticipatoria a una amenaza futura, asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos (9). | La ansiedad es un estado mental displacentero de la gestante, cuyo riesgo se va medir mediante una Escala de Ansiedad de Zung (ZAS), que cuenta con 20 ítems, que la gestante responderá mediante una entrevista. (Ver anexo 04) | - Sin riesgo de Ansiedad - Ansiedad leve - Ansiedad moderada - Ansiedad intensa | - ≤ de 49 puntos - 50 a 59 puntos - 60 a 69 puntos - ≥ de 70 puntos | |

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El diseño de la presente investigación fue no experimental, de corte transversal; tipo descriptivo y correlacional.

- **No experimental**, esta investigación se realizó sin manipulación de las variables, se observó los fenómenos tal como se dieron para después analizarlos (59).
- **De corte transversal**, todas las mediciones se efectuaron en una sola ocasión, por lo que no existen períodos de seguimiento, se ejecutó el estudio en un momento determinado del evento de interés, con una población definida (59).
- **Descriptivo**, se buscó especificar las propiedades, características y los perfiles importantes de la muestra. El estudio tuvo como propósito describir los factores sociales y obstétricos que se encuentren asociados a la depresión y ansiedad durante la gestación (59).
- **Correlacional**, se determinó el grado de asociación que existe entre los factores sociales y obstétricos con riesgo de depresión y ansiedad durante la gestación (59).

3.2. Área de estudio y población

3.2.1. Área de estudio

Este estudio se desarrolló en el Centro de Salud “Baños del Inca”, localizado en el distrito Baños del Inca, provincia y departamento de Cajamarca, se encuentra a 2680 msnm; sus límites son: Este con el distrito de la Encañada, Oeste a 6km de Cajamarca, Norte con el distrito de la Encañada y Sur con el distrito de Llacanora y Namora. El Centro de Salud, con categoría I-4, está ubicado en el Jr. Túpac Yupanqui N° 231, cuenta a su servicio con 18 obstetras. La investigación se realizó en el servicio de obstetricia, Consultorio Materno.

3.2.2. Población

La población en estudio estuvo conformada por las gestantes, en un total de 370, que acudieron a su atención prenatal en el Consultorio Materno, en el Centro de Salud “Baños del Inca”, durante el año 2018.

3.3. Muestra y tamaño de la muestra

Para la investigación, se utilizó el muestreo probabilístico (aleatorio simple), es decir, que todas las gestantes tuvieron la misma posibilidad de ser elegidas.

El tamaño de la muestra se calculó teniendo en cuenta una confiabilidad de 95% ($Z=1.96$) y admitiendo un error máximo tolerable del 5% ($E=0.05$). La determinación del tamaño de la muestra obedeció a la fórmula para poblaciones finitas, detallándose a continuación:

$$n = \frac{N Z^2 P Q}{E^2 (N - 1) + Z^2 P Q}$$
$$n = \frac{370(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(370 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$
$$n = 188.7 = \mathbf{189}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población (370 Gestantes que acuden a su control prenatal durante el año 2018).

P = Probabilidad de éxito = 0.5 (60).

Q = Probabilidad de fracaso = 0.5 – complemento de p

Z = Nivel de confianza 95% = 1.96

E = 0.05: Máximo error tolerable

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las gestantes que acudieron a su atención prenatal en el Consultorio Materno del Centro de Salud “Baños del Inca”, Cajamarca, durante el año 2019.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1. Criterios de inclusión

- Gestantes que acudieron a su atención prenatal.
- Gestantes en pleno uso de sus facultades.
- Gestantes con embarazo normal.
- Gestantes que aceptaron participar voluntariamente en la investigación (a través de consentimiento informado).

3.5.2. Criterio de exclusión

- Gestantes que no acudieron a su atención prenatal.
- Gestantes que no aceptaron participar en la investigación.
- Gestante que no tuvieron pleno uso de sus facultades.
- Gestantes con embarazos complicados.

3.6. Consideraciones éticas

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como los siguientes:

- **Autonomía:** la gestante que acudió a su atención prenatal, tuvo la libertad de emitir sus respuestas, sin ser influenciada por parte de otras personas incluyendo la investigadora (61).
- **No maleficencia:** los datos obtenidos fueron utilizados únicamente para la presente investigación, luego que la gestante haya firmado el consentimiento informado(61).
- **Consentimiento informado:** se informó a la gestante en forma clara y precisa del objetivo y modalidad de la investigación, al aceptar de forma voluntaria emitió su autorización plasmando su firma y huella en el consentimiento informado (61).
- **Privacidad:** se respetó el anonimato de la gestante entrevistada, desde el inicio de la investigación, hasta el final (61).
- **Confidencialidad:** la información personal de la gestante ha sido protegida y no revelada, y sólo fue usada para fines académicos (61).

3.7. Técnicas de recolección de datos

Para realizar el presente estudio de investigación se consideró:

- En primera instancia se solicitó el permiso al Director del Centro de Salud “Baños del Inca”; así mismo, se informó la importancia de la investigación,
- En segunda instancia, se explicó a la gestante la importancia de la investigación y se solicitó su participación en el estudio previa firma de su consentimiento informado. (Ver anexo 01).
- En tercera instancia, para la recolección de datos, se utilizó la técnica de entrevista estructurada, un interrogatorio formal, la Escala de Depresión de Zung y la Escala de Ansiedad de Zung, con el fin de recolectar la información necesaria. Fueron aplicadas a las gestantes que acudieron a su atención prenatal en el Consultorio Materno del Centro de Salud “Baños del Inca”.

- En cuarta instancia, una vez recolectada la información, se procedió a la tabulación y análisis de datos, que luego fueron diseñados en tablas estadísticas.
- Finalmente se realizó la interpretación de los resultados, sumado a la contrastación con los antecedentes.

3.8. Descripción del instrumento

Se utilizaron tres instrumentos para la recolección de datos: una Ficha de Recolección de Datos generales (características sociales y obstétricas) diseñada por la autora; Escala de Depresión de Zung y la Escala de Ansiedad de Zung, creadas por William W. Zung (1965), con validación internacional, y además fueron validadas por la autora.

3.8.1. Ficha de Recolección de Datos Generales (características sociales y obstétricas)

La ficha de recolección de datos generales incluye ítems para conocer las características sociales de la gestante como: edad materna, estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia, ingreso económico, religión y apoyo familiar. Además, se incluyen ítems para conocer las características obstétricas como: número de embarazo, edad gestacional, número de atención prenatal, periodo intergenésico, planificación del embarazo y complicaciones durante el embarazo. (Ver anexo 01).

3.8.2. Escala de Depresión de Zung (ZDS)

La Escala fue creada por William W. K. Zung (1965), (Self-Rating Depression Scale, SDS), siendo posiblemente una de las primeras escalas de depresión validada en España y posteriormente en otros países, se centra en los síntomas somáticos y cognitivos; es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de Hamilton. Consiste en un cuestionario de 20 frases, informes o relatos referidos por la gestante a manifestaciones de características de depresión como signo significativo en relación a trastornos emocionales. Estas frases, refieren a un síntoma o signo característico de depresión (31).

La escala, cuenta con una hoja de respuestas, se compara la escala obtenida con la escala clave para obtener el recuento, con un valor de 1, 2, 3 y 4 en orden variable según la pregunta si está formulada en sentido positivo o negativo. Luego se suman todos los valores parciales, se convierte puntuación total en un índice basado en 100. En ese sentido, se estima el estado de depresión presente en términos de medición cuantitativa de niveles de depresión, al margen de la causa. Aunque estas frases están escritas en lenguaje común del paciente con depresión, cada una de ellas

identifica un síntoma reconocido de la depresión. Finalmente se tiene una lista de dichos síntomas y las frases que los expresan, siendo descritos de la siguiente manera (31): (Ver anexo 03).

| | |
|---|----------------|
| 1. Estado afectivo persistente | Nº de la frase |
| - Deprimido, triste, melancólico | (1) |
| - Accesos de llanto | (2) |
| 2. Trastornos fisiológicos | |
| - Variación diurna, los síntomas son mayores por la mañana y disminuye algo a medida que avanza el día. | (3) |
| - Sueños: se despierta demasiado temprano o varias veces durante la noche | (4) |
| - Apetito: disminución de ingestión de alimentos. | (5) |
| - Pérdida de peso: con disminución de la ingestión de alimentos o con aumento del metabolismo y disminución del reposo. | (7) |
| - Función sexual: disminución de la libido | (6) |
| - Gastrointestinales: estreñimiento | (8) |
| - Cardiovasculares: taquicardia | (9) |
| - Músculo esqueléticos: fatiga | (10) |
| 3. Trastornos psicomotores | |
| - Agitación psicomotora | (13) |
| - Astenia psicomotora | (12) |
| 4. Trastornos psíquicos | |
| - Confusión | (11) |
| - Sensación de vacío | (18) |
| - Desesperanza | (14) |
| - Indecisión | (16) |
| - Irritabilidad | (15) |
| - Insatisfacción | (20) |
| - Desvalorización personal | (17) |
| - Ideas suicidas | (19) |

Índice

Interpretación

- | | |
|---|-------------------------|
| • Menor o igual a 49 (Dentro de los límites normales) | Sin riesgo de depresión |
| • 50 a 59 | Depresión leve |
| • 60 a 69 | Depresión moderada |
| • 70 a más | Depresión intensa |

3.8.3. Escala de Ansiedad de Zung (ZAS)

La escala establece un marco de referencia de las conductas ansiosas, basado en un cuestionario de 20 frases o relatos referidos por la gestante a manifestaciones de características de ansiedad como signo significativo en relación a trastornos emocionales. Las frases abarcan síntomas o signos característicos de ansiedad, como expresión de trastornos emocionales (31).

Esta escala, al igual que la escala de Depresión, cuenta con una hoja de respuestas, para obtener el grado de ansiedad, se compara la escala obtenida con la escala clave para obtener el recuento, con un valor de 1, 2, 3 y 4 en orden variable según si la pregunta está formulada en sentido positivo o negativo. Luego se suman todos los valores parciales, se convierte la puntuación total en un índice basado en 100. En ese sentido, se estima el estado de ansiedad presente en términos de medición cuantitativa de niveles de ansiedad, al margen de la causa. Aunque estas frases están escritas en lenguaje común de la paciente con ansiedad, cada una de ellas identifica un síntoma reconocido de ansiedad (31). (Ver anexo 04).

Los síntomas psicológicos y físicos que considera el instrumento, se afirmó en:

| 1. Afectiva (Psicológicos) | Nº de frase |
|------------------------------------|-------------|
| - Ansiedad | (1) |
| - Miedo | (2) |
| - Angustia | (3) |
| - Desintegración mental | (4) |
| - Aprehensión | (5) |
| 2. Somáticos | |
| - Temblores | (6) |
| - Molestia y dolores corporales | (7) |
| - Tendencia a la fatiga, debilidad | (8) |
| - Inquietud | (9) |
| - Palpitaciones | (10) |
| - Vértigo | (11) |
| - Desmayos | (12) |
| - Disnea | (13) |
| - Parestesias | (14) |
| - Náuseas y vómitos | (15) |
| - Micción frecuente | (16) |

- Sudoración (17)
- Rubor Facial (18)
- Insomnio (19)
- Pesadillas (20)

| Índice | Interpretación |
|---|------------------------|
| • Menor o igual a 49 (Dentro de los límites normales) | Sin riesgo de ansiedad |
| • 50 a 59 | Ansiedad leve |
| • 60 a 69 | Ansiedad moderada |
| • 70 a más | Ansiedad intensa |

3.9. Validez y confiabilidad

3.9.1. Validez

Se determinó la validez de los instrumentos mediante juicio de expertos, donde se contó con profesionales en el área de Psicología (02 psicólogos) y Obstetricia (02 obstetras), se evaluó mediante el coeficiente de validación “V” de Aiken obteniendo valores de 0,97 para el ficha de recolección de datos (Ver anexo 05), 0,99 para la Escala de Depresión de Zung (Ver anexo 06) y 0,98 para la Escala de Ansiedad de Zung. (Ver anexo 07).

3.9.2. Confiabilidad

Para obtener el valor de confiabilidad tanto del cuestionario de recolección de datos como de la Escala de Depresión de Zung y la Escala de Ansiedad de Zung, se realizó:

- **Prueba piloto:** realizada en el Centro de Salud Magna Vallejo, considerando a 20 gestantes que acudieron a su atención prenatal, por sus características similares a la población del presente estudio, esta prueba permitió replantear y modificar algunas preguntas del instrumento de recolección de datos y las Escalas de Depresión y Ansiedad de Zung.
- **Prueba estadística:** se utilizó la escala de fiabilidad con el SPSS y de confiabilidad a través de la prueba estadística del Alpha de Cronbach obteniendo como resultado un 0,786 para la Escala Depresión de Zung y 0,872 para la Escala de Ansiedad de Zung (Ver anexo 08).

3.10. Procesamiento y análisis de datos

3.10.1. Procesamiento

El procesamiento se realizó de forma manual, una vez recopilado los datos, el procesamiento electrónico de la información se realizó a través del programa IBM SPSS versión 25, Microsoft Excel para Windows y Microsoft Word 2013 cuya finalidad fue generar una base de datos. El proceso fue realizado mediante tablas simples y de contingencia, frecuencias absolutas y relativas, analizando con indicadores estadísticos; se aplicó la prueba de significancia estadística Chi-Cuadrado, para evaluar la asociación entre las variables dependientes e independientes.

3.10.2. Análisis de datos

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

- **Fase descriptiva:** se describió los resultados más importantes y se contrastó su semejanza con antecedentes y teorías.
- **Fase inferencial:** se utilizó la prueba de significancia estadística Chi cuadrado para verificar la significancia estadística entre los factores sociales y obstétricos con el riesgo de depresión y ansiedad en las gestantes, cuyos resultados de la muestra podrán extrapolarse a la población mostrando confiabilidad

3.11. Control de calidad de datos

La calidad de los datos estuvo sujeta a la funcionalidad de los instrumentos usados para su recolección, verificados a través de la prueba de criterio de jueces expertos, prueba piloto, indicando que los instrumentos son válido y confiable. Además, se asume un 95% de confiabilidad de los resultados ya que los datos fueron recolectados por la misma autora de la investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Tabla 01. Características sociales de las gestantes que acuden al Centro de Salud "Baños del Inca". Cajamarca, 2019.

| Edad Materna * | Nº | % |
|-----------------------------|------------|--------------|
| Gestante joven | 28 | 14,8 |
| Gestante adulta | 133 | 70,4 |
| Gestante añosa | 16 | 8,5 |
| Gestante muy añosa | 12 | 6,3 |
| Estado civil | | |
| Conviviente | 121 | 64,0 |
| Casada | 40 | 21,2 |
| Soltera | 28 | 14,8 |
| Grado de instrucción | | |
| Sin instrucción | 12 | 6,3 |
| Primaria incompleta | 21 | 11,1 |
| Primaria completa | 38 | 20,1 |
| Secundaria incompleta | 47 | 24,9 |
| Secundaria completa | 44 | 23,3 |
| Superior no universitario | 22 | 11,6 |
| Superior universitario | 5 | 2,6 |
| Ocupación | | |
| Trabajadora dependiente | 22 | 11,6 |
| Trabajadora independiente | 7 | 3,7 |
| Ama de casa | 157 | 83,1 |
| Estudiante | 3 | 1,6 |
| Procedencia | | |
| Zona rural | 132 | 69,8 |
| Zona urbana | 57 | 30,2 |
| Ingreso económico | | |
| Quintil I | 121 | 64,0 |
| Quintil II | 68 | 36,0 |
| Religión | | |
| Católica | 102 | 54,0 |
| No católica (evangélica) | 76 | 40,2 |
| (adventista) | 10 | 5,3 |
| (cristiana) | 1 | 0,5 |
| Apoyo familiar | | |
| Con apoyo | 83 | 43,9 |
| Sin apoyo | 106 | 56,1 |
| TOTAL | 189 | 100,0 |

* .Edad promedio de 26,4 años.

