



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Frecuencia de depresión en embarazadas asistidas en el
Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de
tercer nivel de la ciudad de Guayaquil, 2022.**

AUTORES:

**Caba Mullo, William Washington
Macías Peñafiel, Nathaly Azucena**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**

TUTORA:

Lcda. Muñoz Roca, Olga Argentina, Msc.

Guayaquil, Ecuador

2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

Certificación

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Caba Mullo, William Washington** y **Macías Peñafiel, Nathaly Azucena**, como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**.

f. _____

LCDA. MUÑOZ ROCA, OLGA ARGENTINA, MSC.
TUTORA

f. _____

LCDA. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA. MGS.
DIRECTORA DE LA CARRERA

Guayaquil, a los 01 días del mes de septiembre del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Declaración de Responsabilidad

Yo, **Caba Mullo, William Washington**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Frecuencia de depresión en embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de tercer nivel de la ciudad de Guayaquil, 2022**, previo a la obtención del título de **LICENCIADO DE ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 días del mes de septiembre del 2023

AUTOR

f. 

Caba Mullo, William Washington



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Declaración de Responsabilidad

Yo, **Macías Peñafiel, Nathaly Azucena**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Frecuencia de depresión en embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de tercer nivel de la ciudad de Guayaquil, 2022**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA DE ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 01 días del mes de septiembre del 2023

AUTORA

f. _____

Macías Peñafiel, Nathaly Azucena



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

Autorización

Yo, **Caba Mullo, William Washington**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Frecuencia de depresión en embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de tercer nivel de la ciudad de Guayaquil, 2022**, cuyo contenido, ideas y criterios es de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 días del mes de septiembre del 2023

AUTOR

f. 

Caba Mullo, William Washington



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Autorización

Yo, **Macías Peñafiel, Nathaly Azucena**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Frecuencia de depresión en embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de tercer nivel de la ciudad de Guayaquil, 2022**, cuyo contenido, ideas y criterios es de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 01 días del mes de septiembre del 2023

AUTORA

f. _____

Macías Peñafiel, Nathaly Azucena

Reporte de Compilatio



Frecuencia de depresión en embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Para revisión de plagio. Gracias!

3% Similitudes
< 1% Texto entre comillas
0% similitudes entre comillas
< 1% Idioma no reconocido

Nombre del documento: Frecuencia de depresión en embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.docx
ID del documento: 0fa40529ee406af2a767362b38b04fafa3cc27d
Tamaño del documento original: 105,13 kB
Autor: Nathaly Macías

Depositante: Nathaly Macías
Fecha de depósito: 17/8/2023
Tipo de carga: url_submission
Fecha de fin de análisis: 17/8/2023

Número de palabras: 11.954
Número de caracteres: 77.578

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	localhost Frecuencia del embarazo de alto riesgo en adolescentes que acuden al... http://localhost:3000/revista/boletines/311318637/UT-UCSG-PRE-MED-ENF-738.pdf.gz 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (83 palabras)
2	repositorio.upse.edu.ec Riesgo de depresión posparto y su relación con la funcio... http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/1000/51811/1/UPSE-TEA-2020-0042.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (58 palabras)
3	localhost Cumplimiento de los controles prenatales en adolescentes embarazad... http://localhost:3000/revista/boletines/311318640/UT-UCSG-PRE-MED-ENF-737.pdf.gz	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (53 palabras)
4	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/10171/4804/1/UT-UCSG-PRE-MED-ENF-677.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (33 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	Documento de otro usuario <small>usuario</small> El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (26 palabras)

Agradecimiento

A dios por permitirme tener tan buenas experiencias dentro de la universidad, por darme fortaleza en los momentos difíciles de este proceso.

A mis padres quienes son un pilar fundamental en esta nueva meta alcanzada y una fuente de inspiración para seguir superándome.

A los docentes quienes me guiaron y ayudaron durante este largo procesos académicos hasta la culminación del mismo, muchas gracias a todos.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi madre, quien estuvo siempre apoyándome y aconsejándome para no rendirme, ayudándome a superar los obstáculos de la vida.

A mi hermana Melanie quien es el motor que me impulsa a seguir adelante y ser mejor persona, y que espero algún día verla realizada académicamente si dios me lo permite

Finalmente, menciono a mi padre que con su esfuerzo y sacrificio esto no sería posible, porque es un gran ejemplo de perseverancia en mi vida.

Agradecimiento

A Dios por su gran bondad y misericordia, porque en una difícil circunstancia, ha permitido alcanzar mis sueños y verme realizado como profesional.

A mi familia, y a mi esposo que me ha acompañado incondicionalmente en estos años Carlos Julio Estrella Molina, por alentarme a ser una persona mejor y no renunciar a mis sueños.

A mi estimada asesora Lcda. Olga Muñoz Roca MSc. Por su paciencia, compromiso y acertada dirección en la culminación exitosa de este trabajo de titulación, mil gracias por todo.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios, a quien me ha dado la sabiduría y fortaleza para seguir adelante, ayudándome siempre a superar todos los obstáculos de la vida y por ser el mayor apoyo en tiempo difíciles.

A mi amado hijo y mi perrito quien es el motor que me impulsan a ser mejor y a superarme, y que sepan que todo lo que hago es por el siempre están en mi mente y mi corazón

Finalmente, menciono a mi madre Ibeth Consuelo Peñafiel Avilés (+), que al ya no acompañarme seguro que desde el cielo estará muy satisfecha por lo logrado.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Tribunal de Sustentación

f. _____

LCDA. ÁNGELA OVILDA, MENDOZA VINCES, MGs.
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA. MARTHA LORENA, HOLGUÍN JIMÉNEZ, MGs.
COORDINADORA DEL AREA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. _____

OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Calificación

Índice

Contenido	
Certificación	II
Declaración de Responsabilidad.....	III
Autorización	V
Reporte de Urkund.....	VII
Agradecimiento	VIII
Dedicatoria.....	XII
Tribunal de Sustentación	XIII
Calificación.....	XIV
Índice	XV
Índice de Tablas.....	XVII
Resumen	XVIII
Abstract.....	XIX
Introducción	2
Capítulo I	4
1. Planteamiento del Problema	4
1.1. Preguntas de investigación	6
1.2. Justificación.....	7
1.3. Objetivos	8
1.3.1. Objetivo General.....	8
1.3.2. Objetivos Específicos.....	8
Capítulo II	9
2. Fundamentación Conceptual	9
2.1. Antecedentes de la investigación.....	9
2.2. Marco Conceptual.	12
2.2.1. Embarazo	12
2.2.2. Depresión en el embarazo	15
2.2.3. Manifestaciones clínicas	20
2.2.4. Diagnóstico	21
2.2.5. Escala de Depresión de Edimburgo	22
2.3. Marco Legal	25

2.3.1. Constitución del Ecuador.	25
2.3.2. Ley Orgánica de Salud.	26
2.3.3. Plan Nacional de Desarrollo Toda una vida.	27
2.3.5. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017 - 2021	27
Capítulo III	29
3. Diseño de la Investigación	29
3.1. Tipo de estudio	29
3.2. Población.....	29
3.3. Criterios de inclusión y exclusión	29
3.4. Procedimientos para la recolección de la información	30
3.5. Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos	30
3.6. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano	30
3.7. Variables Generales y Operacionalización.....	30
4. Presentación y Análisis de Resultados	32
5. Discusión	49
6. Conclusiones.....	52
7. Recomendaciones	53
8. Referencias.....	54

Índice de Tablas

Tabla de frecuencias No. 1 Grupo etario de las embarazadas	32
Tabla de frecuencias No. 2 Instrucción de las embarazadas	33
Tabla de frecuencias No. 3 Estado civil de las embarazadas	34
Tabla de frecuencias No. 4 Nivel socioeconómico de las embarazadas	35
Tabla de frecuencias No. 5 Residencia de las embarazadas	36
Tabla de frecuencias No. 6 Trimestre de embarazo en el que presentaron depresión	37
Tabla de frecuencias No. 7 Grado de depresión de las embarazadas	38
Tabla de frecuencias No. 8 Frecuencia de criterios de la escala de Edimburgo aplicada a embarazadas	39
Tabla de frecuencias No. 9 Frecuencia de criterios de la escala de Edimburgo aplicada a embarazadas	40
Tabla de frecuencias No. 10 Frecuencia de criterios de la escala de Edimburgo aplicada a embarazadas	41
Tabla de frecuencias No. 11 Frecuencia de criterios de la escala de Edimburgo aplicada a embarazadas	42
Tabla de frecuencias No. 12 Frecuencia de criterios de la escala de Edimburgo aplicada a embarazadas	43
Tabla de frecuencias No. 13 Frecuencia de criterios de la escala de Edimburgo aplicada a embarazadas	44
Tabla de frecuencias No. 14 Frecuencia de criterios de la escala de Edimburgo aplicada a embarazadas	45
Tabla de frecuencias No. 15 Frecuencia de criterios de la escala de Edimburgo aplicada a embarazadas	46
Tabla de frecuencias No. 16 Frecuencia de criterios de la escala de Edimburgo aplicada a embarazadas	47
Tabla de frecuencias No. 17 Frecuencia de criterios de la escala de Edimburgo aplicada a embarazadas	48

Resumen

La depresión en embarazadas es un tema de suma importancia debido a sus impactos tanto en la salud física como en la calidad de vida de la gestante; esto genera cambios somáticos y cognitivos que pueden causar sentimientos de desesperanza, trastornos e ideación suicida. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de depresión en embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, 2022. **Metodología:** descriptivo, cuantitativo, prospectivo, de corte transversal. **Población:** 85 embarazadas del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. **Técnica:** Encuesta, **Instrumento:** Cuestionario de preguntas y Escala de Edinburgh. **Resultados:** Con respecto a las características, en la edad, la frecuencia estuvo acentuada entre adolescentes Fr 38 (42%); con instrucción secundaria Fr 52 (58%); de estado civil solteras Fr (51%); con nivel socioeconómico salario básico Fr 72 (80%); que reside en áreas urbanas Fr 70 (78%); que presentaron depresión en el segundo trimestre de embarazo Fr 32 (36%); que de acuerdo a la Escala de Edinburgh presentaron depresión Fr 78 (87%), señalando que a veces ha disfrutado mirar hacia adelante Fr 36 (40%), que a veces ha estado nerviosa sin motivo Fr 42 (47%), que casi nunca se ha sentido desdichada que no ha podido dormir Fr 36 (40%) y que casi nunca se ha sentido triste Fr 36 (40%). **Conclusión:** Es evidente la frecuencia de mujeres embarazadas que presentan depresión; ante lo cual es crucial desarrollar controles que brinden tanto apoyo tanto físico como psicológico, para detectar y prevenir patologías que pueden causar graves complicaciones

Palabras clave: Frecuencia, depresión, mujeres, embarazo, trastornos depresivos.

Abstract

Depression in pregnant women is a very important issue due to its impacts on both physical health and the quality of life of the pregnant woman; this generates somatic and cognitive changes that can cause feelings of hopelessness, disorders, and suicidal ideation. **Objective:** To determine the frequency of depression in pregnant women assisted at the Teodoro Maldonado Carbo Specialty Hospital in the city of Guayaquil, 2022. **Methodology:** descriptive, quantitative, prospective, cross-sectional. **Population:** 85 pregnant women from the Teodoro Maldonado Carbo Specialties Hospital. **Technique:** Survey, **Instrument:** Questionnaire and Edinburgh Scale. **Results:** Regarding the characteristics, in terms of age, the frequency was accentuated among adolescents Fr 38 (42%); with secondary education Fr 52 (58%); marital status single Fr (51%); with socioeconomic level basic salary Fr 72 (80%); who reside in urban areas Fr 70 (78%); who presented depression in the second trimester of pregnancy Fr 32 (36%); that according to the Edinburgh Scale they presented depression Fr 78 (87%), indicating that sometimes they have enjoyed looking ahead Fr 36 (40%), that they have sometimes been nervous for no reason Fr 42 (47%), that almost has never felt unhappy, has not been able to sleep Fr 36 (40%) and has almost never felt sad Fr 36 (40%). **Conclusion:** The frequency of pregnant women with depression is evident; Therefore, it is crucial to develop controls that provide both physical and psychological support, to detect and prevent pathologies that can cause serious complications.

Key word: Frequency, depression, women, pregnancy, depressive disorders.

Introducción

La depresión en embarazadas es un tema de suma importancia debido a sus impactos tanto en la salud física como en la calidad de vida de la gestante. Los síntomas de la depresión durante el embarazo pueden manifestarse a través de estados de tristeza, irritabilidad o sensación de vacío emocional. Además, pueden presentarse cambios somáticos y cognitivos, como dificultad para concentrarse, sentimientos de desesperanza, pérdida de apetito, trastornos del sueño e incluso ideación suicida. Estos síntomas pueden afectar negativamente la experiencia de la mujer durante el embarazo y su bienestar general(1).

