

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**Depresión y factores asociados en embarazadas durante la pandemia
Covid-19 Lambayeque, 2020**

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

AUTOR

Maria Elizabeth Aponte Villacorta

ASESOR

Jose Mercedes Caicedo Nieto

<https://orcid.org/0000-0002-6585-5742>

Chiclayo, 2022

**DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN EMBARAZADAS
DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 LAMBAYEQUE, 2020**

PRESENTADA POR
MARIA ELIZABETH APONTE VILLACORTA

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR

Henry Ricardo Villareal Trujillo
PRESIDENTE

Javier Alejandro Quiñones Chapoñan
SECRETARIO

Jose Mercedes Caicedo Nieto
VOCAL

Dedicatoria

A Dios ya que gracias a él he logrado terminar mi carrera. A toda mi familia, en especial a mis padres y hermanos por el apoyo incondicional que siempre me han brindaron, para poder enfrentar cada reto que se ha presentado en este largo camino.

Agradecimientos

A mis padres por estar siempre a mi lado, en mis mejores y peores momentos y por la confianza depositada en mí, a pesar de haber tenido varios tropiezos al inicio de mi carrera.

Índice

Resumen.....	5
Abstract.....	6
I. Introducción.....	7
II. Revisión de la literatura	8
III. Materiales y métodos.....	13
IV. Resultados	14
V. Discusión	18
VI. Conclusiones	20
VII.Recomendaciones.....	20
VIII. Referencias.....	22
IX. Anexos	26

Resumen

Objetivo: Describir los factores de asociados para depresión en mujeres embarazadas durante la pandemia COVID-19 en el Centro de Salud José Olaya Chiclayo-Lambayeque, 2020.

Material y métodos: Se evaluó a gestantes atendidas en el Centro de Salud José Olaya Chiclayo-Lambayeque durante julio-agosto del 2020. Se les contactó durante sus sesiones de profilaxis, previo consentimiento informado, la entrevista se realizó por medio de sus redes sociales, donde se le aplicaron tres encuestas: la escala de depresión de Edimburgo (EPDS), un cuestionario de factores asociados para depresión y una de nivel socioeconómico. Estudio de diseño observacional, tipo descriptivo. Muestreo probabilístico sistemático. **Resultados:** La prevalencia de depresión en embarazadas fue del 34,5%; los factores asociados fueron antecedente de aborto (RP = 3,95), recibir insultos por parte de familiares o pareja (RP =2.48) y pasar por una experiencia estresante (RP =4,45). Aquellas que tienen un antecedente de aborto presentan prevalencia de depresión 3,95 veces mayor que aquellos que no presentaron dicho antecedente, las gestantes que recibieron insultos de algún familiar o pareja presentaron una prevalencia de depresión 2,48 veces. **Conclusión:** La prevalencia de depresión en gestantes del Centro de Salud José Olaya fue del 34,5%, esta prevalencia es similar a la encontrada en otros estudios en épocas de pandemia, y es mayor a la reportada en trabajos anteriores a la pandemia, al igual que en otras investigaciones.

Palabras clave: Depresión, Embarazo, Infección coronavirus, Factores de riesgo (Fuente: DeCS BIREME)

Abstract

Objective: To describe the associated factors for depression in pregnant women during the COVID-19 pandemic at the José Olaya Chiclayo-Lambayeque Health Center, 2020. **Material and methods:** Pregnant women treated at the José Olaya Chiclayo Health Center were evaluated. -Lambayeque during July-August 2020. They were contacted during their prophylaxis sessions, with prior informed consent, the interview was carried out through their social networks, where three surveys of the Edinburgh Depression Scale (EPDS) were applied, a questionnaire of associated factors for depression and one of socioeconomic level. It is a study with observational design, descriptive type. Systematic probabilistic sampling. **Results:** The prevalence of depression in pregnant women was 34.5%; the associated factors were a history of abortion (PR = 3.95), receiving insults from relatives or a partner (PR = 2.48) and going through a stressful experience (PR = 4.45). Those who have a history of abortion have a prevalence of depression 3.95 times higher than those who did not have such a history, pregnant women who received insults from a family member or partner had a prevalence of depression 2.48 times. **Conclusion:** The prevalence of depression in pregnant women at the José Olaya Health Center was 34.5%, this prevalence is like that found in other studies in times of pandemic and is higher than that reported in studies prior to the pandemic, as in other investigations.

Keywords: Depression, Pregnancy, Depression, Coronavirus Infection, Risk factors (Source: MeSH-NLM).

I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el 30 de enero del 2020, al brote de la enfermedad por el nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) como una emergencia de salud pública de importancia internacional, y para el 11 marzo de este mismo año, se decidió que COVID-19 se catalogaría como una pandemia(1). El 15 de marzo, el gobierno peruano decretó el estado de emergencia y aislamiento social obligatorio (cuarentena) por la epidemia COVID-19, este tipo de acontecimiento nos llenó de preocupación e incertidumbre, al enfrentarnos a una realidad para la que no estábamos preparados tanto física como psicológicamente; se produjeron muchos cambios en nuestro estilo de vida, como trabajar desde casa, la escolarización de los estudiantes desde sus hogares, el desempleo temporal y el no poder reunirse de manera física con nuestros familiares y amigos, y además a esto se le agregaría el miedo constante a contraer la enfermedad; por lo que todos estos cambios pudieron afectar en nuestra salud mental, causando ansiedad y la depresión (2).

La depresión es un problema de salud pública, que afecta a todo tipo de estrato social, viéndose más afectada las mujeres, principalmente en la edad reproductiva, siendo el periodo de gestación de gran importancia para su desarrollo, debido a cambios fisiológicos, hormonales y psicológicos de relevancia.(3,4) A nivel mundial se estimaba, antes de la pandemia que aproximadamente el 10% de las mujeres embarazadas habían presentado depresión, y en los países en desarrollo, esto era aún más alto, alcanzando un 15,6%, y en casos severos puede llegar al suicidio. Además, se sabe que esta depresión no solo afecta a la madre, sino que puede afectar también al niño en su desarrollo, ya que se ha observado que las madres que presentaron depresión, no diagnosticados ni tratadas, tienen más probabilidades de presentar complicaciones médicas durante el embarazo, niños con bajo peso al nacer, tener un parto prematuro, y también se ha asociado a un retraso del crecimiento infantil (5).