Fuente: Ficha de recolección de datos generales.

En la presente tabla se observa las características sociales de la muestra estudiada que estuvo constituida por 189 gestantes que acudieron al Centro de Salud. Respecto a la edad materna, el mayor porcentaje de las entrevistadas fueron adultas en un

70,4% y en menor porcentaje fueron gestantes muy añosas en un 6,3%; con una edad promedio de 26,4 años. Los datos obtenidos guardan similitud con los estudios de Díaz, et al. (2013) y Torres y Guevara (2018), quienes reportaron que la mayoría de las gestantes tuvieron entre 20 a 34 años de edad con un 72% y 68,3% respectivamente (13, 25). La edad materna en edades extremas durante el embarazo es un riesgo incuestionable, pues produce situaciones y problemas que ponen en peligro la salud de la madre y el bebé; trayendo complicaciones obstétricas como prematuridad, hipertensión, malformaciones congénitas, diabetes gestacional, entre otras, afectando sensiblemente la morbilidad materno infantil (8, 32).

En cuanto al estado civil, la convivencia fue relevante en el 64%, el 21,2% de las gestantes fueron casadas y el 14,8% solteras. Estos datos concuerdan con los estudios de Torres y Guevara (2018), Tirado (2018) y Ruiz, Organista, López, Cortaza y Vinalay (2017), quienes reportaron que el 64,7%; 50,9% y 51,7% de las gestantes fueron convivientes respectivamente (15, 25, 29). En la realidad Cajamarquina es común la unión de pareja en solo convivencia, hecho que se refleja en la presente investigación, ya que más del 50% de las gestantes fueron convivientes. Durante la convivencia las mujeres pueden tener conflictos familiares, lo que se traduce en un estado de estrés comprometiendo su bienestar sobre todo emocional de la gestante, de allí la importancia del apoyo familiar mayoritariamente de pareja.

En cuanto al grado de instrucción, en las gestantes prevaleció el grado secundaria con el 48,2% (incompleta un 24,9% y completa un 23,3%) y en menor porcentaje el 2,6% con instrucción superior universitario. Datos que se asemejan a los encontrados por Torres y Guevara (2018), quienes identificaron que el 70,7% de las gestantes tuvieron secundaria (24); a diferencia de Tirado (2018) quien reportó que el 64,8% alcanzó el grado de instrucción primaria completa (28). En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2014) considera al grado de secundaria como un nivel de educación básico regular. Al comparar los resultados de la presente investigación no coinciden en su totalidad con lo descrito, se puede considerar que contar con grado de instrucción secundaria, resultado del presente estudio, podría ser ventajoso para desarrollar actitudes adecuadas en el cuidado de la gestación, pero no deja de ser un nivel educativo de riesgo ya que puede traducirse en desempleos provocando bajos ingresos económicos generando probablemente preocupaciones en la gestante y muchas veces influye en sus atenciones prenatales (27).

Referente a la ocupación, se observa que el 83,1% de gestantes fueron amas de casa y solo el 1,6% fueron estudiantes en curso. Existen estudios que se asemejan a lo

encontrado, Guerra, Dávalos y Castillo (2017) y Heredia (2018), señalaron que el 76,7% y 50,9% de las gestantes fueron amas de casa (14, 15), El resultado de la presente investigación ha puesto en evidencia que la mayoría de las gestantes fueron amas de casa, pues dicha ocupación implica exposiciones físicas y psicosociales que generan situaciones de tensión en la gestante; ya que se trata de encargarse de tareas necesarias para el funcionamiento cotidiano del hogar, considerada una actividad muy demandante para la embarazada (27).

Respecto a la procedencia, el 69,8% de las gestantes entrevistadas procedieron de la zona rural, a diferencia del 30,2% de la zona urbana. Este dato difiere con lo obtenido por Torres y Guevara (2018), pues señalaron que el 61,7% pertenecieron a la zona urbana (24). Es evidente que la mayoría de las gestantes fueron procedentes de la zona rural a diferencia de la investigación estudiada como antecedente. Diferentes estudios consideran mayores niveles de angustia en los pobladores de la zona urbana generada por el ruido, congestión peatonal y vehicular. Del mismo modo, en la zona rural está asociada a privaciones, lejanía y falta de acceso servicios sociales y de salud que podrían producir cuadros de alteraciones emocionales; por ello, es importante tener en cuenta las características de la procedencia de las gestantes, pues estas presentan grandes diferencias entre sí (27).

En cuanto al ingreso económico, el 64% de las gestantes entrevistadas pertenecieron al quintil I (\leq a s/. 777.0) a diferencia del 36% al quintil II (s/. 777.00 a s/.1300.00). Clasificación de acuerdo al nivel de pobreza que se encuentra el área de estudio, esto significa que la mayoría de ellas percibieron un ingreso menor a s/. 777.00 al mes. Díaz, et al. (2013) obtuvieron en su estudio que el 56,4% pertenecieron al estrato socioeconómico IV (12); así mismo, Torres y Guevara (2018) reportaron que el 41,3% percibieron menos de s/. 850.00 al mes (24). En la investigación en estudio, el ingreso económico de las gestantes fue bajo, encontrándose en el quintil I; siendo una desventaja social, que podría generar condiciones desfavorables provocando preocupación para el cuidado de la salud y el sostén familiar, predisponiendo a que las gestantes desarrollen complicaciones psicológicas durante el embarazo (49).

Además, se consigue apreciar en la tabla que la mayoría de las gestantes entrevistadas tuvieron como religión católica (54%) y el 46% no católicas (evangélicas un 40,2%, adventistas un 5,3% y cristianas con 0,5%). La influencia de la religión, en este caso católica, se puede considerar como un instrumento social utilizado como protector de las alteraciones emocionales disminuyendo así su intensidad, en las

gestantes, es importante en la identidad y maternidad de las mujeres desde épocas anteriores hasta la actualidad (50).

Finalmente respecto al apoyo familiar, el 56,1% no contaron con sustento de la familia mientras que el 43,9% si contaron con soporte familiar. Hallazgos que difiere con Torres y Guevara (2018) quienes identificaron que el 64,0% tuvieron apoyo familiar (24). El no contar con apoyo familiar es un factor altamente vinculado probablemente con los trastornos emocionales durante la gestación, ya que las gestantes atraviesan por diferentes cambios físicos y psicológicos, estos cambios en algunas gestantes puede producir inseguridad, angustia e irritabilidad ante cualquier situación, por consiguiente el apoyo familiar ayuda a que la gestante tenga un buen estado de ánimo permitiendo evitar complicaciones futuras (51).

Tabla 02. Características obstétricas de las gestantes que acuden al Centro de Salud “Baños del Inca”. Cajamarca, 2019.

| Nº de embarazo | Nº | % |
|---|------------|--------------|
| Primigesta | 66 | 34,9 |
| Multigesta | 115 | 60,8 |
| Gran multigesta | 8 | 4,2 |
| Edad gestacional | | |
| 1er trimestre | 14 | 7,4 |
| 2do trimestre | 93 | 49,2 |
| 3er trimestre | 82 | 43,4 |
| Nº de atención prenatal | | |
| 1 a 3 | 78 | 41,3 |
| 4 a 6 | 80 | 42,3 |
| > a 6 | 31 | 16,4 |
| Periodo intergenésico | | |
| Corto | 28 | 14,8 |
| Recomendado (2 a 5 años) | 54 | 28,6 |
| Largo | 43 | 22,8 |
| Planificación del embarazo | | |
| Embarazo planificado | 39 | 20,6 |
| Embarazo no planificado | 150 | 79,4 |
| Complicación durante el embarazo | | |
| Si | 26 | 13,8 |
| No | 163 | 86,2 |
| TOTAL | 189 | 100,0 |

Fuente: Ficha de recolección de datos generales.

En la presente tabla se puede apreciar las características obstétricas de la población estudiada; evidenciándose que, respecto al número de embarazos, el 60,8% fueron multigestas y en menor porcentaje gran multigestas (4,2%). Resultados coincidentes con Torres y Guevara (2018) quienes identificaron que el 59,3% de las gestantes fueron multigestas (24); así mismo, Díaz, et al. (2013) y Guerra, Dávalos y Castillo (2017) reportaron que el 66,1% y 54% tuvieron la misma característica obstétrica (13, 14). El tener más de dos hijos, posiblemente compromete de manera seria la salud de la madre, pues investigaciones manifiestan el incremento de sufrir alteraciones cardíacas en la gestante; además del incremento del colesterol y los triglicéridos, entre otras (7). Además, cuando la madre es multigesta puede ser el reflejo del poco conocimiento sobre la sexualidad y planificación familiar, llevando a la gestante a padecer sentimientos ambivalentes debido a situaciones preocupantes que provoca esta realidad, afectando la evolución normal del embarazo (62).

Referente a la edad gestacional, el 49,2% fue el mayor porcentaje de las entrevistadas que se encontraron en el segundo trimestre de gestación mientras que el 7,4% en el primer trimestre. Resultados análogos a Tirado (2018) y Torres, y Guevara (2018) quienes reportaron que el 43,5% y 68,0% de las gestantes tuvieron la misma característica obstétrica (25, 29). El periodo gestacional es una transición donde las gestantes sufren muchos cambios físicos y psicofisiológicos, semana tras semana la embarazada lo experimenta de diferente manera siendo un proceso de aceptación del estado; pues en el tercer trimestre la gestante se tiene que preparar para la llegada de su bebé lo que puede provocar sentimientos de contradicción, estos cambios mal afrontados pueden llevar a alteraciones psicológicas en la gestante (7).

Respecto al número de atención prenatal, el 42,3% de las gestantes mayormente acudieron de 4 a 6 atenciones prenatales, el 41,3% de 1 a 3 y el 16,4% a más de 6 controles prenatales. Hallazgo similar a Tirado (2018) quien reportó que el 21,8% tuvieron hasta 5 atenciones prenatales (28). Este conjunto de actividades es muy importante durante la gestación, pues permite detectar oportunamente factores de riesgo y vigilar como es debido (53). Cuando la atención prenatal es inadecuada favorece la presencia de alteraciones en las emociones de las gestantes al no identificarse de forma oportuna; puede afectar la evolución del embarazo normal; en consecuencia a menor número de atenciones prenatales e incluso inasistencia, serán mayores las complicaciones.

Respecto al periodo intergenésico (PIG), mayormente las gestantes entrevistadas tuvieron un PIG recomendado (2 a 5 años) (28,6%) y el 22,4% PIG corto. El periodo intergenésico ya sea corto o largo podría desencadenar en las gestantes complicaciones físicas y emocionales (54), por lo que se consideraría un factor estresor debido a la preocupación de la madre en relación a la edad y crianza de sus hijos anteriores al embarazo actual. Por otro lado, el tener un PIG corto está relacionado con el riesgo de prematuridad, debido a que la reserva de micronutrientes no está completamente restaurada después del embarazo previo; así mismo, en caso de un PIG largo existe una regresión fisiológica ya que las capacidades reproductivas tienden a declinar, además, pueden aumentar el riesgo de presentar complicaciones (63).

En cuanto a la planificación del embarazo, el 79,4% de las gestantes entrevistadas refirieron no planificar su embarazo, y solamente el 20,6% planificaron su gestación. Resultados análogos a Torres, y Guevara (2018), Díaz, et al. (2013) y Tirado (2018), quienes concluyeron que el 74,3%; 54,2% y 64% no planificaron su embarazo

respectivamente (13, 25, 29). Cabe resaltar que, los embarazos no planificados pueden generar una amplia gama de riesgo para la salud materna y del bebé además puede ser un factor altamente angustiante para la gestante provocando posibles alteraciones en sus emociones (29). En la realidad actual la mayoría de las gestantes no planifican su embarazo, reflejado en el resultado de la presente investigación, llevando a la mujer a un rechazo o difícil adaptación y aceptación de su gestación.

Por último, el 86,2% de las gestantes en estudio no presentaron ninguna complicación durante la gestación, a diferencia que el 13,8% sí lo presentó. Datos que guardan semejanza con Torres, y Guevara (2018) quienes reportaron que el 84,7% no tuvieron complicaciones durante la gestación (24); a diferencia de, Tirado (2018) quien reportó que el 45,4% si presentaron complicación durante el embarazo (28). Todos los embarazos implican algunos riesgos, las complicaciones durante el mismo puede estar mayormente asociado a edades extremas pues estas conllevan a la gestante a un alto riesgo para su salud causantes de muchas complicaciones como diabetes gestacional, hipertensión, entre otros, por consiguiente un buen cuidado prenatal puede ayudar a detectarlos precozmente y tratarlos como en el caso de los trastornos mentales (20).

Tabla 03. Riesgo de depresión en las gestantes que acuden al Centro de “Salud Baños del Inca”. Cajamarca, 2019.

| Riesgo de depresión | Nº | % |
|----------------------------|------------|--------------|
| Sin riesgo de depresión | 27 | 14,3 |
| Depresión leve | 59 | 31,2 |
| Depresión moderada | 61 | 32,3 |
| Depresión intensa | 42 | 22,2 |
| TOTAL | 189 | 100,0 |

Fuente: Escala de Depresión de Zung.

En los presentes datos se evidencia que la mayoría de las gestantes entrevistadas presentaron riesgo de depresión moderada (32,3%), el 31,2% leve, el 22,2% intensa y el 14,3% no presentaron riesgo de depresión.

Los resultados son análogos al estudio de Alvarado y Mundaca (2016) quienes identificaron que el 19% de las gestantes presentaron depresión moderada (16). Mientras que, Montoya y Valencia (2016); Ventocilla (2015) y Díaz, et al. (2013) reportaron que el 50%; 55,6% y 29,7% presentaron depresión leve (13, 16, 28) . Por otro lado, en cuanto al riesgo total de depresión, Sarmiento (2018), Tirado (2018) y Ruiz, Organista, López, Cortaza y Vinalay (2017) obtuvieron que el 44%, 30,56% y 76,4% respectivamente presentaron riesgo de depresión (15, 19, 29), a diferencia que en la presente investigación el resultado fue un poco elevado, pues el 85,7% del total de las gestantes entrevistadas presentaron algún riesgo de depresión.