Es importante destacar que la depresión no es un fenómeno infrecuente durante el embarazo. De hecho, se considera una condición tan común en las mujeres embarazadas como en aquellas que no lo están y que no reciben tratamiento. Esto resalta la necesidad de abordar y tratar adecuadamente la depresión en el contexto del embarazo para asegurar el bienestar tanto de la madre como del feto(2).

El embarazo en sí implica una serie de cambios significativos en el estilo de vida de la mujer y en sus relaciones personales. Estos cambios pueden llegar a ser percibidos como una crisis, ya que desafían el equilibrio emocional de la mujer y su capacidad para adaptarse a las nuevas exigencias(3). Durante este periodo, pueden surgir conflictos entre las necesidades y aspiraciones individuales de la mujer y las nuevas responsabilidades que implica el cuidado de un recién nacido. Es natural que surjan dudas acerca de la capacidad de proporcionar los cuidados necesarios al bebé, lo que puede predisponer a la mujer a experimentar niveles de estrés y depresión(4).

En este contexto, se destaca la importancia de abordar la depresión durante el embarazo, ya que puede tener consecuencias significativas en el comportamiento de la mujer. Por ejemplo, la depresión puede llevar al

abandono de los controles prenatales, lo cual es crucial para monitorear el desarrollo del feto y garantizar la salud de la madre(5).

Asimismo, la depresión puede contribuir al deterioro del autocuidado necesario durante el embarazo, lo que incluye aspectos como la nutrición adecuada y la toma de medicamentos recetados. Además, la depresión puede aumentar el riesgo de incumplimiento de las indicaciones médicas y favorecer el abuso de sustancias como el alcohol, el tabaco o las drogas, lo cual puede tener efectos negativos en los resultados del embarazo(5).

De esta manera se resalta la importancia de la depresión en el embarazo, debido a que puede traducirse en cambios conductuales como: el abandono de los controles prenatales, deterioro del autocuidado que se requiere en el embarazo, el incumplimiento de las indicaciones médicas, el abuso de sustancias como alcohol, tabaco o drogas, todo lo que puede afectar de manera negativa a los resultados del embarazo(5).

La investigación tiene como propósito determinar la frecuencia de depresión en embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, 2022. Es un estudio de carácter descriptivo, cuantitativo, retrospectivo de corte transversal. Para la recolección de datos se aplicará como instrumento una encuesta para conocer a través de los indicadores, las patologías más frecuentes y las manifestaciones de acuerdo con la Escala de Edinburgh.

Capítulo I

1. Planteamiento del Problema

La depresión puede tener importantes repercusiones tanto para la madre como para el feto, entre las cuales se destaca el desarrollo fetal más lento, aborto, bajo peso al nacer, trabajo de parto prematuro, anemia, diabetes, trastornos hipertensivos (incluida la preeclampsia), cesárea y la depresión posparto(6). Los neonatos de madres deprimidas durante el embarazo son más irritables, menos activos y más propensos a experimentar retrasos en el desarrollo. De esta manera es evidente que la depresión aumenta el riesgo de depresión posparto, tanto la salud como el crecimiento del bebé pueden verse perjudicados si la madre está deprimida durante un período prolongado(7).

En las manifestaciones clínicas, se determina el estado de ánimo deprimido, la disminución del interés o placer en las actividades, la pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, pérdida de energía, sentimiento de culpa excesiva, disminución de la capacidad para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o intentos de suicidio. Los síntomas somáticos que incluyen variaciones significativas de peso y apetito, y cambios en los patrones de sueño y fatiga, también pueden aparecer en cualquier embarazo normal debido a cambios fisiológicos neuroendocrinos(8).

Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, se ha informado a través de estudios que la prevalencia de la depresión en el embarazo se presenta mayormente durante los dos últimos trimestres del embarazo(9). Entre los factores se destaca antecedentes de depresión, edades más jóvenes de las madres, bajo estado socioeconómico, exposición a la violencia antes y durante el embarazo, la falta de armonía entre las parejas, embarazo no deseado, tener muchos hijos y la falta o ausencia de apoyo social(10).

Según el Manual diagnóstico y estadístico actual de los trastornos mentales, 5ª edición (DSM5), la depresión se diagnostica por la presencia de cinco de los nueve síntomas declarados en dos semanas. Para identificar las manifestaciones clínicas más comunes durante la depresión en el embarazo se ha validado y utilizado la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, que evalúa variables dicotómicas y que los resultados muestran una gran especificidad y significación clínica(11).

Cabe señalar que a nivel mundial, aproximadamente entre el 10% y el 20% de las mujeres experimentan depresión durante el embarazo(12). En los países de ingresos bajos y medianos, la depresión durante esta etapa es más frecuente, particularmente entre las mujeres más pobres con riesgos basados en el género y enfermedades psiquiátricas previas(13). La fuerte evidencia de los países de ingresos bajos y medianos que utilizan medidas validadas culturalmente muestra que la depresión prenatal se estima en un 15% hasta un 57%. Los profesionales de la salud que trabajan en clínicas prenatales estimaron que al menos una de cada cuatro mujeres embarazadas experimenta depresión(14).

En relación a América Latina, se registra que la prevalencia de depresión en el embarazo es del 29% y los factores de riesgo más significativos son el abuso sexual, el embarazo a edad temprana y la violencia intrafamiliar. En Colombia, la prevalencia de la depresión en el embarazo llega hasta el 32,8% de los embarazos, en contraste con Perú, que las tasas de prevalencia alcanzan el 40% y en México el 29%. Además, también se han observado mayores tasas de abuso de sustancias y baja participación en programas de control prenatal durante el embarazo(4).

En el Ecuador, se llevó a cabo un estudio en el 2017, en el que se evidenció la problemática que genera esta afección psicológica, donde cerca del 49,8% de madres atendidas fueron diagnosticadas con algún grado de depresión durante en el embarazo en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Debido a que no existen datos específicos a nivel nacional se

desconoce cómo estaría afectando este trastorno en todo el país, lo que genera un gran problema para el sistema de salud(15).

En el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, se ha evidenciado a través de las prácticas pre profesionales, que acuden gestantes a los controles médicos, con síntomas de depresión (llanto fácil, facies de tristeza, pérdida de interés en ciertas actividades, sentimientos de culpa, frustración, etc.). Por lo tanto, se desarrolla la presente investigación, debido a que la depresión durante el embarazo es una gran problemática que debe ser intervenida para poder evitar futuras consecuencias, es por ello por lo que se decidió plantear este tema de investigación, con el fin de evidenciar la incidencia de depresión en adolescentes embarazadas y a la vez comprobar la Psicoprofilaxis en los niveles de depresión.

1.1. Preguntas de investigación

- ¿Cuál es la frecuencia de depresión en las embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil?
- ¿En qué trimestre de embarazo presenta depresión las embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cuáles son las manifestaciones de acuerdo con la Escala de Edinburgh que se presenta en las embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil?

1.2. Justificación

La depresión es la complicación psiquiátrica que desencadena múltiples efectos negativos en la vida de la gestante y del futuro infante, es por eso que las intervenciones y su adecuado abordaje debe constituir una prioridad en Salud Pública por parte del bienestar de la mujer. La depresión interviene negativamente en la salud de la mujer, pero además puede tener efectos duraderos y devastadores para la madre, su hijo y familia, si no es tratada a tiempo(16).

Es por eso, que el presente trabajo será de gran utilidad para la institución en estudio, ya que mediante los resultados se dará a conocer una estadística actual, con la que se puede conocer cifras actuales de la frecuencia de depresión en las embarazadas, además de las patologías que comúnmente se presentan y las manifestaciones que se evidencia mediante la Escala de Edinburg. De esta forma existiría una base sólida, científica y actual para la intervención del personal de salud, para una mejor atención.

El aporte científico de los hallazgos servirá como contribución para la disciplina de Enfermería, de modo que puedan considerarse para futuros estudios, enfocados en la depresión que se presenta durante el embarazo, considerando que los criterios actuales tienen gran relevancia científica para la resolución de los problemas derivados de este fenómeno. De esta forma se aportará con información actualizada para el personal de enfermería y personal de salud en general, quienes proporcionarán educación a las madres de familias acerca de cómo prevenir estas complicaciones.

Mediante los resultados, se aportará a la comunidad científica, debido a que ayudará a evidenciar las patologías que se presentan en las gestantes, sirviendo de base para el desarrollo de estrategias y medidas de prevención que permitan evitar complicaciones o en su efecto que

estas puedan ocurrir con menos severidad, beneficiando así a las usuarias en general y aliviando el gasto público que representa la estancia extendida de las pacientes.

Las principales beneficiarias serán las gestantes, debido a que se les podrá dar mayor información sobre los cuidados que deben seguir, el cumplimiento de los controles, de tal manera que se pueda ayudar a prevenir este tipo de trastornos que puede conllevar a complicaciones para el binomio madre-hijo. De igual manera, se espera que los resultados sean también de beneficio para los profesionales de la salud, porque con la información actualizada tendrán una mejor visión del problema estudiado, para implementar estrategias oportunas que tendrán impacto en este tipo de alteraciones.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General.

Determinar la frecuencia de depresión en embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, 2022.

1.3.2. Objetivos Específicos.

- Caracterizar sociodemográficamente a las embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, 2022.
- Describir el trimestre de embarazo en que presentaron depresión las embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, 2022.
- Identificar las manifestaciones de acuerdo con la Escala de Edinburgh que se presenta en las embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil.

Capítulo II

2. Fundamentación Conceptual

2.1. Antecedentes de la investigación.

En un artículo desarrollado por Monterrosa y otros(17) en el 2022, con el objetivo de determinar la frecuencia de depresión, ansiedad y estrés psicológico con una escala ampliamente utilizada y estimar los factores asociados con cada uno de ellos, en las embarazadas asistentes a control prenatal ambulatorio. Estudio transversal, efectuado a 509 mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal ambulatorio. Entre los resultados señala que la mediana de edad fue de 26 años. El 18% informó sentirse triste y deprimida en grado considerable a muy deprimida, en algún momento del embarazo. Al 34% le resultó difícil tomar la iniciativa para realizar actividades. El 15% sintió temblor en las manos. La ansiedad severa-extremadamente severa fue prácticamente tres veces más frecuente que la depresión o el estrés psicológico, de igual severidad. Concluye señalando que 3 de cada 10 pacientes tuvieron depresión, ansiedad o estrés. Hubo asociación significativa de varios factores psicosociales.

De igual manera en un estudio llevado a cabo por Pariona y otros(18) en el 2020, que tuvo por objetivo identificar los factores psicosociales que se asocian a la depresión durante el embarazo. Estudio cuantitativo enfocado en 95 gestantes atendidas, a quienes se les aplicó un Cuestionario de la salud del paciente (PHQ-9). En los resultados indica que un 57.14% presentó depresión leve y un 36, 73% moderada. Entre los factores asociados se encontraron el haber presentado un embarazo de bajo riesgo (46%), presentar un embarazo no deseado (52%), presentar antecedentes de depresión en la infancia (22%). Concluye indicando que los factores de riesgo para presentar depresión durante el embarazo fueron el haber presentado un embarazo no deseado y antecedentes de depresión durante la infancia, mientras que los

factores protectores fueron no haber consumido alcohol durante el embarazo y el considerar a su embarazo de bajo riesgo.

Mientras que en una investigación desarrollada por Chang y otros(19) en el 2022, con el objetivo de estudiar la frecuencia de los síntomas depresivos y los factores correlacionados entre las mujeres embarazadas de las zonas rurales del noroeste de China. Estudio cuantitativo y descriptivo, enfocado en 1053 mujeres embarazadas, a quienes se les aplicó la Escala breve de depresión, ansiedad y estrés (DASS-C21). En los resultados indica que la prevalencia de síntomas depresivos entre las gestantes durante el segundo y tercer trimestre fue del 16,14%. Los niveles educativos más altos y tomar ácido fólico redujeron el riesgo de síntomas de depresión. La familia que recibe asistencia rural, emigra por trabajo y vive con ambos padres y suegros aumentó el riesgo de síntomas depresivos. Concluye indicando que la frecuencia de síntomas depresivos entre las mujeres embarazadas durante su segundo y tercer trimestre en las zonas rurales del noroeste de China fue del 16,14%

Por otra parte, en una publicación de Tesfaye y Agenagnew(20) en el 2021, que tuvo como objetivo evaluar la frecuencia de depresión prenatal y los factores asociados entre las mujeres que asisten al servicio de atención prenatal. Estudio cuantitativo, transversal, enfocado en 314 mujeres embarazadas a quienes se les aplicó un Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9). En los hallazgos, describen que un total de 52 mujeres (16,6%) tenían depresión prenatal. Una prueba de chi-cuadrado de análisis de independencia mostró una asociación significativa entre la depresión prenatal y el estado civil, antecedentes familiares de depresión, planificación del embarazo, antecedentes de aborto, apoyo social y violencia de pareja. Concluye indicando que la frecuencia de la depresión prenatal fue alta y se asoció con múltiples factores psicosociales, clínicos y obstétricos.