En un estudio en China, en gestantes se comparó la depresión y sus factores asociados, en dos periodos entre enero del 2019 y enero del 2020, obteniendo que durante el desarrollo de pandemia las tasas fueron más altas para el desarrollo de síntomas depresivos (26.0% vs 29.6%), estas mujeres también tenían más probabilidades de respaldar los pensamientos de autolesión; las mujeres primíparas, <35 años de edad, empleadas a tiempo completo, de ingresos medios y con un tamaño de vivienda que cubre sus necesidades básicas tenían un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos y de ansiedad durante la pandemia (6).

Actualmente en Perú, se le está haciendo frente a la pandemia, en una realidad que afecta el estilo de vida de las personas de todas las edades, siendo la salud mental uno de los campos con menor apoyo por el estado, específicamente en el ámbito materno-perinatal, en ningún nivel de atención, no evaluándose el bienestar mental de las mujeres durante el embarazo, y que al final afecta también al desarrollo de sus hijos. Por esto, es de suma importancia identificar los factores obstétricos, psicológicos, sociales y de nivel socioeconómico asociados a la presencia de depresión en mujeres gestantes.

II. Revisión de la literatura

Antecedentes

Wu y col, en un estudio transversal en China, compararon la depresión y sus factores asociados en dos periodos entre enero del 2019 y enero del 2020, obteniendo que durante el desarrollo de pandemia las tasas fueron más altas para el desarrollo de síntomas depresivos (26.0% vs 29.6%), estas mujeres también tenían más probabilidades de respaldar los pensamientos de autolesión; las mujeres primíparas, <35 años de edad, empleadas a tiempo completo, de ingresos medios y con un tamaño de vivienda que cubre sus necesidades básicas tenían un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos y de ansiedad durante la pandemia (6).

Lebel y col en un estudio transversal en Canadá, en abril de 2020 encontraron que de las gestantes el 37% informó síntomas de depresión relevantes y el 57% informó síntomas de ansiedad. Los síntomas más altos de depresión y ansiedad se asociaron con una mayor preocupación por las amenazas de COVID-19 a la vida de la madre y el bebé, así como preocupaciones por no recibir la atención prenatal necesaria, tensión en las relaciones y aislamiento social debido a la pandemia por COVID 19. Los niveles más altos de apoyo social percibido y la eficacia del apoyo, así como una mayor actividad física, se asociaron con síntomas psicológicos más bajos (9).

Berthelot y col en una cohorte longitudinal en Canadá compararon a las embarazadas en dos grupos antes de la pandemia y durante la pandemia, obteniendo que 10,9% de la cohorte de COVID - 19 tenía síntomas clínicamente significativos de ansiedad en comparación con solo el 6,0% de depresión durante la pandemia, sin embargo, las dos cohortes fueron similares en los

síntomas del trastorno de estrés postraumático. Además, se mostró que las mujeres embarazadas durante COVID - 19 que tenían un diagnóstico psiquiátrico previo o ingresos bajos serían más propensas a sufrir mayor angustia y síntomas psiquiátricos (8).

Effati y col en un estudio descriptivo analítico transversal en Irán durante finales de marzo de 2020 y principios de abril de 2020 se observó que el 32,7% presentaba síntomas de depresión, y que hubo una relación significativa entre las puntuaciones de depresión y el nivel de educación del cónyuge, el trabajo del cónyuge, el apoyo del cónyuge y la satisfacción con la vida conyugal (9).

Sunnqvist en el 2019, en una cohorte longitudinal en Suecia, evidenció que, en el embarazo temprano, el 9.3% de las mujeres reportó puntuaciones de síntomas depresivos, y el 69.1% de ellas lo informó solo en el embarazo temprano. Casi el 34% informó puntuaciones de síntomas depresivos solo en el embarazo tardío, y 22.7% tanto en el embarazo temprano como en el tardío, pero no en el posparto. Aproximadamente el 5% informaron puntuaciones de síntomas depresivos al final del embarazo y después del parto, y además el 5.1% obtuvo puntuaciones altas en los tres puntos temporales de las medidas. El 14,6% de los participantes del estudio informaron puntuaciones de síntomas depresivos una o más veces durante el embarazo y / o hasta 1,5 años después del parto (10).

Gebremichael en el 2018, es un estudio transversal en Etiopía, determinó que la depresión perinatal que fue de 26.7%, además las madres que tenían ingresos más bajos y que no conocen sus ingresos tenían 4.2 y 5.9 veces más probabilidades de depresión perinatal, respectivamente, en comparación con las madres con ingresos relativamente más altos, las mujeres que tuvieron problemas de salud durante el embarazo tenían 5 veces más probabilidades de sufrir depresión perinatal en comparación con las madres que no los presentaban. Además que cualquier tipo de abuso en el hogar tenían 1.6 veces más probabilidades de desarrollar síntoma depresivos en comparación con los encuestados sin ningún abuso (11).

Akpojene en el 2018, es un estudio descriptivo en Australia observó que prevalencia de madres que informaron síntomas depresivos durante el embarazo fue del 6.2% en la cohorte y fue mayor entre las madres que informaron historial de violencia física de la pareja (IPV) psicológica (28%) o IPV física (32%), y los síntomas depresivos maternos durante el embarazo se asociaron fuertemente con los síntomas depresivos posnatales. La IPV psicológica se asoció fuertemente

con los síntomas depresivos postnatales y las madres que tuvieron una cesárea tuvieron más probabilidades de experimentar síntomas depresivos postnatales en comparación con aquellas que tuvieron un parto vaginal normal (12).

Guerra en el 2016, realizó un estudio analítico en Colombia encontró que el 30% de las mujeres embarazadas presentaron síntomas depresivos y de ellas el 4% refirió haber tenido ideas de autolesión, también se halló que las mujeres con síntomas depresivos tenían 6 veces más probabilidad de reportar abuso sexual, además las mujeres con depresión tenían 3 veces más posibilidad de reportar maltrato emocional, intentos suicidas previos y tener historia personal y/o familiar de depresión (13).

Jeong en el 2015, en un estudio longitudinal en Korea, determinó que la prevalencia de depresión en el período prenatal fue de 41%, la falta de empleo y los ingresos familiares fueron factores de riesgo para la depresión prenatal en el primer y segundo trimestres, además no hubo una correlación significativa entre las variables sociodemográficas y el momento de la depresión prenatal, a excepción del estado laboral (14).