El control de las emociones está regulado por el sistema límbico y el hipocampo, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan la capacidad funcional de la gestante. Santamaría, De Paula, Abaunza y Esteban (2020), consideran que la gestación pone a la mujer en un estado emocional frágil repercutiendo en el hipocampo, de la embarazada, llevando a una sobreexcitación del glutamato y la melatonina desencadenando colapso neuronal y pérdida del autocontrol emocional provocando depresión durante esta etapa, adicional a su etiología multifactorial (64).

El resultado de la investigación muestra que existe un nivel de riesgo de depresión moderado, lo que podría estar siendo ocasionado por diversas situaciones adversas de la vida, falta de apoyo familiar, mala relación de pareja, ingreso económico bajo, paridad, entre otras. Y como consecuencia Serrano, Campos y Careazo (2016) reportó que la depresión se asocia con una alta incidencia de parto pretérmino y preeclampsia (23).

Tabla 04. Riesgo de ansiedad en las gestantes que acuden al Centro de Salud “Baños del Inca”. Cajamarca, 2019.

| Riesgo de ansiedad | Nº | % |
|---------------------------|------------|--------------|
| Sin riesgo de ansiedad | 28 | 14,8 |
| Ansiedad leve | 80 | 42,3 |
| Ansiedad moderada | 64 | 33,9 |
| Ansiedad intensa | 17 | 9,0 |
| TOTAL | 189 | 100,0 |

Fuente: Escala de ansiedad de Zung.

Se aprecia en la presente tabla que el 42,3% de las gestantes entrevistadas revelaron un riesgo de ansiedad leve, el 33,9% moderada, el 14,8% sin riesgo y finalmente el 9,0% riesgo de ansiedad intensa.

Díaz, et al. (2013) concluyeron que el 67,3% de las gestantes tuvieron algún nivel de ansiedad (12), dato mínimamente por debajo del resultado de la presente investigación, pues el 85,2% de las gestantes entrevistadas presentaron algún riesgo de ansiedad. Por otro lado, según niveles, la mayoría de las gestantes presentaron riesgo de ansiedad leve, similar a Torres y Guevara (2018) quienes concluyeron que el 31,7% presentaron ansiedad leve (24). A diferencia de Montoya y Valencia (2016) quienes obtuvieron un alto porcentaje de gestantes con riesgo de ansiedad moderada (40%) (15).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) DSM-5, la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura acompañado de cambios físicos y conductuales (9). Al igual que la depresión, la ansiedad también depende de la participación del sistema límbico, responsable de las emociones (34), así mismo, tiene una etiología multifactorial. Estudios consideran que el embarazo, el nacimiento e incluso la lactancia producen alteraciones fisiológicas marcadas que contienen cambios múltiples hormonales y del sistema de neurotransmisores, que podrían estar involucrados con los síntomas de ansiedad (64).

El resultado de la presente investigación permitió evidenciar que existió un nivel de ansiedad leve, al igual que la depresión, podría estar causado por las características sociales y obstétricas de las gestantes entrevistadas y en consecuencia podría exponer a la gestante a padecer complicaciones como el aumentado de preeclampsia, bajo peso al nacer, parto prematuro e incluso menor capacidad de atención y problemas de conducta del bebé a largo plazo (7).

**Tabla 05. Factores sociales asociados al riesgo de depresión en gestantes.
Centro de Salud “Baños del Inca”. Cajamarca, 2019.**

| Factores sociales | Riesgo de Depresión | | | | | | | | Chi-Cuadrado | |
|-----------------------------|-------------------------|------|----------------|------|--------------------|------|-------------------|------|---------------------------------------|--|
| | Sin riesgo de depresión | | Depresión leve | | Depresión moderada | | Depresión intensa | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| Edad materna | | | | | | | | | | |
| ≤ a 19 años | 5 | 3 | 6 | 3 | 10 | 5 | 7 | 4 | | |
| 20 a 34 años | 21 | 11 | 44 | 23 | 41 | 22 | 27 | 14 | X ² = 4.844 p = 0,564 | |
| ≥ a 35 años | 1 | 1 | 9 | 5 | 10 | 5 | 8 | 5 | | |
| Estado civil | | | | | | | | | | |
| Conviviente | 14 | 7,4 | 43 | 22,8 | 35 | 18,5 | 29 | 15,3 | X ² = 14.156 p = 0,037* | |
| Casada | 6 | 3,2 | 9 | 4,8 | 16 | 8,5 | 9 | 4,8 | | |
| Soltera | 7 | 3,7 | 7 | 3,7 | 10 | 5,3 | 4 | 2,1 | | |
| Grado de instrucción | | | | | | | | | | |
| Sin instrucción | 0 | 0 | 4 | 2,1 | 5 | 2,6 | 3 | 1,6 | X ² = 4.542 p = 0,872 | |
| Primaria | 11 | 5,8 | 16 | 8,5 | 18 | 9,5 | 14 | 7,4 | | |
| Secundaria | 13 | 6,9 | 28 | 14,8 | 30 | 15,9 | 20 | 10,6 | | |
| Superior | 3 | 1,6 | 11 | 5,8 | 8 | 4,2 | 5 | 2,6 | | |
| Ocupación | | | | | | | | | | |
| Dependiente/ Independiente | 5 | 2,65 | 9 | 4,8 | 10 | 5,3 | 5 | 2,6 | X ² = 13.295 p = 0,044* | |
| Ama de casa | 22 | 11,6 | 50 | 26,5 | 49 | 25,9 | 36 | 19 | | |
| Estudiante | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1,1 | 1 | 0,5 | | |
| Procedencia | | | | | | | | | | |
| Zona rural | 22 | 11,6 | 42 | 22,2 | 38 | 20,1 | 30 | 15,9 | X ² = 3.487 p = 0,322 | |
| Zona urbana | 5 | 2,6 | 17 | 9 | 23 | 12,2 | 12 | 6,3 | | |
| Ingreso Económico | | | | | | | | | | |
| Quintil I | 19 | 10,1 | 40 | 21,2 | 34 | 18 | 28 | 14,8 | X ² = 2.782 p = 0,426 | |
| Quintil II | 8 | 4,2 | 19 | 10,1 | 27 | 14,3 | 14 | 7,4 | | |
| Religión | | | | | | | | | | |
| Católica | 12 | 6,3 | 30 | 15,9 | 36 | 19 | 24 | 12,7 | X ² = 2.013 p = 0,570 | |
| No católica | 15 | 7,9 | 29 | 15,3 | 25 | 13,2 | 18 | 9,5 | | |
| Apoyo Familiar | | | | | | | | | | |
| Con apoyo | 14 | 7,4 | 23 | 12,2 | 24 | 12,7 | 22 | 11,6 | X ² = 9.013 p = 0,039* | |
| Sin apoyo | 13 | 6,9 | 36 | 19 | 37 | 19,9 | 20 | 10,6 | | |

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel menor a 0,05.

Fuente: Entrevista aplicada a gestantes que acuden al Centro de Salud.

En la presente tabla se evidencia los factores sociales asociados al riesgo de depresión; en primer lugar, respecto a la asociación con la edad materna, la mayoría de las gestantes entrevistadas fueron del grupo etario entre 20 a 34 años, quienes presentaron alto porcentaje de riesgo de depresión (leve 23%, moderada 22% e

intensa 14%). Estadísticamente no existe asociación significativa entre la edad materna y el riesgo de depresión en las gestantes entrevistadas ($p=0,564$).

Estos datos guardan concordancia con el estudio de Cáceres (2018) quien afirmó que un 35,2% de las gestantes con depresión tuvieron de 20 a 34 años edad (19). Sin embargo, a diferencia de Sarmiento (2018) quien en su investigación refirió que el 49,3% de las gestantes presentaron depresión leve (19); así como, Montoya y Valencia (2016) reportaron que el 23% del grupo etario de 15 a 25 años evidenciaron el mismo nivel de depresión (15). Otras investigaciones consideran que la depresión es una enfermedad que puede darse a cualquier edad, incluso los indicios pueden empezar a los 20 o 30 años de edad, producto del impacto de los síntomas cognitivos en el ámbito personal, social y laboral agravándose mucho más con la gestación en mujeres adultas; del mismo modo, Rodríguez et al. (2017) concluyeron en su estudio la asociación de depresión con la edad adulta en embarazadas (26). En la presente investigación la mayoría de las gestantes entrevistadas revelaron padecer riesgo de depresión entre 20 a 34 años, aunque no se encontró asociación con dicho factor social.

Referente a la asociación con el estado civil, la mayoría de las gestantes que fueron convivientes presentaron altos porcentajes de riesgo de depresión (leve 22,8%, moderada 18,5% e intensa 15,3%). Se evidenció estadísticamente que existe asociación significativa entre el estado civil y el riesgo de depresión ($p=0,037$).

Estos hallazgos coinciden con los estudios de Ruiz, Organista, López, Cortaza y Vinalay (2017); Alvarado y Mundaca (2016) y Sarmiento (2018) quienes sostuvieron que el 42,9%, 64,06% y 52,1% de las gestantes que presentaron depresión fueron convivientes respectivamente (15, 17, 19). Otros autores ponen en manifiesto que estar en convivencia con la pareja puede ser una fuente de bienestar psicológico y social pero también puede ser una fuente de sufrimiento y malestar cuando la relación estaría deteriorada, con conflictos o por una insatisfacción marital (51), si esto se añade los cambios psicofisiológicos producidos durante la gestación, ella estaría con predisposición a padecer desarrollo de depresión. Serrano (2016); Ricardo C, Álvarez M, Ocampo M y Tirado A (2015) y Campos (2017) encontraron asociación de depresión con tener pareja disfuncional (18, 23, 24); de igual manera, el resultado de la presente investigación reveló un alto porcentajes de riesgo de depresión asociado con el estado civil conviviente; por consiguiente, la depresión no solo se basaría en el estado civil si no en la calidad de relación con la pareja.

En cuanto a la asociación con el grado de instrucción, se encontró que la mayoría de las gestantes con secundaria presentaron los porcentajes más altos de algún riesgo de depresión (moderada 15,9%, leve 14,8% e intensa 10,5%); y quienes no contaron con instrucción presentaron menores riesgos de depresión. Estadísticamente no existe asociación significativa entre el grado de instrucción y el riesgo de depresión ($p=0,872$).

Este dato es análogo al estudio de Sarmiento (2018) quien comprobó que el 61,6% que presentaron depresión tuvieron instrucción secundaria (18). Investigaciones consideran que contar con mejor nivel de instrucción disminuye el riesgo de padecer depresión, incluso durante la gestación, va ser menor, debido a que la educación va ayudar a lidiar los cambios propios del embarazo y dicho trastorno mental (48). Sin embargo, en el presente estudio el mayor porcentaje de las entrevistadas con grado de secundaria presentaron riesgo de depresión; este resultado puede ser debido a la falta del desarrollo de habilidades sociales y emocionales de la gestante, generando un déficit en el proceso de la información y comprensión, provocando una actitud negativa en la gestante y en consecuencia, pone en riesgo la evolución normal del embarazo. Estos cuadros depresivos se podrían agravar con las cargas sociales y el ingreso económico bajo.

Referente a la asociación con la ocupación, la mayoría de las gestantes amas de casa presentaron mayores porcentajes de riesgo de depresión (leve 26,5%, moderada 25,9% e intensa 19%). En el estudio se demostró que estadísticamente existe asociación significativa entre la ocupación y el riesgo de depresión ($p=0,044$).

Estos datos son semejantes al estudio de Sarmiento (2018) quien reportó el 53,4% que fueron desempleadas o trabajadoras del hogar presentaron depresión (18); así también, Guerra, Dávalos y Castillo (2017) sostuvieron que el 40,3% con síntomas depresivos fueron amas de casa (13). El ser ama de casa actúa como factor potencial de depresión, ya que las gestantes se encuentran insatisfechas con su rol, la rutina, la monotonía, la falta de remuneración económica y las tareas del hogar que se tornan más demandantes adicionalmente a los cambios fisiológicos; pues en el organismo de la gestante se va alterar la función principal neuroendocrina del hipocampo inhibiendo el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) (64), provocando cuadros de estrés que al ser excesivos llevará a la depresión en la embarazada, debido a estas actividades que demandan el ser ama de casa. Lo que explicaría el resultado de la presente investigación, encontrando asociación significativa con este factor social.

Por otro lado, al asociar con la procedencia, del total de las gestantes entrevistadas que procedieron de la zona rural presentaron mayores porcentajes de riesgo de depresión (leve 22,2%, moderada 20,1% e intensa 15,9%). Estadísticamente no existe asociación significativa entre la procedencia y el riesgo de depresión ($p=0,322$).

Se evidenció que la mayoría de las gestantes que procedieron de la zona rural presentaron altos porcentajes de riesgo de depresión, siendo mayor el riesgo leve. Las múltiples carencias que prevalecen en la zona rural, probablemente son inductores de las alteraciones emocionales negativas, promoviendo a las gestantes al aumento de sufrimiento físico y emocional, pues es evidente que las circunstancias que las rodea obliga a delimitar las opciones que tiene para responder a sus padecimientos poniendo en riesgo la salud de la madre y el bebé por nacer; así mismo, el aislamiento geográfico, limitaciones en la educación, la economía y acceso a bienes podrían exacerbar la presencia de este trastorno mental en la gestante (66). Lo que explicaría que la mayoría de las gestantes entrevistadas de la zona rural presentaron riesgo de depresión, por lo tanto, no sería pertinente dejar de lado la importancia de la salud mental en mujeres de esta zona.

Referente a la asociación con el ingreso económico, los mayores porcentajes pertenecieron de las gestantes entrevistadas que pertenecieron al Quintil I presentaron riesgo de depresión (leve 21,2%, moderada 18% e intensa 14,8%). Estadísticamente no se encontró asociación significativa entre ingreso económico y el riesgo de depresión ($p=0,426$).

Considerando que el Quintil I es ingreso económico bajo, el resultado es similar a Díaz, et al. (2013) quienes reportaron que el 56,4% pertenecieron al estrato socioeconómico IV y revelaron algún nivel de depresión (12); así mismo, Sarmiento (2018) reportó que el 52,1% con inestabilidad económico presentaron el mismo trastorno (18). Autores consideran que una pérdida significativa, en este caso una pérdida o escasas económica puede llevar a la persona a padecer trastornos depresivos (9). Un nivel económico bajo trae consigo muchos sentimientos de tensión, aislamiento, incertidumbre, acontecimientos negativos y otros determinantes psicosociales que contribuirán a la incidencia de depresión durante la gestación. Según el resultado de la presente investigación, la mayoría de las gestantes entrevistadas presentaron riesgo depresivo y pertenecieron al quintil I sin embargo no se encontró asociación significativa.