Así mismo, en un artículo publicado por Sabir y otros(21) en el 2019, que tuvo como objetivo averiguar la frecuencia de la depresión prenatal durante el

último trimestre y los factores de riesgo asociados entre las mujeres embarazadas. Estudio cuantitativo y descriptivo, enfocado en 450 mujeres. En los resultados, destacan que la frecuencia de depresión fue de 40,89% (n=184). Mientras que, 30,4% (n=137), 8,67% (n=39) y 1,78% (n= 8) sufría de depresión leve, moderada y severa respectivamente. Las asociaciones entre tabaquismo pasivo, antecedentes familiares de preeclampsia y depresión entre familiares con depresión prenatal durante el último trimestre fueron significativas. Concluye indicando que según la Escala de Depresión de Goldberg, el 40,89% (n=184) de las mujeres embarazadas.

En un artículo desarrollado por Wegbom y otros(22) en el 2023, con el objetivo de estimar la gravedad y los factores asociados con la depresión, la ansiedad y el estrés entre las mujeres embarazadas. Estudio cuantitativo, en el que se aplicó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 a 413 embarazadas. Entre los resultados, destaca que el 9,5% presentó depresión, el 26% ansiedad y 17,3% estrés. El estado civil, los niveles educativos y la situación laboral se asociaron significativamente con la depresión. Concluyen señalando que, a través de los hallazgos, proporcionan implicaciones para fortalecer las políticas de salud mental en lo que respecta a la atención prenatal.

De igual manera, en una investigación publicada por Ahmed y otros(23) en el 2022, con el objetivo de determinar la frecuencia de depresión prenatal entre mujeres embarazadas que acuden a un hospital de tercer nivel de atención. Estudio transversal, enfocado en 150 mujeres embarazadas que asistieron a la clínica prenatal, a quienes se les aplicó la Escala de Depresión de Edinburgh. Entre los resultados destaca que La frecuencia de depresión prenatal entre las gestantes fue de 46,67% (70/150). Concluye indicando que la frecuencia de depresión anteparto entre las mujeres embarazadas fue alta y el mayor contribuyente es el pensamiento de hacerse daño.

2.2. Marco Conceptual.

2.2.1. Embarazo

Según la definición establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo se inicia después de que finaliza el proceso de implantación. La implantación es un proceso crucial que comienza aproximadamente 5 o 6 días después de la fecundación, cuando el blastocito se adhiere a la pared del útero. Durante este proceso, el blastocito atraviesa el endometrio y se introduce en el estroma del útero. La implantación se considera completa cuando el defecto en la superficie del epitelio uterino se cierra y se finaliza el proceso de nidación. Es en este punto cuando se da inicio oficialmente al embarazo, y esto generalmente ocurre entre los días 12 y 16 después de la fecundación.

La descripción detallada de este proceso de implantación proporcionada por la Organización Mundial de la Salud es fundamental para comprender cómo comienza el embarazo y cómo se desarrolla en sus etapas iniciales. La implantación exitosa es esencial para el establecimiento de un embarazo saludable y la adecuada nutrición y desarrollo del embrión. Al comprender el tiempo y los eventos involucrados en la implantación, los profesionales de la salud pueden evaluar de manera más precisa la viabilidad del embarazo y brindar el apoyo adecuado a las mujeres en esta etapa temprana.

Además de considerarse el inicio del embarazo como el proceso de implantación, también se puede definir como un estado fisiológico en el cual se producen una serie de cambios temporales en el cuerpo de la mujer. Durante el embarazo, se observa un aumento en la producción de hormonas como los estrógenos, la progesterona y las gonadotropinas. Estas hormonas desempeñan un papel fundamental en la estructura y funcionamiento del cuerpo de la mujer gestante. Contribuyen al desarrollo adecuado del útero, la placenta y otras estructuras relacionadas con el embarazo.

El embarazo es un proceso dinámico que involucra cambios en diferentes sistemas del cuerpo. El sistema cardiovascular experimenta adaptaciones para satisfacer las necesidades de oxígeno y nutrientes del feto en desarrollo. El sistema respiratorio también sufre cambios para proporcionar una mayor cantidad de oxígeno al feto y eliminar los productos de desecho. El sistema endocrino se modifica para mantener el embarazo y regular el equilibrio hormonal. Asimismo, el sistema musculoesquelético se ajusta para soportar el crecimiento del útero y adaptarse a los cambios posturales.

El periodo de embarazo culmina con el parto, que es el momento en el que el nuevo ser humano sale al exterior y comienza una vida independiente fuera del útero materno. El periodo normal de gestación es de aproximadamente 9 meses, aunque la duración del embarazo puede variar en función de múltiples factores individuales y condiciones específicas. Algunas mujeres pueden experimentar partos prematuros, es decir, antes de las 37 semanas de gestación, mientras que en otros casos el embarazo puede prolongarse más allá de las 40 semanas.

Durante la etapa del embarazo, la mujer experimenta una serie de cambios profundos que se manifiestan en diferentes aspectos de su vida. En primer lugar, los cambios físicos son evidentes, ya que el cuerpo de la mujer se adapta para albergar y nutrir al feto en desarrollo. El abdomen se expande a medida que el útero crece, los senos aumentan de tamaño y pueden volverse más sensibles, y hay cambios en la piel, el cabello y las uñas. Estos cambios físicos pueden ser emocionantes y a la vez desafiantes para la futura madre, ya que su imagen corporal y su forma de vestir pueden verse afectadas.

Además de los cambios físicos, el embarazo también implica cambios emocionales y psicológicos significativos. Es común que las mujeres experimenten una mezcla de emociones que van desde la alegría y la excitación hasta la ansiedad y la preocupación. La futura madre puede experimentar cambios de humor más frecuentes debido a las fluctuaciones hormonales y puede sentirse más sensible o emocional. Es importante que la

mujer cuente con apoyo emocional durante esta etapa y tenga espacios para expresar y procesar sus emociones.

En términos orgánicos, el embarazo implica cambios en el funcionamiento de varios sistemas del cuerpo. Por ejemplo, el sistema cardiovascular trabaja más arduamente para satisfacer las necesidades de oxígeno y nutrientes del feto, lo que puede llevar a un aumento en la frecuencia cardíaca y la presión arterial. El sistema endocrino se modifica para mantener el embarazo y regular la producción de hormonas necesarias para el desarrollo fetal. Asimismo, el sistema inmunológico de la mujer se ve alterado para evitar el rechazo del feto como un cuerpo extraño.

En el ámbito social, el embarazo también tiene un impacto significativo. La futura madre puede experimentar cambios en sus relaciones y roles sociales. Puede haber una mayor atención y apoyo por parte de la familia, amigos y comunidad, pero también pueden surgir desafíos relacionados con la conciliación del embarazo con las responsabilidades laborales y otros compromisos sociales. Es fundamental que la mujer cuente con un entorno de apoyo y comprensión para afrontar estos cambios sociales y adaptarse de manera saludable a su nuevo rol de madre.

El embarazo es una etapa única y transformadora en la vida de una mujer. Desde el momento en que se confirma el embarazo, es importante que la futura madre comprenda y asimile los cambios que se avecinan. Aceptar y adaptarse a estos cambios físicos, emocionales, orgánicos y sociales contribuirá a que la mujer lleve un embarazo más tranquilo y positivo. La educación prenatal, el apoyo de profesionales de la salud, la conexión con otras madres y el autocuidado son aspectos clave para ayudar a la mujer a vivir esta experiencia de manera satisfactoria y saludable.

2.2.2. Depresión en el embarazo

La depresión en el embarazo se caracteriza por la presencia de síntomas depresivos que perduran durante un período de tiempo prolongado durante la gestación. Este trastorno afecta a un porcentaje significativo de mujeres embarazadas, con especial incidencia en aquellas que tienen antecedentes de depresión, experimentan altos niveles de estrés o enfrentan cambios de ánimo intensos. También puede ser más común en aquellas mujeres que han tenido resultados obstétricos negativos previos, como abortos espontáneos con malformaciones congénitas o embarazos no planificados(24).

Además, según el más reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión durante el embarazo se define como un trastorno en el cual la mujer experimenta una tristeza persistente, una falta de interés en las actividades diarias y una incapacidad para llevar a cabo las tareas cotidianas durante al menos dos semanas consecutivas. Es importante tener en cuenta que la depresión en el embarazo puede considerarse una respuesta normal de adaptación ante situaciones emocionalmente desafiantes, como el dolor o la pérdida. Estos sentimientos de tristeza y los cambios en el estado de ánimo pueden tener un impacto significativo en la vida de la mujer embarazada y en su bienestar general(25).

Es fundamental brindar atención y apoyo adecuados a las mujeres que experimentan depresión durante el embarazo. La detección temprana, la evaluación precisa y la intervención oportuna son cruciales para prevenir complicaciones y promover el bienestar tanto de la madre como del feto. Los profesionales de la salud desempeñan un papel fundamental en la identificación de los síntomas, en la provisión de opciones de tratamiento adecuadas y en el establecimiento de una red de apoyo que ayude a la mujer a atravesar esta etapa desafiante de su vida.

Desde esta perspectiva, la depresión en el embarazo es una condición psicológica que afecta el estado de ánimo y que tiene un impacto significativo en la vida de la mujer gestante. Al igual que la depresión en general, se considera una enfermedad grave con una alta incidencia en la población y que conlleva importantes costos económicos y de salud. Los síntomas principales de la depresión en el embarazo son de naturaleza afectiva, como una tristeza patológica, una apatía persistente, una pérdida de interés y una sensación general de malestar. Además, pueden presentarse síntomas cognitivos, volitivos y somáticos, lo que indica que la depresión en el embarazo afecta tanto la esfera psicológica como la física de la mujer afectada(25).

Durante el embarazo y el parto, es evidente que se experimentan cambios fisiológicos y psicológicos que pueden estar asociados con diversos trastornos, entre ellos la depresión en el embarazo. Estos cambios, como las alteraciones del sueño, la sensación de debilidad, la fatiga, la pérdida del interés en el sexo y los pensamientos negativos hacia el bebé, pueden considerarse como parte normal del proceso fisiológico del embarazo. Sin embargo, es importante destacar que estos cambios también pueden resultar estresantes y aumentar el riesgo de problemas mentales en la mujer embarazada(26).

Se han identificado diversos factores que pueden contribuir a la aparición de depresión en el embarazo, como la separación conyugal, la inestabilidad socioeconómica, el desempleo, la falta de vivienda adecuada y vivir en un entorno rural con servicios básicos limitados. Es importante señalar que existen ciertos factores psicosociales de riesgo para la depresión en la población gestante, entre los cuales se encuentra la falta de apoyo tanto familiar como social. La ausencia de apoyo por parte de algunos miembros de la familia puede generar estrés en la embarazada y ser un factor que contribuya a la depresión(26).

Además, el apoyo social desempeña un papel fundamental en la integración de la mujer embarazada en la sociedad y en su manejo adecuado en situaciones de estrés. La falta de este tipo de apoyo puede tener un impacto negativo en sus relaciones sociales y en sus conductas adaptativas. Es destacable que contar con una amplia red social puede proporcionar información relevante en materia de salud y mejorar la eficiencia en la utilización de los servicios médicos(27).

Por tanto, es crucial abordar estos factores de riesgo y promover un entorno de apoyo tanto familiar como social durante el embarazo. El fortalecimiento de los vínculos sociales y la provisión de recursos adecuados pueden desempeñar un papel significativo en la prevención de la depresión en el embarazo y en la promoción del bienestar emocional de la mujer gestante. Asimismo, es importante que los profesionales de la salud estén atentos a la detección temprana de la depresión en el embarazo y brinden el apoyo necesario para su tratamiento y manejo adecuado.

Por otra parte, también se considera como factor la baja autoestima, debido a que durante el embarazo implica cambios significativos en términos psicológicos, biológicos y anatómicos que pueden generar un estado completamente nuevo al que la mujer gestante debe adaptarse. Sin embargo, la incapacidad de enfrentar estos cambios de manera satisfactoria puede conducir a niveles bajos de autoestima, lo que según investigaciones, se relaciona con episodios depresivos durante el embarazo. Por otro lado, la disfunción familiar también tiene un impacto significativo en el estado emocional de la mujer gestante. Las tensiones y cambios que se dan en la familia pueden afectar su bienestar y, en algunos casos, pueden llevar a la depresión si no se abordan adecuadamente(27).

Habitualmente, la presencia de experiencias negativas durante el embarazo, parto o puerperio pueden aumentar el riesgo de depresión en

las mujeres que atraviesan por este periodo. Además, se deben considerar los antecedentes obstétricos previos de la mujer gestante, tanto en gestaciones anteriores como en la actual, para evaluar el riesgo de presentar depresión. La falta de protección familiar puede generar consecuencias económicas graves, como pobreza e indigencia, y aumentar el riesgo de ser víctimas de violencia sexual o de trata de personas, lo que puede llevar a la depresión y, en casos extremos, incluso al suicidio(27).