Lara en el 2015, en un estudio longitudinal en Mexico, evaluó la depresión en mujeres durante el tercer trimestre del embarazo, seis semanas y seis meses después del parto, encontrándose en el embarazo: SCID: 9%; PHQ-9: 16.6%; seis semanas después del parto: SCID: 13.8%; PHQ-9: 17% y seis meses después del parto: SCID: 13; PHQ-9: 20%, dentro de los factores de riesgo para llegar a desarrollar depresión fueron las que eran más jóvenes, tenían menos años de escolaridad, las que no tenían pareja actual, desempleadas y las más pobres (15).

Silva en el 2012, es un estudio transversal en Brasil mostró que en embarazadas la prevalencia de síntomas depresivos fue del 21% y el posparto fue del 17%, además se observó que entre las mujeres que tuvieron síntomas de depresión durante el embarazo, el 47% también tenían síntomas de depresión posparto, las variables que se asociaron significativamente con la prevalencia de PPD se analizaron como factores de riesgo para la incidencia de PPD fueron: menor nivel socioeconómico, que sufrió eventos estresantes y consumo de tabaco durante el embarazo (16).

Luna en el 2010, un estudio descriptivo transversal en Perú identificó que el 40,1% de embarazadas presentaron síntomas depresivos, dentro de los factores que mas se relacionaron

fueron las que no habían planificado su embarazo y las que habían tenido complicaciones durante su embarazo actual (17).

Mercado en el 2012, un caso control, en una tesis realizada en Lima-Perú, encontró que los factores de riesgo para desarrollar depresión durante el embarazo fueron depresión previa a la gestación, haber sufrido violencia psicológica durante su vida; dentro de los factores que se relacionan con su pareja fueron sufrir violencia psicológica, tener una relación regular con ésta, y que éste no deseé el embarazo(18).

Tirado en el 2016, realizó una tesis en Mórrope-Lambayeque, donde la frecuencia de depresión en embarazadas hallada fue del 31%, y que dentro de estas el 55% de se encontraban cursando el segundo trimestre de embarazo; dentro de los factores psicológicos la relación regular familiar y el antecedente de violencia psicológica se asociaron de forma significativa a presentar depresión dentro del embarazo(19).

Bases teóricas

La depresión es un trastorno de salud mental común que afecta a más de 264 millones de en el mundo. Se caracteriza por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que antes le causaban placer. Además, puede alterar el sueño y el apetito, y es común que se acompañe con cansancio y falta de concentración, alterando sus actividades laborales, escolares y familiares. La depresión es una causa importante de discapacidad en todo el mundo, e incide con gran cantidad de casos de morbilidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) estima que, para el año 2030, la depresión se habrá convertido en la principal causa de discapacidad en todo el mundo, llevando en casos extremos al suicidio. Por año se suicidan más de 700000 personas, siendo el suicidio la cuarta causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años. Los efectos de la depresión pueden ser prolongados o recurrentes, y pueden menoscabar extraordinariamente la capacidad de una persona para actuar y vivir una vida gratificante (22). En los casos de depresión moderada y grave existen tratamientos psicológicos y farmacológicos, entre los países de ingresos bajos y medianos la atención para una poder contar con consultas y tratamiento a personas con este trastorno es deficiente y en algunos casos, nula, se estima que, un 76% a 85%, no reciben una asistencia adecuada (20).

La depresión puede clasificarse en leve, moderado o grave, en función del número y la intensidad de los síntomas, así como de las repercusiones en el funcionamiento de la persona. Hay varias maneras de clasificar, trastorno depresivo de un solo episodio cuando la persona

experimenta un primer y único episodio, el trastorno depresivo recurrente, la persona ha padecido ya al menos dos episodios depresivos y el trastorno bipolar, los episodios depresivos alternan con periodos de episodios maníacos, que incluyen euforia o irritabilidad, mayor actividad o energía, y otros síntomas como aumento de la verborrea, pensamientos acelerados, mayor autoestima, menor necesidad de dormir, distracción y comportamiento impulsivo e imprudente (22-23).

Las causas de la depresión incluyen complejas interacciones de factores sociales, psicológicos y biológicos. Diversas circunstancias de la vida, por ejemplo, adversidades en la infancia, una pérdida y el desempleo contribuyen al desarrollo de la depresión y pueden propiciarla (23).

En la actualidad, el diagnóstico de la depresión se basa en los síntomas, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM 5) nos brindan criterios para poder diagnosticar depresión (23).

La etiopatogenia de este trastorno es muy compleja, por lo cual aún no se comprende por completo, siendo la teoría monoaminérgica, la que es universalmente aceptada, también se ha encontrado que otras patologías están asociadas con el desarrollo de la condición. (21)(21)(21)Actualmente la investigación se ha centrado en la desregulación del eje del estrés (hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, HPA), el daño inducido por el estrés oxidativo la disfunción del hipocampo y los lóbulos frontales (neurodegeneración) y procesos neurotóxicos, inflamatorios e inmunológicos (22).

Dentro de los factores asociados a la depresión gestacional durante la pandemia COVID-19, se encontró que entre los antecedentes de importancia como tener historia personal o familiar de enfermedades psiquiátricas, y el no haber cursado con educación superior o tener menor número de años de escolaridad se asociaban de manera significativa (17, 21-24).

Entre los factores obstétricos: ser primípara, antecedente de aborto, tener el antecedente de abuso sexual y no haber planificado el embarazo actual se evidencio una fuerte asociación con depresión durante la gestación (8, 14-15).

Con respecto a los factores psicológicos mostró que el tener una mayor preocupación por las amenazas de COVID-19 a la vida de la madre y el bebé, así como preocupaciones por no recibir la atención prenatal necesaria, tensión en las relaciones y aislamiento social debido a la pandemia, mostraron una asociación significativa (9-11).

Entre los factores sociales se observó que no tener una pareja regular, no llevar una buena relación con tu familia o el haber recibido algún tipo de violencia ya sea de manera psicológica o física se asociaban a la depresión durante el embarazo (15-16).

Entre los estudios del nivel socioeconómico se mostró que en casi en todas las investigaciones, pertenecer al estrato más bajo y la falta de empleo se asociaba a con mayor prevalencia a la depresión durante el embarazo, pero en un estudio realizado en Korea evidenció que dentro de los 2 primeros trimestres esta tendencia persiste, pero en el último trimestre esto no tenía una asociación significativa (17).