Respecto a la asociación con la religión, la mayoría de las gestantes entrevistadas fueron católicas y presentaron altos porcentajes de riesgo de depresión moderada

(19%), seguido de leve (15,9%) e intensa (14,8%). Estadísticamente no existe asociación significativa entre religión y el riesgo de depresión ($p=0,57$).

La religión puede ser una vía de escape frente a los dilemas existenciales de la vida manifestando una respuesta a la angustia y preocupación propia de la persona. Se determinó en la presente investigación, que la mayoría de las gestantes que tuvieron riesgo de depresión pertenecieron a la religión católica; pues pertenecer a esta religión no bastaría como elemento protector para desencadenar depresión, mayormente durante el embarazo (50). Al observar que las gestantes no católicas (adventistas, evangélicas y cristianas) presentaron menores niveles de dicha patología, estaría mayormente en relación a su fe y dedicación para profesar su credo religioso, provocando un estado de calma (67); este estado es origen de la liberación de neurotransmisores como la endorfina, dopamina y serotonina que complementado con la adrenalina produce estas conductas de bienestar emocional disminuyendo los trastornos psicológicos en la gestante (64).

Y por último, al asociar con el apoyo familiar, las gestantes entrevistadas que no contaron con apoyo presentaron altos porcentajes de riesgo de depresión (moderada 19,9%, leve 19%); a diferencia de las que sí contaron con apoyo familiar el 11,6% presentaron riesgo intenso. Se demostró que estadísticamente existe asociación significativa entre apoyo familiar y el riesgo de depresión ($p=0,039$).

Los resultados son disimiles al hallazgo de Sarmiento (2018) quien concluyó que el 60,3% de las gestantes con depresión si contaron con apoyo familiar (18). En la investigación, el resultado mostró que las gestantes con depresión no contaron con apoyo familiar, a diferencia del estudio como antecedente investigado. El deterioro de las relaciones interpersonales en la familia se ha relacionado con la depresión en diferentes estudios, pues el apoyo familiar y social percibido por la gestante afecta notablemente el estado emocional (26), que va a provocar anormalidad de las sinapsis y una interrupción de la neurogénesis en las gestantes deprimidas, afectando al sistema límbico responsable de las emociones y la felicidad de las embarazadas (33). Los resultados explicarían la razón por la asociación significativa de riesgo depresivo con el apoyo familiar; similar a Campos (2017) en su investigación (17).

**Tabla 06. Factores obstétricos asociados al riesgo de depresión en gestantes.
Centro de Salud “Baños del Inca”. Cajamarca, 2019.**

| Factores obstétricos | Riesgo de Depresión | | | | | | | | Chi-Cuadrado | |
|---|-------------------------|------|----------------|------|--------------------|------|-------------------|------|----------------|--|
| | Sin riesgo de depresión | | Depresión leve | | Depresión moderada | | Depresión intensa | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| Nº de embarazos | | | | | | | | | | |
| Primigesta | 10 | 5,3 | 18 | 9,5 | 25 | 13,2 | 13 | 6,9 | $X^2 = 11.213$ | |
| Multigesta | 17 | 9 | 38 | 20,1 | 33 | 17,5 | 27 | 14,3 | $p = 0,0571$ | |
| Gran multigesta | 0 | 0 | 3 | 1,6 | 3 | 1,6 | 2 | 1,1 | | |
| Edad gestacional | | | | | | | | | | |
| 1er Trimestre | 2 | 1,1 | 3 | 1,6 | 4 | 2,1 | 5 | 2,6 | $X^2 = 5.58$ | |
| 2do Trimestre | 10 | 5,3 | 32 | 16,9 | 34 | 18 | 17 | 9 | $p = 0,472$ | |
| 3er Trimestre | 15 | 7,9 | 24 | 12,7 | 23 | 12,2 | 20 | 10,6 | | |
| Nº atención prenatal | | | | | | | | | | |
| 1 a 3 | 9 | 4,8 | 24 | 12,7 | 25 | 13,2 | 20 | 10,6 | $X^2 = 15.558$ | |
| 4 a 6 | 7 | 3,7 | 29 | 15,3 | 26 | 13,8 | 18 | 9,5 | $p = 0,016^*$ | |
| > a 6 | 11 | 5,8 | 6 | 3,2 | 10 | 5,3 | 4 | 2,1 | | |
| Periodo intergenésico | | | | | | | | | | |
| Corto | 3 | 2,4 | 8 | 6,4 | 9 | 7,2 | 8 | 6,4 | $X^2 = 6.234$ | |
| Recomendado (2 a 5 años) | 4 | 3,2 | 21 | 16,8 | 16 | 12,8 | 13 | 3,17 | $p = 0,397$ | |
| Largo | 10 | 8 | 12 | 6,35 | 12 | 9,6 | 9 | 7,2 | | |
| Planificación del embarazo | | | | | | | | | | |
| Embarazo planificado | 5 | 2,6 | 13 | 6,9 | 15 | 7,9 | 6 | 3,2 | $X^2 = 8.761$ | |
| Embarazo no planificado | 22 | 11,6 | 46 | 24,3 | 46 | 24,3 | 36 | 19 | $p = 0,033^*$ | |
| Complicación durante el embarazo | | | | | | | | | | |
| Si | 2 | 1,1 | 8 | 4,2 | 9 | 4,8 | 7 | 3,7 | $X^2 = 1.27$ | |
| No | 25 | 13,2 | 51 | 27 | 52 | 27,5 | 35 | 18,5 | $p = 0,736$ | |

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel menor a 0,05.

Fuente: Entrevista aplicada a gestantes que acuden al Centro de Salud.

La presente tabla indica los factores obstétricos asociados al riesgo de depresión; respecto a la asociación con el número de embarazos, se evidenció que las gestantes multigestas presentaron mayores niveles de riesgo de depresión (leve 20,1%, moderado 17,5% e intensa 14,3%). Estadísticamente no existe asociación significativa entre número de embarazos y el riesgo de depresión ($p=0,0571$).

Los resultados obtenidos coinciden con Díaz, et al. (2013) quienes encontraron que el 16,9% de las gestantes con depresión fueron multigestas (12), a diferencia de Tirado (2018) quien reportó que un 36,56% de las gestantes con diagnóstico de riesgo

de depresión fueron primigestas (28). El hecho de no ser el primer embarazo y tener más hijos a cargo puede generar una influencia negativa para la salud mental de la gestante; repercutiendo en las afecciones emocionales del organismo de la gestante, generando un aumento en la actividad renina-angiotensina y también una elevación de los niveles de cortisol en la gestante (64). Los resultados de la presente investigación muestran que la mayoría de las gestantes con riesgo de depresión fueron multigestas, similar a Cunningham (2013) quien reportó alta relación de esta patología con el mayor número de hijos (7). Por tanto, afectará específicamente las habilidades parentales debido a las preocupaciones en el vestir, alimentación y educación de su bebé en camino y sus demás hijos (30); también pueden estar asociados con factores sociales como con el bajo nivel económico, regular grado de instrucción y el proceder de la zona rural, pues las gestantes con estas características tienen poca información ya que la multiparidad refleja el poco conocimiento en temas relacionados con la planificación familiar.

Respecto a la asociación con la edad gestacional, del total de las gestantes entrevistadas la mayoría que estuvieron en el segundo trimestre presentaron altos porcentajes de riesgo de depresión moderada (18%) y leve (16,9%); también, un 12,7% de las gestantes que presentaron riesgo leve se encontraban en el tercer trimestre de gestación. Estadísticamente no existe asociación significativa entre edad gestacional y el riesgo de depresión ($p=0,472$).

Hallazgo análogo a Tirado (2018) quien reportó en su estudio que el 54,55% de gestantes con depresión se encontraron en el segundo trimestre (28), a diferencia de Alvarado y Mundaca (2016) y Ruiz, Organista, López, Cortaza y Vinalay (2017) quienes obtuvieron que las gestantes experimentaron depresión en el tercer trimestre un 20,59% y 66,6% respectivamente (15, 17); por otro lado, Cáceres (2018) sostuvo que el 36,2% presentó dicha patología en el primer trimestre (19). Santamaría, De Paula, Abaunza y Esteban (2020), manifestaron que el segundo trimestre de la gestación está mayormente asociada a una hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal con un aumento marcado de cortisol en sangre originado por hormona liberadora de corticotropina, provocando alteraciones emocionales (64). Pues, los cambios hormonales durante el periodo de la gestación van a repercutir en cada uno de los neurotransmisores de las gestantes, principalmente en el sistema límbico y el hipocampo generando mayor predisposición a desencadenar eventos asociados a sobreexcitación neuronal como depresión (64). Esta sería una explicación del porque las gestantes en estudio presentaron mayor riesgo de depresión durante el segundo trimestre.

Referente a la asociación con atención prenatal, mayoritariamente las gestantes entrevistadas que asistieron de 4 a 6 atenciones prenatales presentaron riesgo de depresión leve (15,3%) y moderada (13,8%); además de las que asistieron de 1 a 3 atenciones también presentaron riesgo moderado (13,2%). Se evidenció que estadísticamente existió asociación significativa entre edad gestacional y el riesgo de depresión ($p=0,016$).

El resultado guarda similitud con el estudio de Guerra, Dávalos y Castillo (2017) quienes concluyeron que el 96% de las gestantes con síntomas depresivos asistieron hasta 5 atenciones prenatales (13). Los resultados evidenciaron que la mayoría de las gestantes con riesgo de depresión asistieron de forma regular a su atención prenatal, evidenciándose una asociación significativa. Estudios consideran que mujeres que acuden poco o no acuden a sus atenciones prenatales puede ser a causa de problemas emocionales de manera que va influir negativamente para el buen diagnóstico del profesional responsable de la atención, afectando la prevención de complicaciones psicofiológicas durante la gestación. Probablemente, también estaría asociado a un bajo nivel económico y regular grado de instrucción ya que las gestantes van a desconocer la importancia de esta actividad obstétrica para la salud materna (17); también, estaría vinculado con la procedencia pues la mayoría de ellas provienen de la zona rural, en algunos casos no pueden dejar sus hogares sin el permiso de sus esposos.

Al asociar con el periodo intergenésico, la mayoría de las gestantes entrevistadas con periodo intergenésico recomendado (2 a 5 años) presentaron riesgo de depresión leve (16,8%) y moderada (12,8%); además las gestantes con PIG largo también presentaron riesgo moderado de depresión (9,6%). Estadísticamente no se encontró asociación significativa entre periodo intergenésico y riesgo de depresión ($p=0,397$).

El periodo intergenésico entre 2 a 5 años, previos al actual embarazo, resulta beneficioso para reducir algunos eventos maternos y del niño por nacer (54); sin embargo, para la salud emocional no sería lo mismo. Pues, los resultados de la presente investigación evidenciaron que las gestantes con riesgo de depresión la mayoría tuvieron un PIG de 2 a 5 años; análogo a Ricardo (2013) en su investigación reportó que las gestantes que presentaron depresión tuvieron hijos menores a cinco años (22). Estudios consideran que estar en gestación adicional el atender a bebés pequeños puede ser muy estresante para la madre, esto se sumaría las preocupaciones por el dinero y el cuidado de sus hijos desencadenando trastornos depresivos.

Referente a la asociación con la planificación del embarazo, la mayoría de las gestantes que no planificaron su embarazo presentaron riesgo de depresión en un 24,3% (leve y moderada) y el 19% intensa. Estadísticamente se encontró asociación significativa entre planificación del embarazo y el riesgo de depresión ($p=0,033$).

El resultado es semejante al estudio de Sarmiento (2018) quien constató que el 75,3% de las gestantes deprimidas no planificaron su embarazo (18). Cuando una pareja decide planificar su gestación debe hacerlo previo un año o seis meses antes de quedar en gestación (55), al no planificarlo es alta la probabilidad de rechazo, difícil adaptación y aceptación del embarazo incrementando riesgos de padecer depresión en el mismo. Pues Campos L. (2017) encontró asociación entre la depresión perinatal y el embarazo no planificado (17), similar a la presente investigación donde la mayoría de las gestantes con riesgo de depresión no planificaron su embarazo.

Finalmente, respecto a la asociación con complicación durante el embarazo, la mayoría de las entrevistadas que no tuvieron alguna complicación presentaron altos porcentajes de riesgo de depresión (moderada 27,5%, leve 27% e intensa 18,5%). Estadísticamente no existe asociación significativa entre complicación durante el embarazo y el riesgo de depresión ($p=0,736$).

El resultado obtenido es similar al estudio de Cáceres (2018) quien reportó que el 36,2% con depresión no manifestaron patologías o complicaciones durante el embarazo (19), a diferencia de Sarmiento (2018) quien en su estudio concluyó que el 32,9% de gestantes deprimidas presentaron complicaciones en el embarazo (18). En el resultado de la presente investigación se obtuvo que el mayor porcentaje de las gestantes con riesgo de depresión no tuvieron complicación durante su gestación; dato que nos pone en alerta, pues este trastorno al no ser detectado a tiempo podría conducir a agravarlo con serias consecuencias en la salud de la gestante (30); por ello se debe prestar mayor atención al cuidado integral de la gestante sin descuidar la parte emocional, realizando la un buen tamizaje de salud mental, para su derivación oportuna al profesional correspondiente.