Es fundamental brindar apoyo psicológico y social a las mujeres embarazadas, reconociendo los desafíos emocionales y psicológicos que pueden surgir durante esta etapa de la vida. La detección temprana de los factores de riesgo y la implementación de intervenciones preventivas y de apoyo adecuadas pueden ayudar a reducir la incidencia de la depresión en el embarazo y promover el bienestar mental de las mujeres gestantes. Asimismo, se deben establecer redes de apoyo y recursos comunitarios que estén disponibles para proporcionar el respaldo necesario a las mujeres que experimentan síntomas depresivos durante el embarazo, asegurando así un entorno propicio para su salud y bienestar.

Es importante destacar que durante el embarazo se producen cambios significativos tanto en la mujer gestante como en su entorno familiar, por lo que es fundamental contar con una estabilidad mental y emocional adecuada para llevar a cabo un embarazo y un posparto efectivos. Esta condición es un factor protector que ayuda a prevenir alteraciones psicológicas. Sin embargo, hay mujeres que son más vulnerables a padecer estas alteraciones y en ocasiones los profesionales médicos que las atienden no toman en cuenta los factores estresores que pueden poner en riesgo su salud mental(28).

No cabe duda, que la depresión en el embarazo afecta la capacidad de una madre para desempeñar adecuadamente su papel maternal. Las madres que sufren de esta condición brindan cuidados menos sensibles, tienen

mayores probabilidades de experimentar dificultades en la lactancia materna o interrumpirla temprano, no cumplen con las prácticas de seguridad recomendadas, como el uso de asientos para el transporte de sus hijos, y sus hijos tienen menores tasas de atención preventiva de salud y vacunación(29).

En diversas investigaciones que se han llevado a cabo para determinar el origen de la depresión en el embarazo, no se ha identificado una causa específica, sino que se habla de una serie de cambios que ocurren en las mujeres durante y después del embarazo, tanto fisiológicos como sociales. Además, se han identificado diversas causas adicionales que pueden llevar a una madre a experimentar síntomas de depresión en el embarazo, como la transmisión del estrés materno precoz entre generaciones. Este fenómeno puede ocurrir tanto durante el embarazo como después del parto, y se manifiesta a través de una alteración del estrés materno-fetal-placentario, la depresión materna durante el embarazo y después de él, y relaciones disfuncionales entre madre e hijo(30).

Por lo tanto, hay diversas opciones de tratamiento disponibles para prevenir la depresión en el embarazo, tales como la psicoterapia, en especial la terapia cognitivo-conductual e interpersonal, y medicamentos antidepresivos, los cuales han mostrado ser efectivos en el tratamiento de la depresión en el embarazo. Estudios han evaluado si la implementación de estas intervenciones antes de la aparición de los síntomas depresivos pueden prevenir eficazmente la enfermedad(31).

Según la Asociación Americana de Psicología, vivir en un entorno familiar disfuncional o con comunicación hostil y poco afectiva puede generar estrés emocional, especialmente durante el embarazo, y aumentar el riesgo de depresión en el embarazo. Los cambios hormonales también pueden ser un factor importante en la aparición de la enfermedad, ya que las alteraciones en los niveles de progesterona pueden afectar el estado psicológico de la mujer. Los síntomas de la depresión en el embarazo,

como la fatiga, los trastornos del sueño y la debilidad generalizada, pueden durar varias semanas y son importantes para la recuperación de la paciente(32).

2.2.3. Manifestaciones clínicas

No obstante, la depresión en el embarazo se caracteriza por síntomas que afectan el desempeño diario y la capacidad de cuidado del recién nacido, los cuales pueden presentarse a partir de las primeras semanas del embarazo e incluso durante todo el periodo gestacional. Estos síntomas pueden incluir falta de energía, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, ansiedad, sentimientos de culpa, pérdida de interés en las actividades cotidianas, cambios en el apetito, sensación de ser una mala madre, llanto, desesperanza, lentitud en el habla y movimiento, así como sentimientos de infelicidad y melancolía(33).

Aunque el DSM-V establece que para el diagnóstico acertado de un episodio depresivo mayor se deben cumplir cinco requisitos: el estado de ánimo debe ser depresivo con pérdida de interés o placer, con una duración mínima de dos semanas y acompañado de síntomas que causen malestar o discapacidad, y que no se contrapongan a criterios de exclusión(34).

Asimismo, según el DSM-V, se requiere que la paciente presente al menos uno de los siguientes síntomas durante las dos semanas mínimas establecidas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor durante el embarazo:

- Dificultad para mantener la concentración
- Cambios significativos en el peso
- Problemas para conciliar o mantener el sueño
- Sentimientos de ansiedad
- Pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban
- Pérdida o aumento significativo de peso
- Crisis de llanto inesperadas

- Fatiga o pérdida de energía en actividades cotidianas(35).

Según los criterios diagnósticos, es importante que la paciente presente un deterioro evidente en su vida social o laboral y que los síntomas no sean atribuibles a una enfermedad médica subyacente, consumo de fármacos o sustancias. Los criterios diagnósticos para la depresión en el embarazo son similares a los del trastorno depresivo mayor establecido por el DSM-V, pero con la particularidad de que en una mujer embarazada, con inicio durante el período de gestación y que persiste a lo largo del mismo(35).

En algunos casos, los síntomas pueden manifestarse de forma más intensa, incluyendo sentimientos de desesperanza, pérdida de interés, desilusión, cambios repentinos en el peso y el estado de ánimo. Esto puede llevar a comportamientos violentos o a alejarse de las responsabilidades maternas, así como a buscar consuelo en sustancias psicoactivas, lo que puede indicar problemas de salud mental(35).

2.2.4. Diagnóstico

Con base a lo señalado, el diagnóstico de la depresión en el embarazo presenta diversas dificultades, incluyendo la falta de reconocimiento de los trastornos del estado de ánimo durante el embarazo, lo que puede llevar a que estos problemas sean subestimados y muchas mujeres pasen desapercibidas. Se sabe que alrededor de la mitad de los casos de depresión en el embarazo comienzan o continúan durante el embarazo, y se considera que un diagnóstico y tratamiento adecuados durante este período reducen significativamente el riesgo de sufrir depresión después del parto. Sin embargo, los síntomas depresivos durante el embarazo pueden dificultar la adaptación normal a esta etapa de la vida(36).

Es importante mencionar que los síntomas de la depresión en el embarazo son similares a los de la depresión mayor no relacionada con el embarazo, y se diagnostican utilizando los mismos criterios habituales, pero con el

especificador de inicio durante el embarazo o posparto. En el pasado, los criterios para el diagnóstico de depresión en el embarazo se basaban en la presencia de episodios depresivos mayores cuatro semanas después del parto, pero este enfoque fue criticado porque muchos episodios de depresión en el embarazo realmente comenzaban durante el embarazo(37).

En consecuencia, el DSM-V ha actualizado sus criterios de diagnóstico para la depresión en el embarazo, definiendo los episodios depresivos mayores con un inicio periparto, lo que incluye casos con inicio de síntomas durante el embarazo o en las 4 semanas posteriores al parto. Es importante establecer una serie de acciones para lograr una evaluación precisa, como la realización de exámenes físicos y una historia clínica completa, una buena relación médico-paciente, identificación de factores de riesgo y educación del paciente. Es crucial seguir estas pautas para lograr una evaluación precisa y un tratamiento adecuado(38).

Por tanto, existen diversas estrategias para evaluar la depresión en el embarazo, y se ha llegado a un consenso en que la Escala de Depresión de Edimburgo es la mejor herramienta de detección, diseñada especialmente para evaluar los síntomas de ánimo en mujeres embarazadas. Esto se debe a diversas investigaciones que han identificado su efectividad en la identificación temprana de la depresión en el embarazo y su utilización como una herramienta de cribado estándar(39).

2.2.5. Escala de Depresión de Edimburgo

Un importante aporte en la detección de la depresión posparto es la Escala de Depresión de Edimburgo, desarrollada por Cox y su equipo de colaboradores en centros de salud en Livingston y Edimburgo(40). Esta herramienta específica ha encontrado una amplia utilización en estudios relacionados con la salud materno-infantil y ha demostrado ser muy valiosa tanto en entornos clínicos como en investigaciones. Su eficacia para

identificar estados depresivos ha sido comprobada en hospitales y centros de atención primaria(41).

Es relevante destacar que la Escala de Depresión de Edimburgo es un cuestionario que las mujeres que han dado a luz recientemente pueden completar por sí mismas para detectar síntomas depresivos. El cuestionario consta de 10 preguntas, de las cuales 5 están relacionadas con la tristeza y las otras 5 con la ansiedad. Las preguntas 1, 2 y 4 se califican en una escala del 0 al 3, mientras que las demás se califican en una escala del 3 al 0 en orden inverso. La puntuación total puede variar entre 0 y 30(41).

Es importante tener en cuenta que una puntuación superior a 10 en la Escala de Depresión de Edimburgo indica la posibilidad de depresión, pero no determina la gravedad ni proporciona un diagnóstico definitivo. Sin embargo, algunos estudios señalan que las puntuaciones de 10 a 13 pueden generar resultados falsos positivos. La pregunta número 10 del cuestionario evalúa el riesgo de autolesiones y suicidio, y cualquier puntuación distinta de 0 en esa pregunta requiere evaluaciones adicionales y una mayor vigilancia. Si la puntuación total se encuentra entre 5 y 9, indica cierto deterioro funcional y se recomienda un seguimiento y la repetición del cuestionario en un período de dos semanas a un mes(42).

La madre selecciona la respuesta que mejor describe su estado de ánimo durante la semana anterior entre las cuatro opciones proporcionadas. La mayoría de las madres pueden completar la escala en menos de 5 minutos sin dificultad. Según el estudio de validación, las madres que obtienen un resultado por encima del umbral del 92.3% tienen mayores probabilidades de presentar algún trastorno depresivo con diferentes niveles de gravedad(42).

Es fundamental tener en cuenta que los resultados de la Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS) no deben considerarse más importantes

que el juicio clínico en el diagnóstico de la depresión. Es necesario realizar una evaluación clínica exhaustiva para confirmar el diagnóstico(43).

La escala proporciona una indicación de cómo se sintió la madre durante la semana anterior, y en casos de incertidumbre, puede ser útil repetir el cuestionario después de dos semanas. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la escala no detecta a las madres que puedan tener trastornos de ansiedad, fobias o trastornos de personalidad, por lo que se requiere una evaluación clínica completa para obtener un diagnóstico preciso y adecuado(43).

Cuando se utiliza la Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS), es importante seguir las siguientes instrucciones:

- Se debe solicitar a la madre que elija la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido en los últimos 7 días.
- La madre debe responder a las 10 preguntas del cuestionario.
- Es crucial garantizar la confidencialidad de las respuestas y no discutirlos con otras personas sin el consentimiento de la madre.
- A menos que la madre tenga dificultades de lectura o limitaciones, se recomienda que complete la escala por sí misma.
- Las visitas a la clínica pediátrica, las citas de control o las visitas domiciliarias pueden ser momentos oportunos para realizar la evaluación utilizando la escala(43).

2.3. Marco Legal

Este trabajo investigativo se fundamenta en las siguientes leyes:

2.3.1. Constitución del Ecuador.

Dentro de esta Carta Constitucional, se describe en el artículo 11 y en el artículo 32, que la salud es un derecho garantizado por el Estado; estos dos artículos tienen relación indirecta con la temática. En el contexto de la salud como un derecho garantizado por el Estado, se establece la importancia de garantizar el acceso permanente y sin exclusión a programas y servicios de atención integral de salud, lo cual incluye la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres embarazadas(44).

Esto implica que el Estado debe prestar especial atención a la salud mental de las mujeres durante el embarazo y asegurar que se brinden servicios de calidad y enfoque de género para promover su bienestar emocional. Además, se enfatiza la prohibición de la discriminación por diversos motivos, lo cual es relevante para asegurar que las mujeres embarazadas que experimentan depresión reciban el apoyo adecuado sin enfrentar estigmatización o discriminación debido a su condición de salud mental(44).

En cuanto al artículo 66, se puede agregar que tiene una conexión relevante, debido a que el reconocimiento y garantía del derecho a la integridad personal, que abarca la integridad física, psíquica, moral y sexual, implica la protección de la salud mental de las mujeres embarazadas. La depresión en el embarazo puede afectar la integridad psíquica y emocional de las mujeres, y es importante tomar medidas para prevenir y eliminar cualquier forma de violencia o maltrato que pueda contribuir a su aparición o empeoramiento. Las mujeres embarazadas, al ser consideradas un grupo vulnerable, deben recibir especial atención y

protección para asegurar una vida libre de violencia y promover su bienestar mental durante este período tan importante(44).

2.3.2. Ley Orgánica de Salud.

En el 2012, el Ministerio de Salud Pública realizó modificaciones a la Ley Orgánica de Salud que establecen que esta ley se basa en principios como la equidad, integralidad, solidaridad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; y que se deben aplicar enfoques de derechos, interculturalidad, género, generación y bioética(45).