III. Materiales y métodos

Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. La población estuvo constituida por gestantes atendidas en el Centro de Salud José Olaya Chiclayo-Lambayeque durante julio a agosto del 2020. Se incluyeron a pacientes gestantes mayores de 18 años previa aprobación del consentimiento informado y se excluyeron a las mujeres con compromiso neurocognitivo o discapacidad intelectual y las gestantes que llenen de forma incompleta los cuestionarios. La población fue de 165 mujeres embarazadas que se atendieron en su primer trimestre en el Centro de Salud José Olaya en el año 2019 durante los meses de junio a agosto. Por medio del programa Epidat 3.1, con base en los supuestos de la prevalencia del 30% de antecedentes de depresión durante el embarazo como factor asociado reportada en otra investigación, con un nivel de confianza del 95 % y el 5 % de precisión, se determinó una muestra mínima de 110 mujeres. Se realizó un muestreo probabilístico sistemático.

A través de las redes sociales se suministraron tres cuestionarios: la escala de depresión de Edimburgo (EPDS), el cuestionario de factores asociados de depresión y la del nivel socioeconómico. Para la sintomatología depresiva se utilizó la Escala de la Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), que fue validada en el Perú en el 2002, con una especificidad del 99% y una sensibilidad del 78%. Dicha escala evalúa la presencia de sintomatología depresiva de tipo cognitivo-psicológico, posee 10 ítems, siendo el puntaje total de 0 a 30. Las puntuaciones ≥ 12 se utilizan para identificar a las mujeres con síntomas de depresión clínicamente preocupantes y se ha demostrado que tienen la máxima coherencia con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor. (Anexo 2)

Para determinar los factores se tomó una encuesta elaborada en un estudio realizado en Mórrope (19), en la que se evalúan 3 secciones: variables sociodemográficas, obstétricas y psicológicas. (Anexo 3)

Se utilizó para la evaluación socioeconómica, la escala APEIM versión Modificada 2011-2012., que fue adaptada en una población de Lambayeque (23) , posee una confiabilidad (alfa de

Cronbach: 0,9017, IC95%. 0,9013 – 0,9048), constan de 5 ítems, siendo el puntaje mínimo de 5 puntos y máximo de $33 \geq$ puntos, concluyendo que a mayor puntuación mayor nivel socioeconómico. (Anexo 4)

Se elaboró la base de datos usando el programa Excel 2013 codificando los datos de depresión, obstétricos, psicológicas y sociodemográficos. Se utilizó el programa Stata versión 15 para el análisis de los datos. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo mediante la resolución No 510-2020-USAT-FMED y por la Gerencia Regional de Salud, Red de Salud Chiclayo, así como por Jefatura del centro de José Olaya de Chiclayo. Se solicitó y obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, y se aseguró la reserva de la información y el anonimato.

IV. Resultados

Se buscaron describir los factores asociados a depresión en gestantes durante la pandemia de Covid-19, en el centro de salud José Olaya de Chiclayo durante el año 2020. La edad promedio de las mujeres fue de 24 años ($DE \pm 5$ años) y la prevalencia de depresión fue del 34,5%; respecto de las variables sociodemográficas, se halló que la mayoría tenían un estado civil de conviviente (69,1%), y lo menos frecuente fue el estado de divorciada (0,9%), y casi todas las mujeres compartían domicilio con su pareja (90%). Según su grado de instrucción, se mostró que el 40,9% no terminó sus estudios superiores y técnicos y el 30% solo contaba con secundaria completa. Además, se evidenció que solo el 16% contaba con un empleo (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los pacientes según depresión y variables sociodemográficas.

Variable	n	%
Depresión	38	34,5
Estado civil		
Conviviente	76	69,1
Casada	22	20,0
Soltera	11	10,0
Divorciada	1	0,9
Grado de instrucción		
Secundaria completa	33	30,0
Técnica incompleta	27	24,5
Técnica completa	25	22,7
Superior incompleta	18	16,4
Superior completa	7	6,4
Ocupación		
Ama de casa	79	71,8
Empleada	18	16,4
Estudiante	13	11,8

**n = 110 pacientes*

Se encontró que, de las gestantes evaluadas, el 40% cursaba su segundo trimestre de embarazo, que un 20% eran nulíparas y el 41,8% ya contaban con un hijo. El 21,8% presentó algún antecedente de aborto, el 0,9% indicó haber pasado por la muerte de uno de sus hijos y solo el 2,7% presentó alguna enfermedad durante el embarazo (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de pacientes según factores obstétricos.

Variable	n	%
Edad gestacional		
Primer trimestre	25	22,7
Segundo trimestre	44	40,0
Tercer trimestre	41	37,3
Paridad		
Nulípara	20	18,2
Uno	46	41,8
Dos	28	25,5
Tres	13	11,8
Cuatro o más	3	2,7
Antecedente de aborto	24	21,8
Hijo fallecido	1	0,9
Enfermedad durante el embarazo	3	2,7

*n = 110 paciente

Dentro de los factores psicológicos, todas o casi todas las gestantes manifestaron haber recibido algún tipo de insulto por parte de su familia o pareja, también mencionaron que actualmente su relación es buena (98,2%), incluso todas dijeron que reciben apoyo emocional por parte de su pareja, ninguna presentó antecedente familiares de depresión, mientras que aproximadamente la cuarta parte de ellas (24%) afirmaron haber vivido un hecho estresante durante el embarazo. Además, el 95,5 % no planificó su embarazo (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de pacientes según factores psicológicos.

Factores psicológicos	n	%
Has recibido insultos por algún familiar o por tu pareja.	21	19,1
Has tenido sentimientos de culpa por tu embarazo.	7	6,4
Tu embarazo ha sido planificado.	5	4,5
Has vivido algún hecho estresante durante el embarazo como la enfermedad de un ser querido, la pérdida de un ser querido, una mala noticia, etc.	26	23,6
Actualmente la relación con tu familia es buena	108	98,2
Ninguno de tus familiares ha presentado depresión	110	100,0
Recibiste apoyo emocional durante el embarazo por parte de tu pareja	105	95,5

*n = 110 pacientes para cada factor.

Con respecto a los factores sociales mostró que la gran mayoría de gestantes sus parejas cuentan con trabajo (96,4%) y todas expusieron que reciben el apoyo económico de su pareja. Además, según la escala del nivel socioeconómico se halló que el 64,5% se encuentra categoría media, mientras que el 35,5% se ubicó dentro del nivel bajo superior e inferior (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de pacientes según factores sociales y nivel socioeconómico.