**Tabla 07. Factores sociales asociados al riesgo de ansiedad en gestantes.
Centro de Salud “Baños del Inca”. Cajamarca, 2019.**

| Factores sociales | Riesgo de Ansiedad | | | | | | | | Chi-Cuadrado | |
|-------------------------------|------------------------|------|---------------|------|-------------------|------|------------------|------|--------------------------------|--|
| | Sin riesgo de ansiedad | | Ansiedad leve | | Ansiedad moderada | | Ansiedad intensa | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| Edad materna | | | | | | | | | | |
| ≤ a 19 años | 4 | 2,12 | 13 | 6,9 | 10 | 5,3 | 1 | 0,53 | $X^2 = 3.345$ $p = 0,764$ | |
| 20 a 34 años | 19 | 10,1 | 56 | 29,6 | 43 | 22,8 | 13 | 7,9 | | |
| ≥ a 35 años | 5 | 2,6 | 11 | 5,8 | 11 | 5,8 | 1 | 0,53 | | |
| Estado civil | | | | | | | | | | |
| Conviviente | 21 | 11,1 | 50 | 26,5 | 40 | 21,2 | 10 | 5,29 | $X^2 = 5.313$ $p = 0,504$ | |
| Casada | 5 | 2,6 | 18 | 9,5 | 15 | 7,9 | 2 | 1,1 | | |
| Soltera | 2 | 1,1 | 12 | 6,3 | 9 | 4,8 | 5 | 2,6 | | |
| Grado de instrucción | | | | | | | | | | |
| Sin instrucción | 4 | 2,1 | 5 | 2,6 | 3 | 1,6 | 0 | 0 | $X^2 = 7.424$ $p = 0,593$ | |
| Primaria | 10 | 4,76 | 21 | 11,1 | 21 | 11,1 | 7 | 3,7 | | |
| Secundaria | 12 | 6,13 | 40 | 21,2 | 31 | 16,4 | 8 | 4,2 | | |
| Superior | 2 | 1,1 | 14 | 7,4 | 9 | 4,8 | 2 | 1,1 | | |
| Ocupación | | | | | | | | | | |
| Dependiente/ independiente | 5 | 2,65 | 13 | 6,88 | 8 | 4,2 | 3 | 1,6 | $X^2 = 2.299$ $p = 0,890$ | |
| Ama de casa | 23 | 12,2 | 66 | 34,9 | 54 | 28,6 | 14 | 7,4 | | |
| Estudiante | 0 | 0 | 1 | 0,5 | 2 | 1,1 | 0 | 0 | | |
| Procedencia | | | | | | | | | | |
| Zona rural | 20 | 10,6 | 57 | 30,2 | 44 | 23,3 | 11 | 5,8 | $X^2 = 0.358$ $p = 0,949$ | |
| Zona urbana | 8 | 4,2 | 23 | 12,2 | 20 | 10,6 | 6 | 3,2 | | |
| Ingreso económico | | | | | | | | | | |
| Quintil I | 18 | 9,5 | 50 | 26,5 | 42 | 22,2 | 11 | 5,8 | $X^2 = 8.156$ $p = 0,048^*$ | |
| Quintil II | 10 | 5,3 | 30 | 15,9 | 22 | 11,6 | 4 | 3,2 | | |
| Religión | | | | | | | | | | |
| Católica | 12 | 6,3 | 41 | 21,7 | 40 | 21,2 | 9 | 4,8 | $X^2 = 3.512$ $p = 0,319$ | |
| No católica | 16 | 8,5 | 39 | 20,6 | 24 | 12,7 | 8 | 4,2 | | |
| Apoyo familiar | | | | | | | | | | |
| Con apoyo | 9 | 4,8 | 38 | 20,1 | 25 | 13,2 | 11 | 5,8 | $X^2 = 5.588$ $p = 0,133$ | |
| Sin apoyo | 19 | 10,1 | 42 | 22,2 | 39 | 20,6 | 6 | 3,2 | | |

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel menor a 0,05.

Fuente: Entrevista aplicada a gestantes que acuden al Centro de Salud.

En la presente tabla se evidencia los factores sociales asociados al riesgo de ansiedad; respecto a la asociación con la edad materna, el mayor porcentaje que perteneció al grupo etario de 20 a 34 años presentaron riesgo de ansiedad leve (29,6%) y moderada (22,8%). Estadísticamente no existe asociación significativa entre la edad materna y el riesgo de ansiedad en gestantes ($p=0,764$).

Hallazgo similar a Torres y Guevara (2018) quienes informaron en su estudio que las gestantes con ansiedad leve tuvieron de 20 a 34 años en un 77,8% (24); a diferencia de Montoya y Valencia (2016) que reportaron un 20% de gestantes entre 15 a 25 años presentaron ansiedad moderada (15). Los resultados de la presente investigación mostraron que las gestantes con grupo etario de 20 a 34 años presentaron altos porcentajes de riesgo de ansiedad. Al igual que la depresión, la ansiedad se puede dar a cualquier edad, en las gestantes adultas podría estar asociado a situaciones de estrés, problemas conyugales o con problemas de salud física, provocando sentimientos de angustia, miedo e inquietud que provocarían posibles cuadros ansiosos durante esta etapa; además, este cuadro se puede ver agravado por los síntomas propios del embarazo, pues la ansiedad se origina a partir de una alteración en los sistemas neuromoduladores de la hormona liberadora de serotonina, endorfinas y melatonina (64), que va poner en riesgo la evolución normal del embarazo.

Referente al estado civil, se encontró que el estado civil conviviente se asocia con los mayores niveles de riesgo de ansiedad en las gestantes entrevistadas (leve 26,5% y moderada 21,2%); a diferencia del 11,1% que no presentaron riesgo de ansiedad. Se evidenció que no existe asociación significativa entre el estado civil y el riesgo de ansiedad ($p=0,504$).

El resultado es análogo a Torres y Guevara (2018) quienes refirieron que el 59,3% de las gestantes con ansiedad leve también fueron convivientes (24). Se evidenció en el presente estudio que la mayoría de las gestantes en convivencia presentaron mayores porcentajes de riesgo de ansiedad. La convivencia en pareja puede ser un factor para las emociones positivas de la gestante, sin embargo no es ajeno a ser causante también de emociones negativas, pues una mala relación, inestabilidad, conflicto, e incluso violencia, que no solo puede ser física si no psicológica, va producir vulnerabilidad y baja autoestima en la embarazada conduciendo al desarrollo de ansiedad (36), esta podría ser la razón por la que se encontró dicho resultado, por tanto no se debe dar poca importancia a la convivencia como factor de riesgo.

En cuanto a la asociación con el grado de instrucción, el mayor porcentaje de las gestantes entrevistadas con grado secundaria presentaron mayor riesgo de ansiedad (leve 21,2% y moderada 16,4%); además, el 11,1% de las gestantes que tuvieron primaria presentaron riesgo de ansiedad leve y moderada. Estadísticamente no existe asociación significativa entre el grado de instrucción y el riesgo de ansiedad ($p=0,593$).

Lo encontrado guarda similitud con Torres y Guevara (2018) quienes en su estudio, encontraron que la mayoría de gestantes que presentaron ansiedad leve (63%) tenían el nivel de estudios secundaria (24). Los resultados de la presente investigación evidenciaron que las gestantes con grado de instrucción secundaria, tuvieron mayores porcentajes de riesgo de ansiedad. Datos que alertaría a los profesionales de salud, ya que en cualquier nivel educativo se podría presentar alguna alteración en salud mental, lo cual estaría relacionado a la capacidad que tiene la gestante para superar acontecimientos de la vida diaria o el proceso y cambios a los que se verá enfrentada por las alteraciones hormonales producidas por la gestación; de lo contrario llevará a alteraciones en emociones provocando angustia continua que terminaría en ansiedad.

Referente a la asociación con la ocupación, la mayoría de las gestantes entrevistadas que fueron amas de casa presentaron altos porcentajes de riesgo de ansiedad (leve 34,9% y moderada 28,6%). Estadísticamente no existe asociación significativa entre la ocupación y el riesgo de ansiedad ($p=0,89$).

El resultado concuerda con Torres y Guevara. (2018) quienes encontraron que las gestantes amas de casa presentaron diagnóstico de ansiedad leve un 72,2% (24). Se puede considerar que las causas que provocan ansiedad pueden ser las demandas externas que acompañan el embarazo (34), en este caso, el ser ama de casa, ya que aparte de la preocupación por las labores del hogar más los cambios fisiológicos, físicos y emocionales propios de la gestación, serían actividades que demandan esfuerzo y tensión cotidiana, muchas veces con escasas recompensas materiales o psicológicas, estas contribuirán a aumentar una angustia provocando ansiedad a la gestante. Pues en la presente investigación la mayoría de gestantes amas de casa presentaron algún riesgo ansiedad; razón por la que se debe tener muy en cuenta a gestantes con esta ocupación para poder evitar complicaciones maternas.

Respecto a la asociación con la procedencia, la mayoría de las gestantes que procedieron de la zona rural presentaron altos porcentajes de riesgo de ansiedad (leve 30,2% y moderada 23,3%); sin embargo, el 10,6% de gestantes con riesgo de ansiedad moderada procedieron de la zona urbana. Estadísticamente no existe asociación significativa entre procedencia y el riesgo de ansiedad ($p=0,949$).

Estos datos difieren de Torres y Guevara (2018) quienes indicaron que el 66,7% de gestantes con ansiedad leve fueron procedentes de la zona urbana (24). Se evidenció que la mayoría de las gestantes que procedieron de la zona rural presentaron altos porcentajes de riesgo de ansiedad; en esta zona existen múltiples carencias, lejanía de la sociedad y problemas con ingresos económicos que producen preocupaciones

en la gestante, adicional a los cambios psicofisiológicos de la gestación podrían conducir a la presencia de trastornos mentales como la ansiedad en el transcurso del embarazo (66). Lo que explicaría el resultado de la presente investigación, por lo tanto, no sería pertinente dejar de lado la importancia de la salud mental en mujeres de esta zona.

Al asociar con el ingreso económico, las gestantes entrevistadas que pertenecieron al Quintil I presentaron altos porcentajes de riesgo de ansiedad (leve 26,5% y moderada 22,2%); además, el 15,9% de las gestantes que pertenecieron al Quintil II también presentaron riesgo de ansiedad leve. Estadísticamente se encontró asociación significativa entre ingreso económico y el riesgo de ansiedad ($p=0,048$).

El pertenecer al Quintil I significó que las gestantes tuvieron un ingreso económico menor o igual a S/ 777.00; el resultado fue disimilar a Torres y Guevara (Iquitos, 2018) quienes encontraron que las gestantes con ansiedad leve el 38,9% percibieron S/1.000.00 mensuales (24). El bajo ingreso económico familiar podría actuar a su vez en la aparición de ansiedad durante el embarazo, ya que va someter a la gestante a una realidad de desventaja social, generando condiciones desfavorables para el cuidado de su salud, al tener mayor preocupación por el sustento del hogar, posiblemente podría estar asociado a otros factores como el grado de instrucción, la ocupación y el proceder de la zona rural provocando pocas posibilidades sociales; exacerbando dicha patología en la embarazada (22). Lo que explica la asociación positiva de ansiedad e ingreso económico en la muestra en estudio, ya que la mayoría de las gestantes entrevistadas que presentaron riesgo de ansiedad pertenecieron al quintil I, según ingreso económico.

Con respecto a la asociación con la religión, se evidenció que la mayoría de las gestantes con religión católica presentaron riesgo de ansiedad (leve 21,7% y moderada 21,2%); así mismo, el 20,6% de gestantes no católicas también presentaron riesgo leve de ansiedad. Estadísticamente no existe asociación significativa entre religión y el riesgo de ansiedad ($p=0,319$).

Pues el pertenecer a otra religión y no ser católica (evangelista, adventista y cristiana) resulta protector para la ansiedad como evidencia el resultado de la presente investigación; a diferencia de que las gestantes católicas presentaron mayores porcentajes de riesgo de este trastorno. Para comprender dicho resultado, debemos conocer que la religiosidad, que es un conjunto de creencias religiosas, es diferente a espiritualidad, que es el conjunto de principios y actitudes que presenta las gestantes; cuando se separa estos dos conceptos, la segunda estaría relacionada con una buena

calidad de vida y menor ansiedad, sin embargo la religiosidad al tener baja espiritualidad va a aumentar el riesgo de ansiedad (67). Por lo tanto se puede deducir que las gestantes con religión católica tuvieron baja espiritualidad que los llevo a desarrollar ansiedad.

Y por último, al asociar el riesgo de ansiedad con apoyo familiar, las gestantes entrevistadas que no contaron con apoyo presentaron altos porcentajes de riesgo de ansiedad (leve 22,2% y moderada 20,6%); así mismo, el 20,1% de las gestantes que tuvieron soporte familiar presentaron riesgo de ansiedad leve. No se encontró asociación entre apoyo familiar y el riesgo de ansiedad ($p=0,133$).

Finalmente, los hallazgos no concuerdan con el estudio de Torres y Guevara (2018) quienes señalaron que el 54,6% de las gestantes con ansiedad sí recibieron apoyo familiar (24). En la presente investigación se encontró que la mayoría de las gestantes que no contaron con apoyo de su familia presentaron mayor riesgo de ansiedad. El apoyo familiar puede influenciar en la conducta de la gestante tanto de forma positiva o negativa y va a estar altamente asociado con la salud mental siendo un soporte emocional importante de parte de los padres o del esposo; por tanto, al no sentir este soporte la gestante se va a sentir aislada, con baja autoestima, con mucha tristeza, en soledad, adicional a los cambios propios de la gestación que la va a conducir a desarrollar riesgos de ansiedad durante esta etapa. Estos resultados también estarían asociados con proceder de la zona rural y el bajo ingreso económico.

Tabla 08. Factores obstétricos asociados al riesgo de ansiedad en gestantes. Centro de Salud “Baños del Inca”. Cajamarca, 2019.

| Factor obstétrico | Riesgo de Ansiedad | | | | | | | | Chi-Cuadrado | |
|---|------------------------|------|---------------|------|-------------------|-------|------------------|------|----------------------------------|--|
| | Sin riesgo de ansiedad | | Ansiedad leve | | Ansiedad moderada | | Ansiedad intensa | | | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| Nº de embarazos | | | | | | | | | | |
| Primigesta | 8 | 4,2 | 30 | 15,9 | 21 | 11,1 | 7 | 3,17 | $X^2 = 14.052$ $p = 0,022^*$ | |
| Multigesta | 19 | 10,1 | 46 | 24,3 | 40 | 21,2 | 10 | 5,3 | | |
| Gran multigesta | 1 | 0,5 | 4 | 2,1 | 3 | 1,6 | 0 | 0 | | |
| Edad gestacional | | | | | | | | | | |
| 1er Trimestre | 0 | 0 | 5 | 2,6 | 9 | 4,8 | 0 | 0 | $X^2 = 13.420$ $p = 0,0209^*$ | |
| 2do Trimestre | 14 | 7,4 | 41 | 21,7 | 28 | 14,8 | 10 | 5,3 | | |
| 3er Trimestre | 14 | 7,4 | 34 | 18 | 27 | 14,3 | 7 | 3,7 | | |
| Nº atención prenatal | | | | | | | | | | |
| 1 a 3 | 11 | 5,8 | 31 | 16,4 | 27 | 14,3 | 9 | 4,8 | $X^2 = 1.979$ $p = 0,922$ | |
| 4 a 6 | 11 | 5,8 | 35 | 18,5 | 28 | 14,81 | 6 | 3,2 | | |
| > a 6 | 6 | 3,17 | 14 | 7,4 | 9 | 4,8 | 2 | 1,1 | | |
| Periodo intergenésico | | | | | | | | | | |
| Corto | 6 | 4,8 | 8 | 9,6 | 12 | 9,6 | 2 | 1,6 | $X^2 = 8.922$ $p = 0,178$ | |
| Recomendado (2 a 5 años) | 4 | 3,2 | 23 | 18,4 | 21 | 16,8 | 6 | 4,8 | | |
| Largo | 10 | 8 | 20 | 16 | 11 | 8,8 | 2 | 1,6 | | |
| Planificación del embarazo | | | | | | | | | | |
| Embarazo planificado | 3 | 1,6 | 18 | 9,5 | 14 | 7,4 | 4 | 2,1 | $X^2 = 2.00$ $p = 0,572$ | |
| Embarazo no planificado | 25 | 13,2 | 62 | 32,8 | 50 | 26,5 | 13 | 6,9 | | |
| Complicación durante el embarazo | | | | | | | | | | |
| Si | 2 | 1.1 | 11 | 5.8 | 13 | 6.9 | 0 | 0 | $X^2 = 6.062$ $p = 0.109$ | |
| No | 26 | 13.8 | 69 | 36.5 | 51 | 27 | 17 | 9 | | |

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel menor a 0,05.