El artículo 7 guarda relación con la depresión en el embarazo al abordar el derecho de las personas, incluyendo a las mujeres embarazadas, a recibir acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud. Esto implica que las mujeres embarazadas tienen el derecho de acceder a servicios de atención médica y apoyo psicológico para la detección, diagnóstico y tratamiento de la depresión durante el embarazo(45).

Además, el acceso gratuito a programas y acciones de salud pública contribuye a garantizar que las mujeres embarazadas tengan acceso a servicios de salud mental sin barreras económicas. La atención preferente en los servicios de salud públicos y privados a los grupos vulnerables, como las mujeres embarazadas, también es relevante para asegurar que reciban una atención adecuada y especializada para abordar la depresión durante el embarazo(45).

A través del artículo 20, el enfoque pluricultural busca atender las necesidades específicas de diferentes grupos culturales, considerando factores socio-culturales que pueden influir en la experiencia de la depresión en el embarazo. La eliminación de conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación relacionadas con la sexualidad

contribuye a crear un entorno seguro y propicio para la salud mental durante el embarazo, evitando factores de riesgo que puedan contribuir al desarrollo de la depresión(45).

2.3.3. Plan Nacional de Desarrollo Toda una vida.

A través del objetivo de "Mejorar la calidad de vida de la población", destaca la importancia de mejorar la calidad de vida de la población, incluyendo a las mujeres embarazadas, como objetivo fundamental. La depresión durante el embarazo puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de las mujeres y sus familias, afectando su bienestar físico, emocional y social. Al buscar asegurar una vida saludable y satisfactoria, se reconoce la importancia de abordar la salud mental y emocional de las mujeres embarazadas, promoviendo la prevención, atención y apoyo adecuados para prevenir o tratar la depresión(46).

Fortalecer la capacidad pública y social para atender las necesidades de los ciudadanos implica también fortalecer los servicios de salud mental y asegurar el acceso a una atención equilibrada, sostenible y creativa que aborde las necesidades psicológicas y emocionales durante el embarazo. La promoción de la salud y la prevención de la depresión en el embarazo se consideran elementos clave para mejorar la calidad de vida de las mujeres y garantizar el cumplimiento de su derecho a la salud(46).

2.3.5. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017 - 2021

El Ministerio de Salud Pública tiene como objetivo general en su plan nacional garantizar una atención integral y de calidad a toda la población del territorio ecuatoriano, como es el caso de las mujeres embarazadas como parte de los derechos sexuales y reproductivos. La atención integral abarca no solo los aspectos físicos de la salud materna y neonatal, sino también los aspectos emocionales y psicológicos, incluyendo la prevención, promoción y atención de la depresión durante el embarazo.

El enfoque intercultural y pertinente mencionado en el lineamiento estratégico reconoce la diversidad cultural y las necesidades específicas de las mujeres embarazadas en diferentes contextos(47).

Para garantizar una maternidad segura y la salud neonatal, se proponen acciones que incluyen fortalecer la atención integral, la atención oportuna en casos de aborto terapéutico o por violación en situaciones de discapacidad mental, mejorar la vigilancia y la investigación de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, y fortalecer el manejo de emergencias obstétricas y neonatales. Estas acciones son fundamentales para abordar la depresión durante el embarazo y promover el bienestar integral de las mujeres y sus hijos(47).

Capítulo III

3. Diseño de la Investigación

3.1. Tipo de estudio

Nivel: Descriptivo, se llevará a cabo una descripción detallada de los datos sociodemográficos de las pacientes, así como de las manifestaciones clínicas de la patología

Método: Cuantitativo, esto implica que se recopilarán datos numéricos para determinar las frecuencias de las variables estudiadas. Se analizarán las frecuencias absolutas y relativas con el fin de establecer diferencias y patrones significativos en los datos recopilados.

Diseño:

Según el tiempo: Prospectivo, debido al uso de un formulario o documento diseñado para recopilar datos.

Según la ocurrencia de los hechos: Transversal, porque se realiza en un momento específico para determinar la frecuencia en depresión post parto en mujeres.

3.2. Población

La población objetivo de este estudio está compuesta por 85 embarazadas asistidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Gestantes con diagnóstico de depresión.
- Mujeres que deseen participar en el estudio.
- Mujeres de 19 a 45 años de edad.

Criterios de exclusión

- Mujeres que no tengan diagnóstico de depresión.
- Mujeres que no desean participar en la investigación.

3.4. Procedimientos para la recolección de la información

Técnica: Encuesta

Instrumento: Cuestionario de preguntas aplicado a mujeres atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, basado en la Escala de Edinbrough(48).

3.5. Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos

Diseño de tablas se realiza por medio del Microsoft Excel. El análisis de maco conceptual se relaciona directamente con los resultados de la investigación mediante la técnica de recolección de datos.

3.6. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano

Se utilizará el consentimiento informado para salvaguardar los datos recolectados.

3.7. Variables Generales y Operacionalización

Variable general: Frecuencia en depresión en embarazadas

Dimensiones	Indicadores	Escala
Características sociodemográficas	Grupos etarios	Adolescente Adulto joven Adulto de edad media
	Instrucción	Ninguna Primaria Secundaria Superior
	Estado civil	Soltera Casada Divorciada Unión de hecho
	Nivel socioeconómico	Bajo Medio Alto

Dimensiones	Indicadores	Escala
Características sociodemográficas	Residencia	Rural Urbana Marginal
Trimestres de embarazo	Presenta la depresión	Primer trimestre
		Segundo trimestre
		Tercer trimestre
Criterios escala de Edinburgh	<p>1 He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas</p> <p>2 He disfrutado de mirar hacia adelante</p> <p>3 Cuando las cosas han salido mal me he culpado</p> <p>4 He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo</p> <p>5 He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo</p> <p>6 Las cosas me han estado abrumando</p> <p>7 He tenido dificultades para dormir</p> <p>8 Me he sentido triste desgraciada</p> <p>9 Me he sentido tan desdichada que he estado llorando</p> <p>10 Se me ha ocurrido hacerme daño</p>	<p>a) No, nunca</p> <p>b) No, con mucha frecuencia</p> <p>c) Sí, a veces</p> <p>d) Sí, la mayor parte del tiempo</p>

4. Presentación y Análisis de Resultados

Tabla de frecuencias No. 1 Grupo etario de las embarazadas

Grupo etario	f	Fr	%	F
a. Adolescente	38	0,4222	42%	38
b. Adulto joven	30	0,3333	34%	68
c. Adulto de edad media	22	0,2444	24%	90
Totales	90	1	100%	

Fuente: Cuestionario a mujeres embarazadas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Elaborado por: Caba Mullo, William Washington - Macías Peñafiel, Nathaly Azucena.

Análisis:

En evidencia a las encuestas, se puede determinar que existe una alta frecuencia de 38 mujeres embarazadas, que se encuentran en el grupo etario de adolescentes. El embarazo en la adolescencia conlleva diversos desafíos físicos, emocionales, sociales y económicos, es una etapa donde diversos factores contribuyen, tales como preocupaciones sobre su capacidad para asumir responsabilidades de maternidad a una edad temprana, posibles cambios en sus planes educativos y profesionales, así como la reacción de sus familias. Asimismo, las adolescentes embarazadas pueden experimentar estigmatización y discriminación por parte de la sociedad, lo que puede tener un impacto negativo en su autoestima y bienestar emocional(17),

Tabla de frecuencias No. 2 Instrucción de las embarazadas

Instrucción	f	Fr	%	F
a. Ninguna	2	0,0222	2%	2
b. Primaria	16	0,1777	18%	18
c. Secundaria	52	0,5777	58%	70
d. Superior	20	0,2222	22%	90
Totales	90	1	100%	

Fuente: Cuestionario a mujeres embarazadas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Elaborado por: Caba Mullo, William Washington - Macías Peñafiel, Nathaly Azucena.

Análisis:

En relación a la instrucción académica, es notable que existe una frecuencia elevada de 52 mujeres embarazadas, representando al 58% de la población que tienen instrucción secundaria. Esto puede considerarse un aspecto positivo, ya que la educación secundaria proporciona un mayor conocimiento y habilidades, pero a pesar de esto la presión y las expectativas académicas inherentes al entorno educativo pueden generar niveles adicionales de estrés y ansiedad. Estos factores estresantes, sumados a las responsabilidades y desafíos propios del embarazo, podrían contribuir a un aumento en la vulnerabilidad de las mujeres con educación secundaria a experimentar episodios depresivos(20),

Tabla de frecuencias No. 3 Estado civil de las embarazadas

Estado civil	f	Fr	%	F
a. Soltera	46	0,5111	51%	46
b. Casada	34	0,3777	38%	80
c. Divorciada	8	0,0888	9%	88
d. Unión de hecho	2	0,0222	2%	90
Totales	90	1	100%	

Fuente: *Cuestionario a mujeres embarazadas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Elaborado por: Caba Mullo, William Washington - Macías Peñafiel, Nathaly Azucena.*

Análisis:

Al indagar sobre el estado civil, se pudo establecer una elevada frecuencia de 46 embarazadas que indicaron ser solteras, las cuales representan al 51% de la población. Las mujeres solteras que enfrentan un embarazo pueden encontrarse en una posición particularmente desafiante, esto puede traducirse en una menor disponibilidad de apoyo emocional y práctico, lo que podría contribuir a sentimientos de aislamiento y soledad. La ausencia de una red de apoyo familiar o la percepción de falta de respaldo por parte de la familia pueden añadir una dimensión adicional de estrés y preocupación durante el embarazo. Las mujeres solteras podrían enfrentar dificultades financieras adicionales al enfrentar el embarazo y la maternidad en solitario, lo que puede contribuir a niveles elevados de estrés y ansiedad(17),

Tabla de frecuencias No. 4 Nivel socioeconómico de las embarazadas

Nivel socioeconómico	f	Fr	%	F
a. Por debajo del salario básico	16	0,1777	18%	16
b. Salario básico	72	0,8	80%	88
c. Por encima del salario básico	2	0,0222	2%	90
Totales	90	1	100%	

*Fuente: Cuestionario a mujeres embarazadas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
Elaborado por: Caba Mullo William Washington - Macías Peñafiel, Nathaly Azucena.*

Análisis:

Se puede conocer que existe una frecuencia de embarazadas que tiene un nivel socioeconómico del salario básico, representado al 80% de la población. Si bien un nivel socioeconómico medio podría indicar un grado de estabilidad financiera y acceso a recursos en comparación con estratos más bajos, también puede conllevar desafíos específicos que ejercen un impacto significativo en la salud mental y emocional. El estrés financiero y las preocupaciones relacionadas con la falta de recursos económicos pueden ser factores desencadenantes de ansiedad y desesperanza en las mujeres embarazadas de nivel socioeconómico medio. La incertidumbre en torno a la capacidad para satisfacer las necesidades básicas tanto propias como las del futuro bebé puede contribuir al surgimiento de síntomas depresivos(17),

Tabla de frecuencias No. 5 Residencia de las embarazadas

Residencia	f	Fr	%	F
a. Rural	18	0,2	20%	18
b. Urbana	70	0,7777	78%	88
c. Marginal	2	0,0222	2%	90
Totales	90	1	100%	

*Fuente: Cuestionario a mujeres embarazadas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
Elaborado por: Caba Mullo William Washington - Macías Peñafiel Nathaly Azucena.*

Análisis:

En cuanto a la residencia, hay una frecuencia mayor de 70 embarazadas de áreas urbanas, que representa al 78% de esta población. Las áreas urbanas, caracterizadas por su densidad poblacional, infraestructura desarrollada y acceso a una variedad de recursos y servicios, pueden influir en la salud mental de las mujeres embarazadas de diversas maneras. Uno de los aspectos más destacados es el acceso a atención médica y servicios de salud, incluida la atención prenatal, suele ser más conveniente debido a la mayor disponibilidad de instalaciones médicas y recursos. Sin embargo, esto puede variar según la ubicación específica y los servicios disponibles en cada ciudad. La falta de conexiones comunitarias sólidas y la competencia por los recursos pueden limitar la formación de redes de apoyo, lo que a su vez podría impactar negativamente en el bienestar emocional de las mujeres embarazadas(23)

**Tabla de frecuencias No. 6 Trimestre de embarazo en el que
presentaron depresión**

Trimestre de embarazo	f	Fr	%	F
a. Primer trimestre	28	0,3111	31%	28
b. Segundo trimestre	32	0,3555	36%	60
c. Tercer trimestre	30	0,3333	33%	90
Totales	90	1	100%	

*Fuente: Cuestionario a mujeres embarazadas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
Elaborado por: Caba Mullo William Washington - Macías Peñafiel Nathaly Azucena.*

Análisis:

Se denota una mayor frecuencia de 32 embarazadas que presentaron depresión desde el segundo trimestre de embarazo, representando al 36% de la población. Esto es relevante, ya que este es un período crítico de desarrollo, donde experimentan una serie de cambios biológicos, hormonales y emocionales que pueden desencadenar una vulnerabilidad particular a los trastornos de salud mental, incluida la depresión. Las mujeres experimentan cambios en su cuerpo y en su sistema hormonal para acomodar el crecimiento y desarrollo del feto, estos son fundamentales para el bienestar del bebé en desarrollo, pero pueden desencadenar una serie de ajustes emocionales en la madre. Las fluctuaciones hormonales pueden influir en el estado de ánimo, la regulación emocional y la percepción del bienestar, factores que han sido relacionados con la aparición de la depresión(21),

Tabla de frecuencias No. 7 Grado de depresión de las embarazadas

Grupo etario	f	Fr	%	F
a. Sin riesgo de depresión	12	0,13333333	13%	13
b. Con Depresión	78	0,86666667	87%	87
Totales	90	1	100%	

*Fuente: Cuestionario a mujeres embarazadas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.
Elaborado por: Caba Mullo William Washington - Macías Peñafiel Nathaly Azucena.*

Análisis:

Existe una frecuencia de 78 embarazadas, que representan al 87% de la población, de acuerdo a la Escala de Edimburgo, presentan depresión. La alta frecuencia de depresión durante el embarazo, acarrea una serie de consecuencias negativas que se extienden más allá de la esfera individual, para la madre, puede desencadenar una serie de dificultades emocionales, psicológicas y físicas. Los síntomas depresivos pueden incluir sentimientos de tristeza persistente, desesperanza, falta de interés en actividades previamente disfrutadas y fatiga, entre otros. Estos síntomas no solo afectan el bienestar emocional de la madre, sino que también pueden tener un impacto negativo en su calidad de vida, sus relaciones interpersonales y su capacidad para cuidar de sí misma y del bebé en gestación. Es imperativo reconocer la importancia de identificar y abordar la depresión durante el embarazo de manera temprana y efectiva(17),

Tabla de frecuencias No. 8 Frecuencia de criterios de la escala de Edimburgo aplicada a embarazadas

Criterios de la escala de Edimburgo		f	Fr	%	F
1. Disfruta del entorno:	a. Si, la mayor parte del tiempo	12	0,1333	14%	12
	b. A veces	30	0,3333	33%	42
	c. Casi nunca	18	0,2	20%	60
	d. Nunca	30	0,3333	33%	90
	Totales	90	1	100%	

Fuente: Cuestionario a mujeres embarazadas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Elaborado por: Caba Mullo William Washington - Macías Peñafiel Nathaly Azucena.

Análisis:

Es evidente que existe una mayor frecuencia de respuestas de 30 embarazadas atendidas en el hospital, representando el 33% de la población manifestó que a veces han sido capaces de reírse y ver el lado divertido de las cosas. En el contexto del embarazo, donde las fluctuaciones hormonales, los cambios físicos y las preocupaciones sobre la maternidad pueden generar una mezcla de emociones intensas, la capacidad de encontrar momentos de alegría puede ser un recurso valioso para enfrentar los desafíos. La falta de interés en experiencias placenteras y la incapacidad para encontrar alegría en situaciones cotidianas pueden ser señales tempranas de un estado emocional deprimido(20),

Tabla de frecuencias No. 9 Frecuencia de criterios de la escala de Edimburgo aplicada a embarazadas

Criterios de la escala de Edimburgo		f	Fr	%	F
2. Disfruta de mirar hacia adelante:	a. Si, la mayor parte del tiempo	18	0,2	20%	18
	b. A veces	36	0,4	40%	54
	c. Casi nunca	24	0,2666	27%	78
	d. Nunca	12	0,1333	13%	90
	Totales	90	1	100%	

Fuente: Cuestionario a mujeres embarazadas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Elaborado por: Caba Mullo William Washington - Macías Peñafiel Nathaly Azucena.

Análisis:

Según la base de datos se observa una frecuencia elevada de 36 embarazadas, que representa al 40% de la población, manifestó que ha a veces ha disfrutado mirar hacia adelante. La perspectiva optimista y la habilidad de anticipar el futuro con cierto grado de alegría pueden actuar como amortiguadores contra el estrés y la ansiedad, especialmente en el contexto de los cambios significativos que el embarazo trae consigo. Esta respuesta podría sugerir que las mujeres embarazadas están experimentando fluctuaciones en su estado de ánimo y en su capacidad para concentrarse en el futuro. La presencia de estos síntomas podría estar relacionada con la ansiedad y el estrés propios del embarazo, así como con las preocupaciones y expectativas relacionadas con la maternidad y el futuro del bebé(17),

Tabla de frecuencias No. 10 Frecuencia de criterios de la escala de Edimburgo aplicada a embarazadas

Criterios de la escala de Edimburgo		f	Fr	%	F
3. Todo lo que pasa es su culpa:	a. Si, la mayor parte del tiempo	24	0,2666	27%	24
	b. A veces	18	0,2	20%	42
	c. Casi nunca	30	0,3333	33%	72
	d. Nunca	18	0,2	20%	90
	Totales	90	1	100%	

Fuente: Cuestionario a mujeres embarazadas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Elaborado por: Caba Mullo William Washington - Macías Peñafiel Nathaly Azucena.

Análisis:

Es notable la alta frecuencia de 30 embarazadas (33%), que casi nunca cuando las cosas le han salido mal, se ha culpado así mismo, esto refleja que podrían contar con un apoyo, que les ayuda a mantener una visión equilibrada de sí mismas y a enfrentar los desafíos con una actitud más constructiva y compasiva. Esto sugiere la influencia del entorno emocional y relacional en la forma en que las mujeres embarazadas experimentan y afrontan el estrés y las dificultades. Dado que los puntos para ciertas preguntas se anotan en orden inverso, la elección de la opción "A veces" puede tener una connotación específica en términos de la gravedad de los síntomas. En este caso, una respuesta "A veces" puede indicar una menor tendencia hacia la autocrítica y la autoatribución de responsabilidad innecesaria, lo cual es un aspecto positivo en el contexto de la salud mental perinatal(20).

Tabla de frecuencias No. 11 Frecuencia de criterios de la escala de Edimburgo aplicada a embarazadas

Criterios de la escala de Edimburgo		f	Fr	%	F
4. Permanente esta nerviosa:	a. Si, la mayor parte del tiempo	12	0,1333	14%	12
	b. A veces	42	0,4666	47%	54
	c. Casi nunca	12	0,1333	13%	66
	d. Nunca	24	0,2666	26%	90
	Totales	90	1	100%	

Fuente: Cuestionario a mujeres embarazadas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Elaborado por: Caba Mullo William Washington - Macías Peñafiel Nathaly Azucena.

Análisis:

Como mencionan los datos, la alta frecuencia de 42 embarazadas, que representa al 47% de la población en estudio, indican que a veces ha estado nerviosa sin ningún motivo. La presencia de esta frecuencia elevada de respuestas "a veces" en relación con el nerviosismo sin motivo puede ser indicativa de un estado emocional complejo y matizado en estas mujeres embarazadas. Este fenómeno puede estar enraizado en las fluctuaciones hormonales y las transformaciones emocionales que son inherentes al embarazo. La presencia de episodios recurrentes de nerviosismo sin motivo podría empeorar la ansiedad y la fatiga en estas mujeres, lo que a su vez podría tener implicaciones para su salud mental y su capacidad para afrontar los desafíos del embarazo(20).

Tabla de frecuencias No. 12 Frecuencia de criterios de la escala de Edimburgo aplicada a embarazadas

Criterios de la escala de Edimburgo		f	Fr	%	F
5. Siente temor:	a. Si, la mayor parte del tiempo	6	0,0666	7%	6
	b. A veces	12	0,133	13%	18
	c. Casi nunca	36	0,4	40%	54
	d. Nunca	36	0,4	40%	90
	Totales	90	1	100%	

Fuente: Cuestionario a mujeres embarazadas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Elaborado por: Caba Mullo William Washington - Macías Peñafiel Nathaly Azucena.

Análisis:

Como mencionan los datos, existe una frecuencia mayor de 36 embarazadas, que representan al 40% de la población en estudio, que indican que casi nunca ha sentido miedo o ha estado asustadiza. Esta capacidad para mantener un nivel más bajo de reactividad emocional podría ser un signo de fortaleza psicológica, lo que les permite afrontar con mayor serenidad las demandas emocionales y físicas inherentes al embarazo. No obstante, es importante considerar la posibilidad de que las respuestas "casi nunca" puedan ser indicativas de un patrón de negación o minimización de emociones y sentimientos. Esta negación de las emociones negativas podría ocultar una experiencia emocional más compleja que merece ser explorada con mayor profundidad(22).

Tabla de frecuencias No. 13 Frecuencia de criterios de la escala de Edimburgo aplicada a embarazadas

Criterios de la escala de Edimburgo		f	Fr	%	F
6. Está abrumada:	a. Si, la mayor parte del tiempo	18	0,2	20%	18
	b. A veces	18	0,2	20%	36
	c. Casi nunca	36	0,4	40%	72
	d. Nunca	18	0,2	20%	90
	Totales	90	1	100%	

Fuente: Cuestionario a mujeres embarazadas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Elaborado por: Caba Mullo William Washington - Macías Peñafiel Nathaly Azucena.

Análisis:

Los datos reflejan una elevada frecuencia de 36 embarazadas, que representa al 40% de la población en estudio, que indican que casi nunca las cosas le han abrumado. Esto sugiere que los desencadenantes de la depresión podrían estar relacionados con las dinámicas y tensiones en el hogar, lo que subraya la importancia de abordar la salud mental desde una perspectiva integral que considera tanto los factores individuales como el contexto familiar y social. Las mujeres que seleccionaron esta opción podrían estar demostrando una forma saludable de afrontamiento y resiliencia emocional. Puede inferirse que estas mujeres han desarrollado estrategias efectivas para abordar las situaciones estresantes, lo que les permite mantener un equilibrio emocional y una sensación de control en medio de las circunstancias cambiantes y exigentes del embarazo(20).

Tabla de frecuencias No. 14 Frecuencia de criterios de la escala de Edimburgo aplicada a embarazadas

Criterios de la escala de Edimburgo		f	Fr	%	F
7. Tiene alteración del sueño:	a. Si, la mayor parte del tiempo	18	0,2	20%	18
	b. A veces	24	0,2666	27%	42
	c. Casi nunca	36	0,4	40%	78
	d. Nunca	12	0,1333	13%	90
	Totales	90	1	100%	

Fuente: Cuestionario a mujeres embarazadas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Elaborado por: Caba Mullo William Washington - Macías Peñafiel Nathaly Azucena.

Análisis:

Como se mencionan en el presente cuadro, existe alta frecuencia de 36 embarazadas, que representa el 40% de las embarazadas que señalaron que casi nunca se ha sentido desdichada. Esta percepción de bienestar emocional podría ser el resultado de una combinación de factores, que van desde el apoyo social y emocional que reciben, hasta las estrategias personales de afrontamiento que han desarrollado. La capacidad para mantener un estado de ánimo generalmente positivo podría ser un reflejo de la adaptación efectiva a las demandas emocionales y físicas del embarazo. Esto indica que las dificultades para dormir podrían tener un impacto en la experiencia emocional de las mujeres embarazadas(21)

Tabla de frecuencias No. 15 Frecuencia de criterios de la escala de Edimburgo aplicada a embarazadas

Criterios de la escala de Edimburgo		f	Fr	%	F
8. Está triste:	a. Si, la mayor parte del tiempo	18	0,2	20%	18
	b. A veces	24	0,2666	27%	42
	c. Casi nunca	36	0,4	40%	78
	d. Nunca	12	0,1333	13%	90
	Totales	90	1	100%	

Fuente: Cuestionario a mujeres embarazadas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Elaborado por: Caba Mullo William Washington - Macías Peñafiel Nathaly Azucena.

Análisis:

En referencia a la escala de Edimburgo, obtiene una alta prevalencia de 36 embarazadas que indican que casi nunca se ha sentido triste o desgraciada, representando al 40% de la población. La presencia de esta respuesta "casi nunca" en relación con sentirse triste o desgraciada podría reflejar una tendencia hacia la estabilidad emocional en estas mujeres embarazadas. Esto podría ser resultado de una combinación de factores, que van desde el apoyo emocional que reciben hasta las estrategias de afrontamiento que han desarrollado. La interacción entre el llanto y la depresión es un aspecto relevante a considerar, ya que el llanto puede ser un síntoma de malestar emocional y podría estar relacionado con la experiencia de tristeza(22).

Tabla de frecuencias No. 16 Frecuencia de criterios de la escala de Edimburgo aplicada a embarazadas

Criterios de la escala de Edimburgo		f	Fr	%	F
9. Presenta de llanto:	a. Si, la mayor parte del tiempo	18	0,2	20%	18
	b. A veces	18	0,2	20%	36
	c. Casi nunca	42	0,4666	47%	78
	d. Nunca	12	0,1333	13%	90
	Totales	90	1	100%	

Fuente: Cuestionario a mujeres embarazadas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Elaborado por: Caba Mullo William Washington - Macías Peñafiel Nathaly Azucena.