Factores y nivel	n	%
Factores psicológicos*		
Tu pareja cuenta con trabajo	106	96,4
Cuentas con el apoyo económico de tu pareja	110	100,0
Convives con tu pareja actual	103	93,6
Nivel socioeconómico*		
Nivel 2	71	64,5
Nivel 3	29	26,4
Nivel 4	10	9,1

*n = 110 pacientes para cada factor.

Con respecto a los factores que se asociaron se encontró que las mujeres que presentaron un antecedente de aborto tuvieron una prevalencia de depresión 3,95 veces mayor que aquellos que no presentaron dicho antecedente; además, aquellas gestantes que recibieron insultos de algún familiar o pareja presentaron una prevalencia de depresión 2,48 veces, que aquellas que no pasaron por dicha experiencia. Con respecto a la prevalencia de depresión en el nivel socioeconómico se demostró que las categorías 3-4 es 4,47 veces la prevalencia en el nivel 2. Asimismo, las mujeres que experimentaron un hecho estresante durante el embarazo como la enfermedad de un ser querido, la pérdida de un ser querido, una mala noticia, entre otras presentaron 4,15 veces la depresión que aquellas gestantes que no atravesaron por dichas experiencias (Tabla 5).

Tabla 5. Depresión según algunos factores obstétricos, psicológicos, sociales y de nivel socioeconómico.

Factores	Depresión		RP[#]	p[*]
	Sí	No		
Antecedente de aborto				
Sí	20	4	3,95	<0,001
No	18	68		
Has recibido insultos por algún familiar o por tu pareja				
Sí	14	7	2,48	0,001
No	24	65		
Has vivido algún hecho estresante durante el embarazo como la enfermedad de un ser querido, la pérdida de un ser querido, una mala noticia, etc.				
Sí	22	4	4,45	<0,001
No	16	68		
Nivel socioeconómico*				
Nivel 3 – 4	27	12	4,47	<0,001
Nivel 2	11	60		

= Razón de prevalencias. *p = prueba Xi-cuadrado de Pearson.

V. Discusión

La prevalencia de depresión en gestantes en el Centro de Salud José Olaya en Chiclayo, Lambayeque es similar a la encontrada en otros estudios en épocas de pandemia. En Canadá se evidenció que el 37,0% de las embarazadas presentaban síntomas depresivos durante la pandemia(7), y en Latinoamérica, en Argentina en un estudio en diferentes ciudades, se mostró que los síntomas de depresión incrementaban conforme avanzaba la pandemia: el grupo de gestantes registró 32,7% de depresión a diferencia de las no embarazadas con un 10% (24). Por otro lado, la prevalencia de depresión fue mayor que la reportada en Colombia (25,4%)(25), y menor a la reportada en Turquía, en el que se realizó una encuesta en línea basada en la web a través de grupos de embarazo de Facebook entre junio y julio de 2020, en la que se halló una prevalencia del 56,3% (26).

La prevalencia de depresión en mujeres gestantes de José Olaya es mayor a la reportada en otras investigaciones anteriores a la pandemia. En Perú en un estudio realizado en el Centro de Salud de Cañete Lima encontró que la prevalencia de depresión fue mayor con un 44%, en este trabajo también incluyeron a menores de edad a diferencia de nuestra investigación en la que uno de los criterios de inclusión fue tener a partir de 18 años de edad, además el tamaño de su muestra fue mayor (27). Por otro lado, en Arequipa en un centro de salud en el que se evaluaron a las gestantes la prevalencia de depresión fue del 33.90%, (28) mientras que en un estudio realizado en Mórrope-Lambayeque, en un centro de salud donde la población es similar a la de esta investigación, se halló una cifra menor (31%).(19) El aumento de la prevalencia de depresión podría deberse a la pandemia, como lo demostró un estudio realizado en China, en que en alrededor de 10 provincias se realizó un estudio transversal multicéntrico, en la que se evaluó a gestantes durante su tercer trimestre en donde compararon los síntomas depresivos antes y después de la declaración de la pandemia COVID-19, y se evidenció que la prevalencia de depresión aumentó después del anuncio de la pandemia de 26,0% a 34,2% (6). Lo mismo fue hallado en una investigación en Turquía, en Estambul, en la que se compararon el puntaje de depresión antes y durante la pandemia en las mismas gestantes, mostró que puntuación total media de IDAS II aumentó de $184,78 \pm 49,67$ a $202,57 \pm 52,90$ antes y durante la pandemia de SARS-CoV-2 (29).

Presentar un antecedente de aborto se asocia a presentar mayor depresión en gestantes. La prevalencia de depresión en gestantes con antecedente de aborto es cuatro veces mayor que en aquellas que no presentaron dicho antecedente; resultados similares fueron obtenidos en un estudio en Arequipa donde se identificó al antecedente de aborto como un factor asociado a la depresión en gestantes (28). Mientras que en otra investigación realizado en Lima en un estudio de casos y controles, no se halló asociación significativa entre presentar antecedente de aborto y la depresión (18).

Las gestantes que reciben insultos por parte de su pareja o familiar tienen casi tres veces más prevalencia de depresión, que aquellas que no lo reciben. Esta relación también se muestra en un estudio realizado en Lima donde padecer violencia psicológica por la pareja aumenta 2 veces más este riesgo de depresión (18). Este resultado está en concordancia lo expuesto en Mórrope, ya que solo el antecedente de violencia psicológica se asoció de forma significativa a presentar riesgo de depresión en las gestantes (19).

Las gestantes que han vivido algún hecho estresante durante el embarazo como la enfermedad de un ser querido, la pérdida de un ser querido, una mala noticia, presenta 2.5 veces más prevalencia de depresión. Esta asociación no concuerda con la investigación hecha en Brasil, donde no se halló una asociación significativa entre el pasar por un hecho estresando y presentar depresión; sin embargo, dicha investigación se llevó a cabo antes de la pandemia, por lo que no se habría tomado en cuenta el efecto de la pandemia y sus restricciones sobre los factores estresantes, como vivir en cuarentena separado de los seres queridos, con pérdida de libertad, aislamiento y la eventual muerte de algún familiar (16).