Fuente: Entrevista aplicada a gestantes que acuden al Centro de Salud.

La presente tabla indica los factores obstétricos asociados con el riesgo de ansiedad; respecto al número de embarazos, la mayoría de las gestantes multigestas presentaron riesgo de ansiedad (leve 24,3% y moderada 21,2%); así mismo, las gestantes primigestas también presentaron riesgo leve el 15,9%. Se evidenció estadísticamente que existe asociación significativa entre número de embarazos y el riesgo de ansiedad ($p=0,022$).

Este resultado es similar a Torres y Guevara (2018) quienes indicaron que el 71,3% con ansiedad leve fueron multigestas (24); por otro lado, difiere de Montoya y Valencia

(2016) quienes encontraron que el 40% de las gestantes fueron primigestas con ansiedad moderada (15). Esta discordancia de resultados confirmaría que, aunque todas las gestantes experimentan un desequilibrio hormonal, pues no a todas les va afectar por igual, en definitiva su entorno influye de manera considerable independientemente que si es primigesta o multigesta (42), ya que cada embarazo incluso parto es único y diferente. El resultado de la presente investigación evidenció que las gestantes multigestas entrevistadas, presentaron riesgo de ansiedad, encontrando así una asociación significativa que podría estar asociado a factores sociales que presentaron las gestantes.

Respecto a la asociación con la edad gestacional, puede evidenciarse con altos porcentajes, que el 21,7% de las gestantes que se encontraron en el segundo trimestre presentaron riesgo de ansiedad leve; así mismo, el 18% en el tercer trimestre presentaron el mismo riesgo; a diferencia del 14,8% que se encontraron en el segundo trimestre presentaron riesgo moderado de ansiedad. Se logró evidenciar que existe asociación significativa entre la edad gestacional y el riesgo de ansiedad ($p=0,0209$).

El resultado viene a ser semejante al estudio de Torres y Guevara (2018) quienes obtuvieron que las gestantes con ansiedad leve se encontraron en el segundo trimestre en un 72,2% (24). Estudios consideran que existe una tendencia de ansiedad en gestantes que aumenta en el segundo trimestre, encontrándose más ansiosas; así mismo, otras investigaciones consideran que tras la pronta llegada de su bebé, puede ocasionar situaciones de angustia poniendo a la madre en el tercer trimestre del embarazo, en un estado de alerta, miedo, nerviosismo o en una situación difícil que puede provocar en la gestante sentimientos ambivalentes e incertidumbre, además que surgen pensamientos de temores y miedos relacionados al dolor y trabajo de parto, a la salud del bebé, a la capacidad de ser madre y al cuidado que necesitará su hijo (6). Lo que explicaría la asociación significativa de la edad gestacional con riesgo de dicha patología presentada con porcentajes más altos en el segundo y tercer trimestre de gestación.

Al asociar con el número de atención prenatal, los porcentajes más altos de las gestantes entrevistadas que presentaron riesgo de ansiedad leve acudieron de 4 a 6 (18,5%) y de 1 a 3 (16,4%) atenciones prenatales; así mismo, el 14,81% que también acudieron de 4 a 6 atenciones, presentaron riesgo de ansiedad moderada. Estadísticamente no existe asociación significativa entre atención prenatal y riesgo de ansiedad ($p=0,922$).

Los resultados de la presente investigación señalan que la mayoría de las gestantes con algún riesgo de ansiedad acudieron de forma regular a sus atenciones prenatales; por tanto, se tiene que prestar mayor importancia a estos datos, ya que, al igual que en la depresión, estudios consideran que la inadecuada atención prenatal puede descuidar el diagnóstico de trastornos ansiosos a temprana edad gestacional, por lo tanto los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de actuar en la prevención y diagnóstico oportuno de algún trastorno psicológico que puede alterar la normal evolución del embarazo.

Referente a la asociación con el periodo intergenésico, se puede evidenciar que la mayoría de las gestantes con PIG recomendado (2 a 5 años) presentaron riesgo de ansiedad (leve 18,4% y moderada 16,8); así mismo, el 16% de las gestantes con PIG largo presentaron también riesgo de ansiedad leve. Estadísticamente no existe asociación significativa entre periodo intergenésico y el riesgo de ansiedad ($p=0,178$).

De manera general, el tener un periodo intergenésico de 2 a 5 años es beneficioso para reducir eventos adversos maternos y para el niño por nacer (54). De acuerdo a los resultados de la presente investigación las gestantes que tuvieron este periodo presentaron altos porcentajes de riesgo de ansiedad, al igual que en la depresión, el estar en embarazo y tener hijos previos a la gestación, conlleva a generar cuadros de preocupación, estrés y angustia conduciendo al desarrollo de ansiedad durante el mismo. Aunque la teoría considera que un PIG recomendado es beneficioso para la salud materna aun así no dejaría de ser un factor predictor de ansiedad para la gestante en su actual embarazo.

Respecto a la asociación con la planificación del embarazo, del total de las gestantes en estudio la mayoría que no planificó su gestación presentaron riesgo de ansiedad (leve 32,8% y moderada 26,5%). Estadísticamente no se encontró asociación entre la planificación del embarazo y el riesgo de ansiedad ($p=0,571$).

Resultado disímil a la investigación de Torres y Guevara (2018) quienes encontraron que el 50,5% de las gestantes que si planificaron su embarazo presentaron ansiedad leve (24). Respecto a los resultados encontrados en la presente investigación las gestantes entrevistadas que no planificaron su embarazo tuvieron más altos porcentajes de riesgo de ansiedad. El no planificar el embarazo podría ser un factor negativo que influye en las alteraciones emocionales de la gestante, asociado con las preocupaciones como la responsabilidad que es tener un hijo, la aceptación, adaptación al embarazo y vivir en un entorno machista, que probablemente le prohíba

usar métodos anticonceptivos, llevándola a desarrollar ansiedad durante el transcurso del mismo.

Finalmente, al asociar con la complicación durante el embarazo, mayoritariamente las gestantes que no presentaron complicación tuvieron algún riesgo de ansiedad (leve 36,5% y moderada 27%). Estadísticamente no existe asociación significativa entre complicación durante la gestación y el riesgo de ansiedad ($p=0,109$).

El resultado coincide con Torres y Guevara (2018) quienes señalaron en su investigación que el 83,3% de las gestantes que no presentaron complicación durante la gestación tuvieron ansiedad leve (24). En la presente investigación se obtuvo que el mayor porcentaje de las gestantes con riesgo de ansiedad no tuvieron complicación durante su gestación; dato preocupante, pues las gestantes que no presentan complicación pueden presentar sentimientos ambivalentes, preocupaciones o quizás problemas sociales que conducen a alteraciones mentales llevando al desarrollo de ansiedad durante el embarazo (30), y estaría mayormente vinculado en la mala aceptación del embarazo.

Tabla 09. Factores sociales según dimensiones asociados al riesgo de depresión y ansiedad en gestantes. Centro de Salud “Baños del Inca”. Cajamarca, 2019.

| Factores Sociales | Riesgo de depresión | Riesgo de ansiedad |
|----------------------|---------------------|--------------------|
| | p | p |
| Edad materna | 0,564 | 0,764 |
| Estado civil | 0,037* | 0,504 |
| Grado de instrucción | 0,872 | 0,593 |
| Ocupación | 0,044* | 0,890 |
| Procedencia | 0,322 | 0,949 |
| Ingreso económico | 0,426 | 0,048* |
| Religión | 0,570 | 0,319 |
| Apoyo familiar | 0,039* | 0,133 |

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel menor a 0,05.

Fuente: entrevista aplicada a gestantes que acuden al Centro de Salud.

La presente tabla evidencia que, se obtuvo asociación del estado civil ($p=0,037$), ocupación ($p=0,044$) y apoyo familiar ($p=0,039$) en gestantes que presentaron algún riesgo de depresión; así mismo, se encontró asociación únicamente el ingreso económico ($p=0,048$) con algún riesgo de ansiedad. Excepto de otros factores como la edad materna, grado de instrucción, procedencia y religión que no tuvieron asociación con riesgo de depresión ni ansiedad.

Los resultados guardan similitud con el estudio de Díaz, et al. (2013) quienes evidenciaron asociación estadísticamente significativa entre la presencia de algún nivel de ansiedad y depresión con el tipo de relación de pareja estable, conviviente, ($\chi^2=14,97$; $p < 0,001$) y ($\chi^2 = 13,52$; $p < 0,001$) (12).

Así mismo, Guerra, Dávalos y Castillo (2017) encontraron asociación significativa de síntomas depresivos en las gestantes con menor nivel socio económico ($p < 0.05$) (13); del mismo modo, Sarmiento (2018) obtuvo una asociación entre la depresión y los factores de riesgo sociodemográficos (18). En la presente investigación se encontró asociación con el estado civil (conviviente), ocupación (ama de casa) y el no contar con apoyo familiar. En cuanto a la asociación de riesgo de ansiedad con los factores sociales, los resultados fueron similares al estudio de Torres y Guevara (2018), quienes encontraron que la ansiedad presentó asociación significativa con el estado civil, la ocupación, apoyo familiar y estabilidad económica ($p < 0.05$) (24). A diferencia de la presente investigación se encontró asociación únicamente con el ingreso económico bajo (Quintil I) que presentaron las gestantes entrevistadas.

Aunque fueron pocos los factores sociales asociados al riesgo de depresión y ansiedad, son resultados preocupantes ya que podrían poner en riesgo la salud mental y física de la madre y del niño por nacer; Rodríguez (2017), consideró que la presencia de más de 2 factores aumenta el riesgo en la gestante que padezca algunos de estos trastornos (26), teniendo mayor impacto en el transcurso del embarazo; por lo tanto, la presencia de algún factor debe alertar a los profesionales de la salud, ya que podría llevar al deterioro en el autocuidado de la salud y evolución del embarazo en las gestantes entrevistadas.

Tabla 10. Factores Obstétricos según dimensiones asociados al riesgo de depresión y ansiedad en gestantes. Centro de Salud “Baños del Inca”. Cajamarca, 2019.

| Factores Obstétricos | Riesgo de depresión | Riesgo de ansiedad |
|----------------------------------|---------------------|--------------------|
| | p | p |
| Nº de embarazos | 0,0571 | 0,022* |
| Edad gestacional | 0,472 | 0,021* |
| Nº de atención prenatal | 0,016* | 0,922 |
| Periodo intergenésico | 0,397 | 0,178 |
| Planificación del embarazo | 0,033* | 0,572 |
| Complicación durante el embarazo | 0,736 | 0,109 |

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel menor a 0,05.

Fuente: entrevista aplicada a gestantes que acuden al Centro de Salud.

En la presente tabla se logra evidenciar que, número de atención prenatal ($p=0,016$) y planificación del embarazo presenta asociación con algún riesgo de depresión en gestantes; así mismo, número de embarazos ($p=0,022$) y edad gestacional ($p=0,021$) estaría asociación con algún riesgo de depresión en gestantes; así mismo, se encontró asociación entre número de embarazos ($p=0,022$) y edad gestacional ($p=0,021$) con algún riesgo de ansiedad. Excepto de otros factores como periodo intergenésico y complicación durante el embarazo que no se encontró asociación con el riesgo de depresión ni ansiedad.

Los resultados fueron similares al estudio de Sarmiento (2018) quien encontró asociación con no planificación del embarazo (18); sin embargo, son diferentes a lo reportado por Cáceres (2018) quien obtuvo en su investigación relación estadísticamente significativa ($p=0,0001$) con la complicación durante el embarazo (19); además, Tirado (2018) identificó asociación significativa ($p =0,012$) con la edad gestacional (28). Respecto a la asociación con la ansiedad, los datos no tienen similitud con el estudio de Torres y Guevara (2018) quienes obtuvieron asociación significativa con la complicación durante el embarazo y la planificación del embarazo ($p < 0.05$) (24).

Los factores obstétricos asociados al riesgo depresión y ansiedad aun cuando sean pocos, son resultados alarmantes ya que podrían poner en riesgo la salud mental y física de la madre y del bebé, como complicaciones durante el embarazo, el parto y a largo plazo. Así como, al igual que en el riesgo de depresión, se debe tener en cuenta que Rodríguez et al. (2017), consideró que la presencia de más de 2 factores aumenta el riesgo de que la gestante padezca alguno de estos trastornos (26), teniendo mayor impacto en el transcurso del embarazo.

A causa del efecto neurotóxico del cortisol materno y epigenéticos, provocados por la depresión y ansiedad; como lo manifestó Serrano (2016), podría el responsable de complicaciones desfavorables de alta incidencia, como parto pretérmino, alteración del neurodesarrollo del niño por nacer, Apgar con baja puntuación, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU); a futuro, un déficit atencional del niño, hiperactividad y desórdenes conductuales (23). Del mismo modo, referente en la madre aumenta el riesgo de abortos, preeclampsia, complicaciones en el parto (7), además, la escasa participación en programas de atención prenatal durante el embarazo e incluso son más propensas a padecer depresión y ansiedad postparto y/o sufrir estos trastorno de por vida.

Tabla 11. Factores sociales y obstétricos asociados al riesgo de depresión y ansiedad en gestantes. Centro de Salud “Baños del Inca”. Cajamarca, 2019

| Factores | Riesgo de depresión | Riesgo de ansiedad |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Sociales | $X^2 = 40.07$ $p = 0,0751$ | $X^2 = 36.772$ $p = 0,235$ |
| Obstétricos | $X^2 = 49.123$ $p = 0,162$ | $X^2 = 54.51$ $p = 0,497$ |

Fuente: entrevista aplicada a gestantes que acuden al Centro de Salud.

Los datos que anteceden, en la tabla, describe los factores sociales con riesgo de depresión ($p=0,0751$) y ansiedad ($p=0,235$), y los factores obstétricos con riesgo de depresión ($p=0,162$) y ansiedad ($p=0,497$); por tanto, se concluyó que no tienen asociación significativa ya que el valor de p es mayor que el nivel de significancia ($p>0,05$), así mismo, no se corrobora la hipótesis elaborada para las gestantes que acudieron al Centro de Salud “Baños del Inca”.

Se ha documentado que las enfermedades mentales como la depresión y ansiedad, sumado con el embarazo, incluye aspectos como deterioro en el autocuidado y aumento de conductas de riesgo, durante la gestación (7), es por ello que se debe tener más en cuenta la salud mental de las gestantes dando mayor importancia a los factores sociales y obstétricos que pueden ser desencadenantes de depresión y ansiedad.