Análisis:

Por otra parte, existe una elevada frecuencia de 42 embarazadas que indican que casi nunca se ha sentido desdichada estando llorando, representando al 47% de la población. La presencia de esta respuesta "casi nunca" en relación con sentirse desdichada y llorar podría sugerir que estas mujeres embarazadas tienen una habilidad efectiva para regular sus emociones y gestionar el malestar emocional. La inclusión de cuadros de llanto en los síntomas de depresión enfatiza la importancia de un entorno de apoyo emocional durante el embarazo(17).

Tabla de frecuencias No. 17 Frecuencia de criterios de la escala de Edimburgo aplicada a embarazadas

Criterios de la escala de Edimburgo		f	Fr	%	F
10. Ideas de autolesión:	a. Si, la mayor parte del tiempo	0	0	0%	0
	b. A veces	0	0	0%	0
	c. Casi nunca	0	0	0%	0
	d. Nunca	90	1	100%	90
	Totales	90	1	100%	

Fuente: Cuestionario a mujeres embarazadas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Elaborado por: Caba Mullo William Washington - Macías Peñafiel Nathaly Azucena.

Análisis:

Al examinar en mayor profundidad las respuestas obtenidas a través de la Escala de Edimburgo en relación con la presencia de pensamientos autodestructivos en mujeres embarazadas, se revela una tendencia sorprendente y digna de exploración. Las respuestas proporcionadas a esta pregunta indican una frecuencia total de embarazadas que afirman nunca haber considerado la idea de hacerse daño, abarcando el 100% de la población analizada. Esto sugiere que la relación entre los síntomas depresivos y la ideación suicida puede ser compleja y multifacética(22)

5. Discusión

En base a la interpretación de resultados y para responder las preguntas de la presente investigación, se presentan las siguientes diferencias o similitudes:

Según la Escala de Depresión de Edinburgo, se obtuvo una frecuencia de f 78 embarazadas con depresión postparto (87%). De igual forma, Gómez y otros(22), indicaron que el 66% de las puérperas presentó depresión postparto. Circunstancia similar evidenciada en el estudio de González y otros(20), donde se expuso que el 73% de la población había presentado depresión postparto. Ante esta comparación de resultados, se puede acotar que la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, es una herramienta de detección y no un diagnóstico médico; por tanto, ante la evidencia de los grados de depresión, se debe realizar una evaluación más exhaustiva para conocer los factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a esta frecuencia. Además, es necesario que se tomen medidas, como la educación y la concientización sobre la depresión postparto en las puérperas, para promover la detección temprana y la intervención oportuna en esta institución.

En cuanto a las características sociodemográficas, en el presente estudio se observa una frecuencia de f 38 mujeres embarazadas que son del grupo etario adolescente (42%), en cuanto a la instrucción, hubo una frecuencia de f 52 embarazadas con instrucción secundaria (58%), en cuanto al estado civil, la frecuencia fue de f 46 embarazadas solteras (51%), en relación al nivel socioeconómico la frecuencia es de f 72 embarazadas con salario básico (80%) y en cuanto a la residencia, hubo una frecuencia de f 70 que eran de áreas urbanas (70%). Al ser comparados estos resultados con el estudio de Monterrosa y otros(17), se descubre cierta similitud, por cuanto el 50% de las mujeres embarazadas tenía de 24 a 26 años, con un nivel secundario académico, pero se contrasta en cuanto al estado civil, ya que el 70% se encontraba en unión libre. Así mismo se observa un contraste con Tesfaye y Agenagnew(20), ya que entre sus hallazgos se señala que el 58% de las embarazadas tenía de 16 a 18 años, pero se asimila con el estado civil, donde

el 46% era de estado civil solteras, el 72% tenía un nivel académico secundario y el 64% tenía un nivel económico bajo.

Basándonos en los resultados comparativos de estudios anteriores con la presente investigación, se puede afirmar que la depresión puede afectar a cualquier mujer, sin importar su edad, estado civil, nivel de instrucción o nivel socioeconómico. Sin embargo, algunos estudios han señalado que ciertos factores pueden incrementar el riesgo de depresión, tales como antecedentes previos de depresión, dificultades financieras o falta de apoyo social. Aunque los datos proporcionados muestran una frecuencia de depresión en mujeres con ciertas características, es fundamental tener en cuenta que esta condición puede afectar a cualquier mujer y que existen diversos factores que pueden aumentar el riesgo de desarrollarla.

Referente al trimestre de embarazo en el que presentaron depresión, hubo una mayor frecuencia de 32 mujeres embarazadas que señalaron haberla presentado desde el segundo trimestre de embarazo (36%). Estos hallazgos poseen algo de similitud con los resultados descritos por Ahmed y otros(23), quienes indican que el 46% de las mujeres había presentado depresión durante el segundo trimestre de embarazo. Mientras que existe un contraste con los resultados de Sabir y otros(21), debido a que señalaban que el 30% de las mujeres tuvo depresión en el primer trimestre de embarazo. En el segundo trimestre, la depresión también puede tener impactos significativos. Las mujeres que experimentan depresión durante este período pueden enfrentar altos niveles de estrés y ansiedad, lo que puede afectar su calidad de vida y bienestar emocional.

Es importante destacar que la depresión durante cualquier etapa del embarazo puede tener consecuencias a largo plazo para la salud emocional y mental tanto de la madre como del niño. Los hijos de madres que han experimentado depresión durante el embarazo pueden estar en mayor riesgo de desarrollar problemas emocionales y de comportamiento en la infancia y más adelante en la vida. Por lo tanto, es crucial que se preste atención a la salud mental de las

mujeres embarazadas y se brinde el apoyo adecuado durante todo el embarazo. La detección temprana de la depresión y la provisión de intervenciones y tratamientos adecuados son fundamentales para promover el bienestar tanto de la madre como del bebé y para sentar las bases de una crianza saludable y un desarrollo emocional positivo del niño.

En cuanto a los criterios de referencia de la Escala de Depresión de Edimburgo, hay frecuencia de f 36 de embarazadas que señalaron que a veces ha disfrutado mirar hacia adelante (40%), mientras que hubo una frecuencia f 42 que a veces ha estado nerviosa sin motivo, frecuencia de f 42 que señalan que casi nunca se ha sentido desdichada que no ha podido dormir (47%), otra frecuencia de f 42 que casi nunca se ha sentido triste (40%). Resultados que se asemejan a los obtenidos en la investigación de Monterrosa y otros(17), quienes indicaron que el 71% de las embarazadas, indicaron que ha estado nerviosa y ha sentido miedo sin tener motivo. Por otra parte, Sabir y otros(21), indicaron que el 60% de embarazadas se ha sentido desdichada o desgraciada, pero se contrasta en cuanto a la última pregunta, debido a que indican que el 25% ha tenido la idea de hacerse daños, mientras que en la presente investigación, no hubo una frecuencia que haya tenido la idea de hacerse daño.

A partir de las respuestas observadas por las embarazadas, se ha podido establecer la presencia de síntomas de ansiedad y depresión durante esta etapa. Algunas mujeres experimentan síntomas de ansiedad, lo cual puede estar relacionado con la incertidumbre y los cambios que se producen en la vida durante el embarazo, como la adaptación a un nuevo rol y la preocupación por la salud del bebé. Por otro lado, también se han identificado síntomas de depresión, que pueden ser causados por la falta de apoyo social, el estrés y los cambios en la vida después del parto. En general, los resultados indican que un porcentaje significativo de embarazadas puede experimentar síntomas de ansiedad y depresión. Esto subraya la importancia de identificar y tratar estos síntomas para mejorar la salud mental de las mujeres y su capacidad para cuidar a sus recién nacidos.

6. Conclusiones

Al utilizarse la Escala de Depresión Posparto de Edinburg para evaluar la presencia de depresión en las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, se obtuvo una elevada frecuencia de casos que presentaron depresión, pero que a su vez no son tan severos, que no han llevado a tener ideas de hacerse daño.

El presente estudio se enfocó en analizar las características sociodemográficas de un grupo de mujeres embarazadas que recibieron atención en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Los resultados revelaron una frecuencia significativamente alta de participantes que eran mujeres adolescentes, solteras, con nivel educativo secundario, con un nivel socioeconómico salario básico y procedentes de áreas urbanas. Estos hallazgos son valiosos para comprender la composición del grupo de estudio y brindar información relevante sobre la depresión en mujeres embarazadas atendidas en este hospital.

Además, mediante el análisis de los resultados, se determinó el trimestre de embarazo en el cual se presentó la depresión, y se observó una frecuencia significativamente alta de embarazadas que experimentaron depresión desde el segundo trimestre de embarazo en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

En cuanto a los criterios de la escala, se determina que existe una frecuencia elevada de puérperas que señalan experimentar ocasionalmente se siente nerviosas o se ha sentido triste sin motivo alguno, además algunas indicaron que casi nunca se han sentido tan desdichadas que no han podido dormir. Por lo que es necesario reconocer la importancia de la detección temprana de la depresión posparto y de las ideas suicidas, lo que oriente la necesidad de intervención y tratamiento oportuno por parte de los profesionales de salud.

7. Recomendaciones

Recomendar al personal del Hospital Teodoro Maldonado Carbo que incluya en su práctica clínica la aplicación de la Escala de Depresión de Edimburgo como herramienta de detección temprana. Esto permitirá identificar posibles casos y facilitará la implementación de estrategias preventivas e intervenciones tempranas para tratar esta problemática.

Sugerir al personal que brinde información y educación a las mujeres y sus familias sobre la importancia de la salud mental durante el periodo del embarazo. Esto podría incluir la promoción de hábitos de vida saludable, la identificación temprana de signos y síntomas de depresión, y la promoción de la búsqueda de ayuda profesional si es necesario.

Recomendar realizar un diagnóstico precoz de las manifestaciones clínicas que se presentan en las mujeres para reducir los impactos negativos generados durante el embarazo. Se sugiere que las mujeres acudan regularmente a los controles de salud durante este periodo, lo que permitirá evaluar su estado emocional y brindar un tratamiento oportuno. De esta manera, se podrán prevenir y tratar de manera efectiva las complicaciones asociadas con la depresión.

Aconsejar que, al detectar casos de mujeres con depresión, los profesionales de la salud brinden un apoyo y asesoramiento oportuno, y realicen un seguimiento adecuado no solo dentro del ambiente hospitalario, sino también a través de visitas domiciliarias. De esta manera, se podrá garantizar que las mujeres reciban la atención y el cuidado que necesitan para superar esta condición de manera efectiva.

8. Referencias

1. Xu L, Li J. Effect of prenatal depression during late pregnancy on maternal and neonatal outcomes. 2020 [citado 31 de enero de 2023]; Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/2349>
2. Córdoba Solano AM, Niño Estupiñan IP. Factores de riesgo obstétrico y clínico en el embarazo en mujeres en edad fértil. Alestena Sánchez J M Pereda Serrano Milán Soler J R 2015 Edad Materna Av Como Elem Favor Complic Obstétricas Nacim Rev Cienc Médicas Pinar Río 195 789-802 [Internet]. 2019 [citado 27 de diciembre de 2022]; Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/13568>
3. Loezar-Hernández M, Briones-Vozmediano E, Gea-Sánchez M, Otero-García L, Loezar-Hernández M, Briones-Vozmediano E, et al. Percepción de la atención sanitaria en la primera experiencia de maternidad y paternidad. Gac Sanit [Internet]. 2022 [citado 23 de abril de 2023];36(5). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112022000500004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Martínez-Paredes JF, Jácome-Pérez N. Depresión en el embarazo. Rev Colomb Psiquiatr Engl Ed [Internet]. 2019 [citado 31 de enero de 2023];48(1). Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-colombiana-psiquiatria-english-edition--479-articulo-depression-in-pregnancy-S2530312018300651>
5. Pariona Gutierrez E, Moquillaza Alcántara V, García Cajaleón J, Cuya Candela E, Pariona Gutierrez E, Moquillaza Alcántara V, et al. Factores psicosociales asociados a la depresión en gestantes atendidas en un centro materno infantil peruano, 2018. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2020 [citado 23 de abril de 2023];85(5). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262020000500494&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Herrera KW. Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2018 [citado 12 de enero de 2023];3(1).