Pertenecer al nivel socioeconómico bajo (nivel 3-4) está relacionado con presentar casi cinco veces más prevalencia de depresión por parte de las gestantes que los del nivel medio (nivel 2). Este resultado es similar al que se realizó en Arequipa, allí se encontró que pertenecer al estado socioeconómico bajo, sí se asoció de modo significativo con la depresión.(28) Esto difiere a lo encontrado en el estudio realizado en Mórrope-Lambayeque, en la que predominaron las categorías bajo-inferior y marginal; sin embargo, no se encontró asociación entre estas variables y la presencia de depresión durante el embarazo,(19) esto podría deberse a que la población estudiada es una zona rural. La asociación entre estar en un nivel medio y la depresión en gestantes podría deberse a la preocupación e incertidumbre por la situación económica y el incremento del desempleo causado por la crisis de COVID-19, por ejemplo en China(6) durante

el desarrollo de la pandemia se mostró que el estar catalogado como nivel socioeconómico medio si mostraba asociación significativa con respecto a la depresión en gestantes, esto podría asociarse al incremento de las tasas de desempleo, las pérdidas de ingresos y el aumento de los costos de los alimentos están poniendo en peligro el acceso a los alimentos tanto en los países desarrollados como en desarrollo (30).

VI. Conclusiones

La prevalencia de depresión en gestantes del Centro de Salud José Olaya fue del 34,5%, esta prevalencia es similar a la encontrada en otros estudios en épocas de pandemia, y es mayor a la reportada en estudios anteriores a la pandemia.

Entre los factores asociados encontrados, el presentar un antecedente de aborto se asocia cuatro veces más a depresión en gestantes, las mujeres que reciben insultos por parte de su pareja o familiar tienen 2,5 veces más prevalencia de depresión, las gestantes que viven un hecho estresante presentan 4,5 veces más depresión, y el pertenecer al nivel socioeconómico bajo (nivel 3-4) está relacionado con presentar 4,5 veces mayor prevalencia de depresión que aquellas gestantes de nivel socioeconómico medio (nivel 2).

VII. Recomendaciones

Se recomienda emplear alguna evaluación de tamizaje para identificar la depresión durante la consulta a psicología en los controles de embarazo y poder realizar un diagnóstico e intervención oportuno, así como un seguimiento de las gestantes con depresión. Se podría implementar mediante el ministerio de salud una atención directa por medio de las redes sociales (Facebook, Instagram, WhatsApp) para las gestantes, y así poder brindar un apoyo emocional, recibir ayuda por parte del área de psicología, ya sea de forma personalizada o por grupos de chats.

Que el Centro de Salud José Olaya implemente intervenciones preventivas en gestantes que tengan los factores asociados hallados en el presente estudio como el tener antecedentes de aborto, mujeres que reciben insultos por parte de su pareja o familiar, gestantes que viven un hecho estresante y el pertenecer al nivel socioeconómico bajo.

Además, respecto de la frecuencia de casos de insultos por parte de la pareja o algún familiar de la gestante, se recomienda profundizar en el tema ya que es un tipo de violencia psicológica por lo que amerita que se tome en cuenta y se realice el seguimiento pertinente.

Se recomienda que en futuras investigaciones sobre la depresión en gestantes se tome en cuenta los hábitos nocivos (alcohol, tabaco o drogas), que no fueron incluidos en la presente investigación, pero que podría tener relación con la depresión en gestantes y que podría proveer más información sobre la relación entre ambas variables, según ha sido indicada por algunos autores.

VIII. Referencias

1. Salud Mental y COVID-19 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2020 [citado 20 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/salud-mental-covid-19>
2. OPS/OMS Perú - Cuidado y autocuidado de la salud mental en tiempos de COVID-19 [Internet]. 2020 [citado 14 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4546:cuidado-y-autocuidado-de-la-salud-mental-en-tiempos-de-covid-19&Itemid=1062
3. Del Pilar A, et al. Prevalencia de depresión durante la gestación. Prevalence of depression during pregnancy. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 20 de mayo de 2010 [citado 1 de junio de 2019];73(3):95. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1710/1738>
4. Villaseñor C, et al. Salud mental materna: factor de riesgo del bienestar socioemocional en niños mexicanos. *Rev Panam Salud Publica*;41, ene 2017 [Internet]. 2017 [citado 7 de mayo de 2019];1(41). Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33831>
5. Lam N, et al. Revista peruana de epidemiología publicación de la Sociedad Peruana de Epidemiología. [Internet]. Vol. 14, Revista Peruana de Epidemiología, ISSN-e 1609-7211, Vol. 14, N°. 3, 2010, 8 págs. UNMSM; 2010 [citado 1 de junio de 2019]. 1-8 p. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3990106>
6. Wu Y, et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women along with COVID-19 outbreak in China. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;1(9):223-40.
7. Lebel C, et al. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*. 1 de diciembre de 2020;277:5-13.
8. Berthelot N, et al. Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 3 de julio de 2020 [citado 18 de octubre de 2020];99(7):848-55. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/aogs.13925>
9. Effati-Daryani F, et al. Depression, stress, anxiety and their predictors in Iranian pregnant women during the outbreak of COVID-19. *BMC Psychol* [Internet]. 22 de septiembre de 2020 [citado 15 de noviembre de 2020];8(1):99. Disponible en: <https://bmcpyschology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-020-00464-8>

10. Sunnqvist C, et al. Depressive symptoms during pregnancy and postpartum in women and use of antidepressant treatment - a longitudinal cohort study. *Int J Womens Health* [Internet]. 2019 [citado 18 de mayo de 2019];11:109-17. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30799960>
11. Gebremichael G, et al. Perinatal Depression and Associated Factors among Mothers in Southern Ethiopia: Evidence from Arba Minch Zuria Health and Demographic Surveillance Site. *Psychiatry J* [Internet]. 2 de mayo de 2018 [citado 13 de abril de 2019];2018:1-12. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/psychiatry/2018/7930684/>
12. Ogbo F, et al. Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry* [Internet]. 20 de diciembre de 2018 [citado 17 de abril de 2019];18(1):49. Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1598-x>
13. Guerra A, et al. Depressive Symptoms and Psychosocial Risk Factors in High Complexity Obstetric Patients Admitted to a Critical Care Obstetric Unit in Cali, Colombia. 2016 [citado 13 de abril de 2019]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.0020034-7450/>
14. Park J, et al. Prevalence of and Risk Factors for Depressive Symptoms in Korean Women throughout Pregnancy and in Postpartum Period. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* [Internet]. 1 de septiembre de 2015 [citado 13 de abril de 2019];9(3):219-25.
15. Lara M, et al. Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *J Affect Disord* [Internet]. 1 de abril de 2015 [citado 22 de mayo de 2019];175:18-24.
16. Silva R, et al. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. junio de 2012 [citado 13 de abril de 2019];34(2):143-8.
17. Luna M, et al. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. octubre de 2009 [citado 24 de abril de 2019];26(4):310-4. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009001000004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