El padecer de trastornos emocionales durante el embarazo y/o en el puerperio viene a ser una recurrencia o exacerbación de un trastorno psiquiátrico previo y en otras indican el principio de una enfermedad mental nueva. Estas alteraciones mentales constituyen como causa notoria de complicaciones maternas e incluso muerte como el suicidio; provocados por diversos factores estresantes de la vida que influyen de forma considerable en estos trastornos durante la gestación (7).

CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación se determinaron las siguientes conclusiones:

1. Las características sociales de las gestantes que predominaron en el estudio fueron: edad entre 20 a 34 años, estado civil conviviente, grado de instrucción secundaria, amas de casa, procedentes de la zona rural, pertenecientes al quintil I según ingreso económico, católicas y no contaron con apoyo familiar. En cuanto a las características obstétricas la mayoría fueron: multigestas, se encontraron en el segundo trimestre de gestación, asistieron de 4 a 6 atenciones prenatales, periodo intergenésico de 2 a 5 años, no planificaron su embarazo y no presentaron complicación durante su embarazo.
2. El riesgo de depresión en las gestantes que predominó fue el riesgo de depresión moderada.
3. El riesgo de ansiedad en las gestantes que predominó fue el riesgo de ansiedad leve.
4. Los factores sociales asociados significativamente con riesgo de depresión fueron: estado civil, ocupación y apoyo familiar. Los factores obstétricos asociados con riesgo de depresión: control prenatal y planificación del embarazo.
5. Los factores sociales asociados con riesgo de ansiedad únicamente fue ingreso económico. Los factores obstétricos asociados con riesgo de ansiedad fueron: número de embarazos y edad gestacional.

Se concluye que no existe asociación entre factores sociales y obstétricos con riesgo de depresión y ansiedad, por lo que se rechaza la hipótesis afirmativa.

RECOMENDACIONES

Al concluir la presente investigación se sugiere:

1. A las autoridades del Centro de Salud “Baños del Inca”, promover el trabajo equipo y coordinado entre el área de Obstetricia y Psicología, realizando seguimiento estricto para cumplimiento del tamizaje de salud mental; con el fin de identificar precozmente los trastornos de depresión y ansiedad en las gestantes.
2. Al personal de Obstetricia encargados de la atención prenatal, en los consultorios externos, tomar más importancia a la salud mental de las gestantes, con el objetivo de identificar los factores de riesgos de depresión y ansiedad con el fin de la derivación oportuna al área salud mental.
3. A la directora de la Escuela Académica Profesional de Obstetricia, así mismo, a plana docente la priorización de cursos de salud mental como eje transversal, teniendo mayor consideración en los cambios emocionales que transcurren en la gestación, para no ser confundidos con los cambios propios de la gestación; por ende se debería estudiar a fondo estas patologías.
4. A los futuros profesionales de salud, darle mayor énfasis a la atención integral de las gestantes y continuar con la línea de investigación para determinar los riesgos de depresión y ansiedad en otros contextos, teniendo como base los hallazgos del presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Definición de Salud. [Internet]. [Citado 23 de Nov. de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
2. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 3 de Nov de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/topics/mental_disorders/es/
3. Médicos y Pacientes. La depresión afecta a 350 millones de personas en el mundo. [Internet]. [Citado 23 de Ago. de 2020]. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-depresion-afecta-350-millones-de-personas-en-el-mundo>
4. Organización Mundial de la Salud. Depresión afecta a nivel mundial. [Internet]. 2018 [citado 5 de Sep. de 2019]. Disponible en: <https://nacionfarma.com/oms-la-depresion-afecta-a-350-millones-de-personas-a-nivel-mundial/>
5. Frías L. Más de 264 millones padecen ansiedad a nivel mundial. Gaceta Digital UNAM. [Internet]. 2019. [Citado 01 de Jun. de 2020]. Disponible en: [https://www.gaceta.unam.mx/mas-de-264-millones-padecen-ansiedad-a-nivel-mundial/#:~:text=La%20ansiedad%20es%20el%20trastorno,de%20Fisiolog%C3%ADa%20Celular%20\(IFC\).](https://www.gaceta.unam.mx/mas-de-264-millones-padecen-ansiedad-a-nivel-mundial/#:~:text=La%20ansiedad%20es%20el%20trastorno,de%20Fisiolog%C3%ADa%20Celular%20(IFC).)
6. Sastre I. Aspectos Psicológicos y Emocionales durante la Gestación y el Puerperio. [Trabajo de fin de grado en Enfermería]. Universidad de Valladolid; 2014. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/EI%20Trastorno%20Bipolar,%20Depresi%C3%B3n%20y%20Man%C3%ADa.pdf>
7. Cunningham F., Leveno K., Bloom S., Hauth J., Rouse D., Spong C. Williams Obstetricia. 23ava ed. México: McGraw-Hill; 2014. 1146-1164 p.
8. Núñez M y Palomino M. Salud Mental en América Latina [Internet]. Panoramas. 2019 [citado 10 de Abr. de 2020]. Disponible en: <https://www.panoramas.pitt.edu/health-and-society/salud-mental-en-am%C3%A9rica-latina>
9. American Psychiatric Association. Guía de Consulta de los Criterios Diagnóstico del DSM-5. Trastornos depresivos y trastornos de ansiedad. Sección 2. 2014. 103-144.p.
10. Organización Mundial de la Salud. Un 4,4% de la población mundial sufre de depresión y casos aumentan un 18% en 10 años. [Internet]. Emol.com 2017 [citado 2 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.emol.com/noticias/Tendencias/2017/02/23/846361/OMS-Un-44-de-la-poblacion-mundial-sufre-de-depresion-y-casos-aumentan-un-18-en-10-anos.html>
11. Ministerio de Salud. Lineamientos de política sectorial en Salud Mental. Dirección general de intervenciones estrategias en Salud Pública - Dirección de Salud Mental. [Internet]. Perú 2018. [Citado 5 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>

12. Díaz M, Amato R, Chávez JG, Ramírez M, Rangel S, Rivera L, López J. Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus Online*. 2013;32.
13. Guerra AM, Dávalos DM y Castillo A. Detección de síntomas depresivos en mujeres gestantes de alta complejidad obstétrica y factores correlacionados. *Rev. Colomb. Psiquiat. [Internet]*. 2017 [citado 5 de septiembre de 2019]; 46(4):215-21. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74502017000400215&lng=en&nrm=iso&tlng=es
14. Ruiz GJ, Organista H, López RA, Cortaza L, Vinalay I. Prevalencia de Depresión en Embarazadas de una Institución de Salud de Primer Nivel. *Rev. Salud y Administración*. 2017; 4(12): 25-30.
15. Montoya SA y Valencia Lesly. Depresión y ansiedad en madres primerizas atendidas en los Centros de Salud del distrito de Huanuco-2015. [Tesis para optar el título de licenciada en Psicología]. Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2016. Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/UNHEVAL/1430/TPS%2000200%20M84.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
16. Alvarado MN y Mundaca APE. Nivel de depresión en gestantes atendidas en un centro de salud de la ciudad de Chiclayo. [Tesis para optar el título de licenciada en Psicología]. Universidad Juan Mejía Baca; 2016. Disponible en: <http://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/74/1/Alvarado%20Suyon%20%26%20Mundaca%20Vela%20Tesis.pdf>
17. Campos LM. Factores sociodemográficos y psicosociales asociados a depresión perinatal en gestantes. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego; 2017. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2605/1/RE_MED.HUMA_LUIS.CAMPOS_FACTORES.SOCIODEMOGRAFICOS_DATOS.PDF
18. Sarmiento SM. Factores de riesgo asociados a la depresión en gestantes que se atienden en el Centro de Salud San Vicente. [Tesis para optar el título de Obstetra]. Lima. Universidad Privada Sergio Bernales; 2018. Disponible en: http://repositorio.upsb.edu.pe/bitstream/UPSB/125/1/Sarmiento_M.%20Tesis.pdf
19. Cáceres RD. Frecuencia de depresión y su relación con la prevalencia de patologías gestacionales en pacientes que acuden al Hospital de Camaná durante los meses de abril a setiembre del 2017. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano]. Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2018. Disponible en: <http://bibliotecas.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5529/MDcamard.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Heredia Y. Condición del estado civil y el nivel de ansiedad y depresión en gestantes adolescentes. Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. [Tesis para optar el título de Obstetra]. Universidad Nacional de Cajamarca; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2276/Condici%20del%20estado%20civil%20y%20nivel%20de%20ansiedad%20y%20deperesi%20en%20gestantes%20adolescentes%20Centro%20Mate.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

21. Gorrita RR, Bárcenas R, Gorrita Y y Brito B. Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. Rev. Cubana Pediatr. [Internet]. 2014. [Citado 11 de Sep. 2019]; 86(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75312014000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Ricardo C, Álvarez M, Ocampo MV y Tirado AF. Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín, entre enero y agosto de 2013. Factores de riesgo asociados. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. [Internet]. 2015 [Citado 13 de Sep. de 2019]; 66(2):94. Disponible en: <http://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/11>
23. Serrano S, Campos PC y Carreazo NY. Asociación entre la ansiedad materna y el parto pretérmino en Lima, Perú. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2016 [citado 13 de febrero de 2019]; 42(3):309-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2016000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Torres T, Guevara YK. Ansiedad en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un Centro de Salud en la ciudad de Iquitos. [Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología]. Universidad Científica del Perú. 2017. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/465>
25. Organización Mundial de la Salud. Salud mental [Internet]. [Citado 11 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/es/
26. Rodríguez AK, May L, Carrillo MB y Rosado LM. Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud. Rev. Enferm. Inst. México. 2017; 25(3):181-188.
27. Ventocilla V. Depresión en madres gestantes de la Micro Red Juliaca-Centro de Salud Revolución-2014. [Internet] [Tesis para optar el título profesional de Psicólogo]. Juliaca. Universidad Peruana Unión. 2015. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/223/Ver%c3%b3nica_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Tirado LE. Frecuencia de depresión en mujeres gestantes y factores asociados en el Centro de Salud del distrito de Morrope en el periodo de Julio- Noviembre 2016 [Internet] [Tesis para optar el título de Medica Cirujana]. Chiclayo. Universidad San Martín de Porres; 2018. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3203/3/tirado_1le.pdf
29. Alvarado J. Apuntes de Obstetricia. 3era ed. Perú: AMP Ediciones; 2014. 382 p.
30. Morocho AM, Orellana GE y Ortega JM. Cambios emocionales en las diferentes etapas del embarazo de las gestantes que acuden a control por consulta externa de área de salud N°1 Pumapungo perteneciente a la zona 6. Cuenca 2015. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Ecuador. Universidad Estatal de Cuenca. 2015. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Zotero/storage/U2JV6Z46/Sánchez%20-%20ÁNGEL%20MAURICIO%20MOROCHO%20SAQUINAULA.%20GABRIELA%20ELIZAB.pdf>

31. Zung W. Escala de Medición de la depresión y ansiedad. 2010.
32. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. WHO. [Citado 5 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
33. Pérez EA, Cervantes VM, Hijuelos NA, Pineda C y Salgado H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. Rev. Biomed. 2017; 28(2):89-115.
34. Fernández O, Jiménez B, Alfonso R, Sabina D y Cruz J. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. [Internet]. 2012 [citado 11 de septiembre de 2019]; 10(5):466-79. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-897X2012000500019&lng=es&nrm=iso&tlng=es
35. Restrepo M, Sánchez E, Vélez MC, Marín JS, Martín LM y Gallego D. Trastorno depresivo mayor: una mirada genética. Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología. 2017;13 (2):279-294.
36. García J. GABA (neurotransmisor): qué es y qué funciones desempeña [Internet]. 2016 [citado 11 de Sep. de 2019]. Disponible en: <https://psicologiamente.com/neurociencias/gaba-neurotransmisor>
37. Marina BA. La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas?. Actas Esp. Psiquiatr. 2012; 40(2):70-83.
38. Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. OPS. Décima revisión. CIE-10. Publicación Científica N° 554. Washington.
39. Martínez JF y Jácome N. Depresión en el embarazo. Rev. Colomb. Psiquiat. [Internet]. 2019 [citado 10 de septiembre de 2020];48(1):58-65. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745017300926>
40. Sosa C. Ansiedad. [Internet]. [Citado 11 de Sep. de 2019]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/SaludMental/ANSIEDAD2.pdf>
41. Escolar MC y Serrano I. Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad ante la lectura en público. ¿Cómo minimizar la respuesta de la ansiedad?. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. España. 2019; 6(2):54-61.
42. Rovira I. Ansiedad durante el embarazo: causas y síntomas. Psicología Clínica. [Internet]. 2017 [citado 13 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://psicologiamente.com/clinica/ansiedad-durante-el-embarazo>
43. Herrera KW. Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo. Revista Médica Sinergia. 2018; 3(1):3-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms181a.pdf>.
44. Guzmán O y Caballero T. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. [Internet]. Santiago. 2012 [citado 20 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://link.galegroup.com/apps/doc/A308294319/IFME?sid=lms>

45. Universidad San Sebastián. Estado-Civil. [Internet]. [Citado 18 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.uss.cl/wp-content/uploads/2017/05/Estado-Civil.pdf>
46. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Definiciones Censales Básicas [Internet]. Disponible en: <http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/Docs/Glosario.pdf>
47. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Área de Residencia [Internet]. 2018 [citado 28 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0040/AREARES I.htm>
48. Astudillo M. Fundamentos de Economía. Instituto de Investigaciones. México [Internet]. 2013; Disponible en: <http://ru.iiec.unam.mx/2462/1/FundamentosDeEconomiaSecuenciaCorrecta.pdf>
49. Gobierno Regional de Cajamarca. Pobreza Quintiles [Internet]. [Citado 1 de junio de 2020]. Disponible en: https://zeeot.regioncajamarca.gob.pe/sites/default/files/M37_1_Pobreza_Quintiles.pdf
50. Díaz JA. Reflexiones en torno al concepto de Religión. *Estud. Filos.* 2015; 51:27-43. Disponible en: https://revistas.udea.edu.co/index.php/estudios_de_filosofia/article/view/22949
51. Nunes M, Marcela D, Ferrari H y Marín F. Soporte social, familiar y autoconcepto: relación entre los constructos. *Psicología desde el caribe.* 2012. 29(1):18. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n1/v29n1a02.pdf>
52. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural. Aprobada por R.M. N° 518-2016/MINSA.
53. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Definiciones operacionales y criterios de programación de medición de avances de los programas presupuestales 0131 Control y Prevención en Salud Mental. R.M. 232-2016. MINSA.
54. Zavala A, Ortiz H, Salomón J, Padilla C y Preciado R. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2018 [Citado 18 de Sep. de 2019]; 83(1):52-61. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100052&lng=en&nrm=iso&tlng=en
55. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Materna. R.M.827-2013. NTS N°105. MINSA.
56. Diccionario de la lengua española. Definiciones. Edición del Tricentenario [Internet]. Edición del Tricentenario. [Citado 17 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
57. Glosario Obstetricia - Glosario de términos de Obstetricia con 50 palabras aproximadamente. [Internet]. StuDocu. [Citado 17 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.studocu.com/en/document/universidad-juarez-autonoma-de-tabasco/propedeutica-medica/mandatory-assignments/glosario->

obstetricia-glasorio-de-terminos-de-obstetrica-con-50-palabras-
aproximadamente/3006668/view

58. Ibáñez M. Clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados-Piura 2014. [Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología]. Piura. Universidad Católica de los Ángeles. 2014. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1542/CLIMA_SOCIAL_FAMILIAR_DEPRESION_IBANEZ_OJEDA_MARIBEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
59. Jiménez D. Guía para la elaboración de tesis o investigación en ciencias sociales y ciencias médicas. [Internet]. 2017. [Citado el 22 de Nov. 2020]. Disponible en: https://www.tesiseinvestigaciones.com/uploads/2/0/0/2/20021199/gu%C3%ADa_de_tesis.pdf
60. Aguilar S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. Salud en Tabasco. 2015; 11(1-2):333-338.
61. Sanjuanelo S, et al. Consideraciones éticas en la publicación de investigaciones científicas. Salud Uninorte. 2012; 23 (1): 64-78.
62. Jadresic E. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. Rev. Med. Clin. Condes. 2014; 25(6) 1019-1028.
63. Zavala A, Ortiz H, Salomón J, Padilla C y Preciado R. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2018 [Citado 18 de Sep. de 2019]; 83(1):52-61. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100052&lng=en&nrm=iso&tlng=en
64. Santamaría DL, De Paula K, Abaunza C y Esteban M. Trastornos psiquiátricos desencadenados por la gestación: una revisión sistemática de la literatura. Revista Neuronum [Internet]. 2020 [citado 17 de Ene. de 2021]; 6(4):86-113. Disponible en: <http://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/287>
65. Arranz Á, et al. La influencia del estrés o ansiedad de la gestante en el peso fetal o neonatal: revisión bibliográfica. Matronas Prof. 2017; 18(2):69-77.
66. Provensal ML. Depresión en la vida urbana y en la vida rural. Universitat de les Illes Balears. [Internet]. 2012 [citado 20 de Ene. de 2021]. Disponible en: <https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/104/depresi%C3%B3n%20en%20la%20vida%20urbana%20y%20en%20la%20vida%20rural.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
67. Salgado A. Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. Revista de Psicología Educativa. [Internet]. 2014 [Citado 02 de Feb. del 2021]; 2(1):121-59. Disponible en: <https://revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/view/55>

ANEXOS

ANEXO Nº 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....
acepto participar voluntariamente en la investigación titulada: “FACTORES SOCIALES Y OBSTÉTRICOS ASOCIADOS AL RIESGO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN GESTANTES. CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA, 2019“, conducida por la Bachiller en Obstetricia, de la Universidad Nacional de Cajamarca.

He sido informada que el objetivo de la investigación es determinar la asociación entre los factores sociales y obstétricos con riesgo de depresión y ansiedad en gestantes que acuden al Centro de Salud “Baños del Inca”, Cajamarca, 2019. Me han indicado también que tendré que responder preguntas de la entrevista, lo cual me tomará máximo de 15 minutos. He sido informada de los beneficios de esta investigación par, de carácter confidencial serán mis respuestas, puedo disipar mis dudas y recibir información a través de la investigadora.

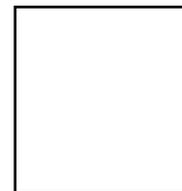
Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme de formar parte del estudio cuando me parezca conveniente, sin que esto genere algún prejuicio.

Voluntariamente presto mi conformidad para participar, por tanto firmo y dejo mi huella en este documento autorizando me incluyan en esta investigación.

FIRMA DE LA GESTANTE

DNI:.....

FECHA: / /



Huella Digital



ANEXO N° 02

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS GENERALES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Título de la investigación: “FACTORES SOCIALES Y OBSTÈTRICOS ASOCIADOS AL RIESGO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN GESTANTES. CENTRO DE SALUD BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA, 2019”

Objetivo: Determinar la asociación entre los factores sociales y obstétricos con riesgo de depresión y ansiedad en gestantes que acuden al Centro de Salud “Baños del Inca”. Cajamarca. 2019.

Investigadora: Chavez Torrejón, Yuri Vanessa

Instrucciones: La presente entrevista contiene diversas preguntas sobre el trabajo de investigación, por tanto escuche atentamente y conteste con sinceridad. La investigadora marcará con un aspa (x) la respuesta que usted considere adecuada o correcta.

I. FACTORES SOCIALES

1. Edad: ¿Cuántos años tiene usted? ___ años Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___

Gestante muy joven: ≤ de 15 años ()

Gestante joven: de 16 a 19 años ()

Gestante adulta: de 20 a 34 años ()

Gestante añosa: de 35 a 39 años ()

Gestante muy añosa: ≥ a 40 años ()

2. Estado civil: ¿Cuál es su estado civil?

Conviviente () Casada () Soltera ()

Otro () ¿Cuál? _____

3. Grado de instrucción: ¿Hasta qué grado estudió? _____

Sin Instrucción () Primaria completa ()

Primaria incompleta () Secundaria completa ()

Secundaria incompleta () Superior no universitario ()

Superior universitario ()

4. Ocupación: ¿A qué se dedica usted? _____

Trabajadora dependiente () Trabajadora independiente ()

ANEXO Nº 03

ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

INSTRUCCIÓN: Escuche atentamente la entrevista y conteste con sinceridad. La investigadora marcará con un aspa (X) en el recuadro que el considere más adecuado a como se ha sentido en la última semana. Usted tiene derecho a preguntar para disipar sus dudas.

| | | Muy pocas veces | Algunas veces | Muchas veces | Casi siempre |
|----|--|-----------------|---------------|--------------|--------------|
| 1 | Se siente triste y melancólica | | | | |
| 2 | Por las mañanas es cuando se siente mejor | | | | |
| 3 | Tiene ganas de llorar | | | | |
| 4 | Tiene problemas para dormir en las noches | | | | |
| 5 | Tiene apetito como antes | | | | |
| 6 | Aun le atraen las personas del sexo opuesto (su esposo) | | | | |
| 7 | Nota que está perdiendo peso | | | | |
| 8 | Tiene problemas intestinales y de estreñimiento | | | | |
| 9 | Le late el corazón más de prisa que de costumbre | | | | |
| 10 | Se cansa sin motivo | | | | |
| 11 | Tiene la mente tan clara, piensa con claridad como antes | | | | |
| 12 | Hace las cosas con la misma facilidad que antes | | | | |
| 13 | Se siente nerviosa y no puede estar quieta | | | | |
| 14 | Tiene esperanza en el futuro | | | | |
| 15 | Esta más irritable que antes | | | | |
| 16 | Le es fácil tomar decisiones | | | | |
| 17 | Se siente útil y necesaria | | | | |
| 18 | Se siente contenta con su vida actual | | | | |
| 19 | Cree que los demás estarían mejor si usted muriera | | | | |
| 20 | Disfruta de las mismas cosas que antes | | | | |

ANEXO Nº 04

ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG

INSTRUCCIÓN: Escuche atentamente la entrevista y conteste con sinceridad. La investigadora marcará con un aspa (X) en el recuadro que el considere más adecuado a como se ha sentido en la última semana. Usted tiene derecho a preguntar para disipar sus dudas.

| | | Muy pocas veces | Algunas veces | Muchas veces | Casi siempre |
|----|--|-----------------|---------------|--------------|--------------|
| 1 | Se siente más intranquila e inquieta que de costumbre | | | | |
| 2 | Siente temor sin motivo | | | | |
| 3 | Se altera o se angustia fácilmente | | | | |
| 4 | Siente que se estuviera deshaciendo en pedazos | | | | |
| 5 | Cree que todo va estar bien y no va pasar nada de malo | | | | |
| 6 | Le tiemblan las manos y las piernas | | | | |
| 7 | Sufre dolores de cabeza, de cuello y de la espalda | | | | |
| 8 | Se siente débil y se cansa fácilmente | | | | |
| 9 | Se siente intranquila y le cuesta estar tranquila | | | | |
| 10 | Siente que el corazón le late de prisa | | | | |
| 11 | Sufre mareos | | | | |
| 12 | Se desmaya o siente que se va a desmayar | | | | |
| 13 | Puede respirar fácilmente | | | | |
| 14 | Se le duermen y le hormiguean los dedos de los pies | | | | |
| 15 | Sufre dolores de estómago o indigestión | | | | |
| 16 | Tiende a orinar con mucha frecuencia | | | | |
| 17 | Generalmente tiene las manos secas y calientes | | | | |
| 18 | La cara se le pone caliente y roja | | | | |
| 19 | Se duerme fácilmente y descansa bien por las noches | | | | |
| 20 | Tiene pesadillas | | | | |

Gracias por su colaboración...

ANEXO Nº 05

VALIDACION DEL INSTRUMENTO (JUICIO DE EXPERTOS) FICHA DE RECOLECCION DE DATOS GENERALES

COEFICIENTE DE VALIDACION "V" AIKEN

| ITEMS | Juez 1 | Juez 2 | Juez 3 | Juez 4 | S | V de Aiken | Descripción |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|---|------------|-------------|
| Item1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item5 | 2 | 1 | 1 | 2 | 6 | 0.75 | Válido |
| Item6 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item7 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item8 | 2 | 1 | 2 | 2 | 7 | 0.88 | Válido |
| Item9 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item10 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item11 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item12 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Aiken Total | | | | | | 0.97 | Válido |

Calificación

A: ítem aceptable (2)

B: ítem que se modifica (1)

R: ítem que se rechaza (0)

Coeficiente V-AIKEN

$$v = \frac{S}{n(C - 1)}$$

V= Coeficiente de Validación: V de Aiken

S= Sumatoria

n= Numero de jueces= 4 jueces

C= Número de valores = 4 (A, B, R)

Coeficiente V-AIKEN > 0.70 es válido, la validez del instrumento presenta un Coeficiente de Aiken igual a 0,97, indicando que el instrumento es válido, lo que evidencia que las preguntas contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desea investigar.

Jueces:

Juez 01: Lic. Psic. Mg. Cesar Honorio Rabanal

Juez 02: Lic. Psic. Dany Huangal Cachi

Juez 03: Obsta. Mg. Esp. en Epidemiología. Juan Carlos Noriega Linchan

Juez 04: Obsta. Mg. Esp. en alto riesgo. Ana Isabel Quiroz Bazán

ANEXO Nº 06
VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (JUICIO DE EXPERTOS)
ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG
COEFICIENTE DE VALIDACION “V” AIKEN

| ítems | Juez 1 | Juez 2 | Juez 3 | Juez 4 | S | V de Aiken | Descripción |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|---|------------|-------------|
| Item1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 7 | 0.88 | Válido |
| Item3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item6 | 2 | 1 | 2 | 2 | 7 | 0.88 | Válido |
| Item7 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item8 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item9 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item10 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item11 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item12 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item13 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item14 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item15 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item16 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item17 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item18 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item19 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item20 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Aiken Total | | | | | | 0.99 | Válido |

Calificación

- A: ítem aceptable (2)
- B: ítem que se modifica (1)
- R: ítem que se rechaza (0)

Coeficiente V-AIKEN

$$v = \frac{S}{(n(C - 1))}$$

V= Coeficiente de Validación: V de Aiken

S= Sumatoria

n= Numero de jueces= 4 jueces

C= Número de valores = 4 (A, B, R)

Coeficiente V-AIKEN > 0.70 es válido, la validez del instrumento presenta un Coeficiente de Aiken igual a 0,99, indicando que el instrumento es válido, lo que evidencia que las preguntas contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desea investigar.

Jueces:

Juez 01: Lic. Psic. Mg. Cesar Honorio Rabanal

Juez 02: Lic. Psic. Dany Huangal Cachi

Juez 03: Obsta. Mg. Esp. en Epidemiología. Juan Carlos Noriega Linchan

Juez 04: Obsta. Mg. Esp. en alto riesgo. Ana Isabel Quiroz Bazán

ANEXO Nº 07

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO (JUICIO DE EXPERTOS)

ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG

COEFICIENTE DE VALIDACION "V" AIKEN

| Ítems | Juez 1 | Juez 2 | Juez 3 | Juez 4 | S | V de Aiken | Descripción |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|---|------------|-------------|
| Item1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item6 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item7 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item8 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item9 | 2 | 2 | 1 | 2 | 7 | 0.88 | Válido |
| Item10 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item11 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item12 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item13 | 2 | 1 | 2 | 1 | 6 | 0.75 | Válido |
| Item14 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item15 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item16 | 2 | 1 | 2 | 2 | 7 | 0.88 | Válido |
| Item17 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item18 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item19 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Item20 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | Válido |
| Aiken Total | | | | | | 0.98 | Válido |

Calificación

A: ítem aceptable (2)

B: ítem que se modifica (1)

R: ítem que se rechaza (0)

Coeficiente V-A

$$v = \frac{S}{(n(C - 1))}$$

V= Coeficiente de Validación: V de Aiken

S= Sumatoria

n= Numero de jueces= 4 jueces

C= Número de valores = 4 (A, B, R)

Coeficiente V-AIKEN > 0.70 es válido, la validez del instrumento presenta un Coeficiente de Aiken igual a 0,98, indicando que el instrumento es válido, lo que evidencia que las preguntas contribuyen de manera significativa a la definición de los conceptos que se desea investigar.

Jueces:

Juez 01: Lic. Psic. Mg. Cesar Honorio Rabanal

Juez 02: Lic. Psic. Dany Huangal Cachi

Juez 03: Obsta. Mg. Esp. en Epidemiología. Juan Carlos Noriega Linchan

Juez 04: Obsta. Mg. Esp. en Alto riesgo. Ana Isabel Quiroz Bazán

ANEXO N° 08

CONFIABILIDAD A TRAVÉS DEL ALPHA DE CRONBACH

Resumen de procesamiento de fiabilidad De la Escala de depresión de Zung

Resumen de procesamiento de casos

| | N° | % |
|-------|-----------------------|----|
| Casos | Válido | 20 |
| | Excluido ^a | 0 |
| | Total | 20 |

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N° de elementos |
|------------------|-----------------|
| ,786 | 20 |

Resumen de procesamiento de fiabilidad De la Escala de Ansiedad de Zung

Resumen de procesamiento de casos

| | N° | % |
|-------|-----------------------|----|
| Casos | Válido | 20 |
| | Excluido ^a | 0 |
| | Total | 20 |

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N° de elementos |
|------------------|-----------------|
| ,872 | 20 |