18. Mercado YD, Paccori LV. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012 [citado 2 de junio de 2019]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2977/Mercado_hy.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Tirado E. 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]. Universidad San Martín de Porres; 2016 [citado 2 de junio de 2019]. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3203/3/tirado_ile.pdf
20. OMS. Salud mental en las emergencias [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>
21. OMS. Depresión [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
22. Míguez MC, Vázquez MB. Risk factors for antenatal depression: A review. *World J Psychiatry*. 19 de julio de 2021;11(7):325-36.
23. Vera O. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Rev del cuerpo Med del Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo* [Internet]. 2013 [citado 22 de junio de 2020];6(1).
24. López M, et al. Mental health of pregnant women during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study. *Psychiatry Res*. 11 de noviembre de 2020;113567.
25. Parra M, et al. Attitudes and collateral psychological effects of COVID-19 in pregnant women in Colombia. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 11 de noviembre de 2020 [citado 16 de diciembre de 2020];151(2):203-8.
26. Kahyaoglu H.. Anxiety, depression, and related factors in pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A web-based cross-sectional study. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2020 [citado 16 de diciembre de 2020];1-9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ppc.12627>
27. Sarmiento SM. Factores de riesgo asociados a la depresión en gestantes que se atienden en el Centro de Salud San Vicente, periodo 2017 [Internet]. [Cañete-Lima]: Universidad Privada Sergio Bernal; 2018 [citado 21 de diciembre de 2020]. Disponible en: http://repositorio.upsb.edu.pe/bitstream/UPSB/125/1/Sarmiento_M.Tesis.pdf

28. Choque G. “Factores relacionados a algunas características depresivas en gestantes del Centro de Salud Victor Raul Hinojosa Llerena, Arequipa 2019. [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019 [citado 21 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8157/MDchaglg.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Ayaz R, et al. Anxiety and depression symptoms in the same pregnant women before and during the COVID-19 pandemic. *J Perinat Med* [Internet]. 1 de noviembre de 2020 [citado 21 de diciembre de 2020];48(9):965-70.
30. Hitomi G. Repercusiones de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en los trabajadores informal [Internet]. Roma; 2020 [citado 22 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/ca8560es/CA8560Es.pdf>

IX. Anexos

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL PROYECTO: DEPRESION Y FACTORES ASOCIADOS EN EMBARAZADAS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL CENTRO DE SALUD JOSE OLAYA CHICLAYO- LAMBAYEQUE, 2020.

PROPÓSITO: El presente estudio tiene la intención de describir a los factores asociados a depresión en mujeres embarazadas durante la pandemia COVID-19, teniendo como finalidad dar a conocer estos datos y por parte del sistema de salud poder brindar una mejor atención a la usuaria gestante.

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo de depresión en embarazadas durante la la pandemia COVID-19 en el Centro de Salud José Olaya Chiclayo- Lambayeque, 2020.

PROCEDIMIENTO:

De aceptar participar en esta investigación, se le enviará por medio de sus redes sociales el test de Edimburgo y dos encuestas, una de factores asociados y otra del nivel socioeconómico.

El procesamiento de datos será realizado con suma reserva, puesto que los datos obtenidos solo se limitan a los fines de la investigación.

RIESGOS E INCOMODIDADES

La participación en este estudio no supone ningún riesgo físico, ni mental dado que las preguntas estipuladas en el cuestionario a aplicar no son invasivas.

BENEFICIOS ESPERADOS

Se le brindará una charla informativa de 15 a 20 minutos relacionado a la depresión durante el embarazo y postparto y el cómo repercute en la salud del niño y de la madre, y a su vez, se le enviará un boletín con información relevante del tema.

COSTOS E INCENTIVOS

No deberá pagar nada por la realización del cuestionario en este estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La confidencialidad de la información está garantizada en conjunto con el anonimato, puesto que cada instrumento tendrá una numeración, de acuerdo a la información brindada por cada participante, de tal manera que la participante no quede identificada y la información recolectada sea reservada para la investigadora. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación que garantiza la confiabilidad.

PROBLEMAS O PREGUNTAS

En todo momento se garantizará la posibilidad de retirarse del estudio y no tendrá incomodidad alguna por ello, si usted tuviera alguna pregunta o duda podrá hacerla al investigador que realizará la entrevista. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o al siguiente número: 973813640 (Alumna de Medicina Humana: Aponte Villacorta María, con correo electrónico mapontevillacorta@gmail.com o su asesor el Dr. Caicedo Nieto José (josecanip@hotmail.com)

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, teléfono 074-606200 anexo 1138.

CONSENTIMIENTO / PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Por lo expuesto comprendo que mi autorización es importante para el estudio de investigación. Sé que mis respuestas a las preguntas serán utilizadas para fines de investigación y no se me identificará. También se me informó que, si participo o no, mi negativa a responder no afectará los servicios que yo o cualquier miembro de mi puedan recibir por parte de los profesionales del centro de salud.

DECLARACIÓN DE LA PACIENTE

He leído y he entendido la información escrita en estas hojas y firmo este documento autorizando mi participación en el estudio, con esto no hay renuncia mía a nuestros derechos como pacientes o ciudadanos.

Participante
Nombre:
DNI:

Fecha

Investigador
Nombre:
DNI:

Fecha

ANEXO 2

CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTNATAL EDIMBURG

Nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo; por favor subraye la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días y no solo como se ha sentido hoy. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado

bueno de las cosas:

0 Tanto como siempre

1 No tanto ahora

2 Mucho menos

3 No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer:

0 Tanto como siempre

1 Algo menos de lo que solía hacer

2 Definitivamente menos

3 No, nada

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

3 Sí, la mayoría de las veces

2 Sí, algunas veces

1 No muy a menudo

0 No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

0 No, para nada

1 Casi nada

2 Sí, a veces

3 Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:

3 Sí, bastante

2 Sí, a veces

1 No, no mucho

0 No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian:

3 Sí, la mayor parte de las veces

2 Sí, a veces

1 No, casi nunca

0 No, nada

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

3 Sí, la mayoría de las veces

2 Sí, a veces

1 No muy a menudo

0 No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:

3 Sí, casi siempre

2 Sí, bastante a menudo

1 No muy a menudo

0 No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando:

3 Sí, casi siempre

2 Sí, bastante a menudo

1 Sólo en ocasiones

0 No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

3 Sí, bastante a menudo

2 A veces

1 Casi nunca

0 No, nunca

ANEXO 3

CUESTIONARIO FACTORES ASOCIADOS

INSTRUCCIONES: Lea detenidamente cada uno de los ítems presentados a continuación, luego marque con un aspa (x) la respuesta que Ud. Considere adecuada o correcta.

1. Datos Generales

Edad: ____

Estado Civil: Soltera () Casada () Viuda () Divorciada () Conviviente () Otros ()

Grado de Instrucción:

Primaria Incompleta () Primaria Completa () Secundaria Incompleta ()

Secundaria Completa () Superior incompleta () Superior completa ()

Técnico incompleta () Técnico completa () Analfabeta ()

Ocupación: Estudiante: () Ama de casa: () Empleada: () Otros: ()

I. FACTORES OBSTÉTRICOS:

1. Edad Gestacional:

1 trimestre: () 2 trimestre: () 3 trimestre: ()

2. Paridad: -----

	SI	NO
1. Antecedente de aborto		
2. Ha tenido algún hijo fallecido		
3. Presentaste alguna enfermedad durante el embarazo		

II. FACTORES PSICOLÓGICOS:

	SI	NO
1. Has recibido insultos por algún familiar o por tu pareja.		
2. Has tenido sentimientos de culpa por tu embarazo.		
3. Tu embarazo ha sido planificado.		
4. Has vivido algún hecho estresante durante el embarazo como la enfermedad de un ser querido, la pérdida de un ser querido, una mala noticia, etc.		
5. Actualmente la relación con tu familia es buena		
6. Alguno de tus familiares ha presentado depresión		
7. Recibiste apoyo emocional durante el embarazo por parte de tu pareja		

III. FACTORES SOCIALES:

	SI	NO
1. Tu pareja cuenta con trabajo		
2. Cuentas con el apoyo económico de tu pareja		
3. Convives con tu pareja actual		

ANEXO 4
EVALUACION NIVELES SOCIOECONÓMICO

Cód.	ÍTEMS
N1	¿Cuál es el grado de estudios de Padres? Marque con un aspa (X); para ambos padres (M= Madre y P=Padre)
1	Primaria Completa / Incompleta
2	Secundaria Incompleta
3	Secundaria Completa
4	Superior No Universitario (p. ej. Instituto Superior, otros)
5	Estudios Universitarios Incompletos
6	Estudios Universitarios Completos (Bachiller, Titulado)
7	Postgrado
N2	¿A dónde acude el Jefe de Hogar para atención médica cuando él tiene algún problema de salud?
1	Posta médica / farmacia / naturista
2	Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de la Solidaridad
3	Seguro Social / Hospital FFAA / Hospital de Policía
4	Médico particular en consultorio
5	Médico particular en clínica privada
N3	¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?
1	Menos de 750 soles/mes aproximadamente
2	Entre 750 - 1000 soles/mes aproximadamente
3	1001 - 1500 soles/mes aproximadamente
4	> 1500 soles/mes aproximadamente
N4-A	¿Cuántas habitaciones tienen su hogar, exclusivamente para dormir?
N4-B	¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar? (sin incluir el servicio doméstico)
N5	¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda?
1	Tierra / Arena
2	Cemento sin pulir (falso piso)
3	Cemento pulido / Tapizón
4	Mayólica / loseta / cerámicos
5	Parquet / maderapulida / alfombra / mármol / terrazo

Cuadro N° 01: Evaluación de los Niveles Socioeconómicos versión Modificada 2011-2012.

Niveles	NSE A Alta / Medio Alto	NSE B Medio	Nivel Socio Económico NSE C Bajo Superior	NSE D Bajo Inferior	NSE E Marginal
	Doctorado		Universitarios Incompletos		Sin estudios
Instrucción del Jefe de Familia	Diplomado	Estudios Universitarios Completos	Superior No Universitario Completa	Secundaria Completa	Primaria Incompleta Primaria Completa
	Postgrado (máster)		Superior No Universitario Incompleta		Secundaria Incompleta
	Consulta Médica	Médico Particular en Clínica Privada	Médico Particular en Consultorio	Seguro Social / Hospital FFAA / Hospital de Policía	Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de
N° promedio de Habitantes	1 - 2 personas		5 - 6 personas	7 - 8 personas	9 o más personas
	3 - 4 personas				
Material predominante en Pisos	Parquet / Laminado / Mármol / Alfombra	Cerámica / Madera Pulida	Cemento Pulido	Cemento sin Pulir	Tierra / Arena
		Mayólica / Loseta / Mosaico			
N° promedio de Habitaciones	5 o más	4	3	2	1 - 0

Tabla N° 02: Evaluación de los Niveles Socioeconómicos según categorías y niveles nacionales, rango de puntajes en la versión APEIM y la versión Modificada 2011-2012.

NIVELES	NSE	CATEGORIA	Puntaje Versión Original APEIM 2008 - 2009	Puntaje Versión Modificada 2011-2012
Nivel 1	A	Alto	22 - 25 puntos	33 o más puntos
Nivel 2	B	Medio	18 - 21 puntos	27 - 32 puntos
Nivel 3	C	Bajo Superior	13 - 17 puntos	21 - 26 puntos
Nivel 4	D	Bajo Inferior	9 - 12 puntos	13 - 20 puntos
Nivel 5	E	Marginal	5 - 8 puntos	5 - 12 puntos

ANEXO 5

DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN EMBARAZADAS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 LAMBAYEQUE, 2020



Estudiante: María Elizabeth Aponte Villacorta

❖ El 15 de marzo, el gobierno peruano decretó el estado de emergencia y aislamiento social obligatorio (cuarentena) por la epidemia COVID-19, este tipo de acontecimiento nos llenó de preocupación e incertidumbre, al enfrentarnos a una realidad para la que no estábamos preparados tanto física como psicológicamente.



❖ La depresión es un problema de salud pública, que afecta a todo tipo de estrato social, viéndose más afectada las mujeres, en la edad reproductiva, siendo el periodo de gestación de gran importancia para su desarrollo, debido a cambios fisiológicos, hormonales y psicológicos de relevancia.



❖ A nivel mundial aproximadamente el 10% de las mujeres embarazadas habían presentado depresión, y en los países en desarrollo, esto era aún más alto, alcanzando un 15,6%, y en casos severos puede llegar al suicidio.

¿Qué factores se asocian a la depresión en gestantes?