- Disponible en:
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/109>
7. Monterrosa-Castro Á, Rodelo-Correa A, Monterrosa-Blanco A, Morales-Castellar I, Monterrosa-Castro Á, Rodelo-Correa A, et al. Factores psicosociales y obstétricos asociados con depresión, ansiedad o estrés psicológico en embarazadas residentes en el Caribe colombiano. *Ginecol Obstet México* [Internet]. 2022 [citado 12 de enero de 2023];90(2). Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0300-90412022000200134&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 8. Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2020 [citado 12 de enero de 2023];31(2). Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-depresion-perinatal-deteccion-diagnostico-estrategias-S0716864020300183>
 9. Ruiz-Acosta GJ, Organista-Gabriel H, López-Avenida RA, Cortaza-Ramírez L, Vinalay-Carrillo I. Prevalencia de Depresión en Embarazadas de una Institución de Salud de Primer Nivel. *Rev Salud Adm.* 2017;4(12):25-30.
 10. Aktas S, Yesilcicek Calik K. Factores que afectan la depresión durante el embarazo y la correlación entre el apoyo social y la depresión del embarazo. *Iran Red Crescent Med J* [Internet]. 2017 [citado 31 de enero de 2023];17(9). Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4601205/>
 11. Organización Panamericana de la Salud. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. 2018; Disponible en:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49117?locale-attribute=es>
 12. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Rev Panam Salud Pública.* 28 de junio de 2018;42:e97.
 13. Valcárcel C, Montero C, Magallanes JB, Yasel S. La depresión de la mujer en torno al parto. Una revisión de propuestas de intervención con

- enfoque cognitivo conductual. INSPILIP [Internet]. 2020 [citado 12 de enero de 2023]; Disponible en: <https://www.inspilip.gob.ec/index.php/inspi/article/view/241>
14. Gelaye B, Rondon M, Araya R, Williams MA. Epidemiología de la depresión materna, factores de riesgo y resultados infantiles en países de bajos y medianos ingresos. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2017 [citado 31 de enero de 2023];3(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5155709/>
 15. Borrero Narváez IE, Castro Vintimilla SA. Frecuencia de depresión posparto en puérperas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-Ecuador. 2017 [Internet] [bachelorThesis]. 2017 [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/28274>
 16. Ceballos Ospino GA, Suárez Colorado Y, Arenas Ibarra K, Salcedo Rivero N. Adolescentes gestantes: características sociodemográficas, depresión e ideación suicida. *Rev Psicol Univ Antioquia* [Internet]. 2018 [citado 23 de abril de 2023];5(2). Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2145-48922013000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
 17. Monterrosa-Castro Á, Rodelo-Correa A, Monterrosa-Blanco A, Morales-Castellar I. Factores psicosociales y obstétricos asociados con depresión, ansiedad o estrés psicológico en embarazadas residentes en el Caribe colombiano. *Ginecol Obstet México* [Internet]. 2022 [citado 29 de junio de 2023];90(02). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=104015>
 18. Pariona Gutierrez E, Moquillaza Alcántara V, García Cajaleón J, Cuya Candela E, Pariona Gutierrez E, Moquillaza Alcántara V, et al. Factores psicosociales asociados a la depresión en gestantes atendidas en un centro materno infantil peruano, 2018. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2020 [citado 29 de junio de 2023];85(5). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262020000500494&lng=es&nrm=iso&tlng=es

19. Chang F, Fan X, Zhang Y, Tang B, Jia X. Frecuencia de síntomas depresivos y factores correlacionados entre mujeres embarazadas durante su segundo y tercer trimestre en el noroeste rural de China: un estudio transversa. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022 [citado 29 de junio de 2023];22(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04340-0>
20. Tesfaye Y, Agenagnew L. Depresión prenatal y factores asociados entre mujeres embarazadas que asisten al servicio de atención prenatal en el centro de salud de Kochi, ciudad de Jimma, Etiopía. *J Pregnancy* [Internet]. 2021 [citado 29 de junio de 2023];2021. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7884161/>
21. Sabir M, Nagi MLF, Kazmi TH. Frecuencia de depresión prenatal entre mujeres que reciben atención prenatal durante el último trimestre del embarazo en un instituto privado de atención terciaria de Lahore. *Pak J Med Sci* [Internet]. 2019 [citado 29 de junio de 2023];35(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6500825/>
22. Wegbom AI, Edet CK, Ogba AA, Osaro BO, Harry AM, Pepple BG, et al. Determinants of Depression, Anxiety, and Stress among Pregnant Women Attending Tertiary Hospitals in Urban Centers, Nigeria. *Women* [Internet]. 2023 [citado 29 de junio de 2023];3(1). Disponible en: <https://www.mdpi.com/2673-4184/3/1/3>
23. Ahmed S, Jabbar S, Bozdar M, Ali S, Memon K, Begum A. Antenatal Depression among Pregnant Women at a Tertiary Care Hospital. *Pak J Med Health Sci* [Internet]. 2022 [citado 29 de junio de 2023];16(04). Disponible en: <https://pjmhsonline.com/index.php/pjmhs/article/view/922>
24. Solano MS, Mejía ALP, Madrigal JC. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 2019 [citado 16 de enero de 2023];4(6). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/248>
25. Moldenhauer J. Manual MSD versión para profesionales. 2022 [citado 16 de enero de 2023]. Depresión posparto - Ginecología y obstetricia. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es->

ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/atenci%C3%B3n-
posparto-y-trastornos-asociados/depresi%C3%B3n-posparto

26. González-González A, Casado-Méndez PR, Molero-Segrera M, Santos-Fonseca RS, López-Sánchez I, González-González A, et al. Factores asociados a depresión posparto. Rev Arch Méd Camagüey [Internet]. 2019 [citado 16 de enero de 2023];23(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552019000600770&lng=es&nrm=iso&tlng=es
27. Vallecampo A. Relación entre riesgo y factores asociados a depresión postparto del puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico. Crea Cienc Rev Científica. 2021;14(1):12-24.
28. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Carmen Fernández Alonso M del, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. Aten Primaria [Internet]. 2018 [citado 16 de enero de 2023];50. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevencion-trastornos-salud-mental-atencion-S0212656718303640>
29. Anduaga YL, Hernández REG, Carbajal MJL. Depresión posparto como factor asociado al abandono de la lactancia materna. Aten Fam [Internet]. 2019 [citado 16 de enero de 2023];26(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88214>
30. Villanea CF. Psicosis postparto. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2018 [citado 16 de enero de 2023];3(8). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/134>
31. Camps MM. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto. MUSAS Rev Investig En Mujer Salud Soc [Internet]. 2017 [citado 16 de enero de 2023];2(1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5888689>
32. Fernández E. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado 16 de enero de 2023]. La depresión posparto: intervenciones psicológicas y

- farmacológicas. Disponible en: <https://revistamedica.com/depresion-posparto-intervenciones-psicologicas-farmacologicas/>
33. Sanabria LS, Tezpa DI, Ramos MF. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Acta Médica Grupo Angeles [Internet]. 2022 [citado 16 de enero de 2023];20(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=104280>
 34. Santiago Sanabria L, Islas Tezpa D, Flores Ramos M, Santiago Sanabria L, Islas Tezpa D, Flores Ramos M. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Acta Médica Grupo Ángeles. junio de 2022;20(2):173-7.
 35. Gonzales EPZ, Gallegos WLA, Toia AM del C, Rivera R, Condori ML. Depresión postparto en mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Arequipa. Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. 2020 [citado 16 de enero de 2023];46(1). Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/502>
 36. Dutan EVH, Alvarez MGC, Pacheco AVG. Factores de riesgo relacionados con la depresión postparto. Rev Vive [Internet]. 2022 [citado 16 de enero de 2023];5(15). Disponible en: <https://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/221>
 37. Macedo K, Marquina P, Corrales I, Mejía C. Factores asociados a síntomas depresivos en madres con hijos hospitalizados en unidades de pediatría y neonatología en Perú: estudio de casos y controles [Internet]. 2019 [citado 16 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/investigacion/estudios/7649.html>
 38. Ortigosa MA, Narváez NM, Floriano JCC, Torre FJM de la. Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica. Enferm Cuid [Internet]. 2022 [citado 16 de enero de 2023];5(3). Disponible en: <https://enfermeriacuidandote.com/article/view/4645>
 39. Malpartida Ampudia MK. Depresión postparto en atención primaria. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2020 [citado 16 de enero de 2023];5(2). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/355>

40. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* junio de 1987;150:782-6.
41. Macías-Cortés E del C, Lima-Gómez V, Asbun-Bojalil J, Macías-Cortés E del C, Lima-Gómez V, Asbun-Bojalil J. Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas. *Gac Médica México.* junio de 2020;156(3):202-8.
42. López-Janer CA, Quirós P, Cabestrero R. Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión de Edimburgo en una Muestra Argentina. *Rev Iberoam Diagnóstico Eval - E Aval Psicológica [Internet].* 2021 [citado 16 de enero de 2023];4(61). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4596/459669144004/html/>
43. Míguez Martín M del P. Depresión postparto: Cuestionario Edimburgo en el puerperio. 2019 [citado 16 de enero de 2023]; Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/36692>
44. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. Primera. Vol. 1. Montecristi, Ecuador: Asamblea Constituyente; 2008. Disponible en: https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
45. El Congreso Nacional. Ley Orgánica de Salud [Internet]. Sec. El Congreso Nacional 2012. Disponible en: https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf
46. Consejo Nacional de Planificación. Plan Nacional de Desarrollo Toda una vida. 2018;1(1). Disponible en: http://www.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_ecuador_0244.pdf
47. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017 - 2021. febrero de 2017;1(1):278.

48. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry J Ment Sci. junio de 1987;150:782-6.

ANEXOS



Guayaquil, 07 de Junio del 2023



Sr. Cabas Mullo William Washington
Srta. Macías Peñafiel Nathaly Azucena
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y Estética
Terapia Física

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez les comunica, que su tema de trabajo de titulación: **"Frecuencia de ansiedad y depresión en embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de tercer nivel de la ciudad de Guayaquil, 2022."** ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, su tutora asignada es la Lic. Olga Argentina Muñoz Roca.



Me despido deseándole éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,

Lcda. Ángela Mendoza Vincés
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Tel: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-
4671
Guayaquil-Ecuador

Cc: Archivo

Memorando Nro. IESS-HTMC-CGI-2023-0141-FDQ
Guayaquil, 21 de Junio de 2023

**PARA: NATHALY AZUCENA MACÍAS PEÑAFIEL
ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**WASHINGTON WILLI CABA MULLO
ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

De mi consideración:

Por medio de la presente, informo a usted que ha sido resuelto factible su solicitud para que pueda realizar su trabajo de Tesis **“FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EMBARAZADAS”**, una vez que por medio del memorando Nro. IESS-HTMC-CGE-2023-2562-M de fecha 16 de Junio del 2023, firmado por el Espc. Marco Antonio Amores Villacres – Coordinador General de Enfermería, se remite el informe favorable a la misma.

Por lo antes expuesto reitero que puede realizar su trabajo de Tesis siguiendo las normas y reglamentos del hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Atentamente,



JAVIER HUMBERTO
CARRILLO UBIDIA

**ESPC. JAVIER CARRILLO UBIDIA
COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN,
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES – TEODORO MALDONADO CARBO**

Referencias:

- Solicitud

mm



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA

Tema: Frecuencia de depresión en embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de tercer nivel de la ciudad de Guayaquil, 2022.

Objetivo: Recabar información referente a la frecuencia de depresión en el embarazo.

Instrucciones para la encuestado:

- La encuesta es anónima no requiere incluir sus datos personales, sea lo más sincero/a posible para la veracidad de los datos que se requiere.
- Escriba una "X" en los casilleros en blanco de las preguntas que a continuación se detallan.
- Gracias por la colaboración

1. Grupo etario

- a. Adolescente
b. Adulto joven
c. Adulto de edad media

4. Nivel socioeconómico

- a. Bajo
b. Medio
c. Alto

2. Instrucción

- a. Ninguna
b. Primaria
c. Secundaria
d. Superior

5. Residencia

- a. Rural
b. Urbana
c. Marginal

3. Estado civil

- a. Soltera
b. Casada
c. Divorciada
d. Unión de hecho

7.-Trimestre del embarazo que presentó el embarazo

- a. Primer trimestre
b. Segundo trimestre
c. Tercer trimestre

ESCALA DE DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO DE EDINBURGH EPDS

1	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:	a) Tanto como siempre	
		b) No tanto ahora	
		c) Mucho menos ahora	
		d) No, nada	
2	He disfrutado mirar hacia delante:	a) Tanto como siempre	
		b) Menos que antes	
		c) Mucho menos que antes	
		d) Casi nada	
3	Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:	a) Sí, la mayor parte del tiempo	
		b) Sí, a veces	
		c) No con mucha frecuencia	
		d) No, nunca	
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:	a) No, nunca	
		b) Casi nunca	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, con mucha frecuencia	
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:	a) Sí, bastante	
		b) Sí, a veces	
		c) No, no mucho	
		d) No, nunca	
6	Las cosas me han estado abrumando:	a) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	
		b) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	
		c) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	
		d) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:	a) Sí, la mayor parte del tiempo	
		b) Sí, a veces	
		c) No con mucha frecuencia	
		d) No, nunca	
8	Me he sentido triste o desgraciada:	a) Sí, la mayor parte del tiempo	
		b) Sí, bastante a menudo	
		c) No con mucha frecuencia	
		d) No, nunca	
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:	a) Sí, la mayor parte del tiempo	
		b) Sí., bastante a menudo	
		c) Sólo ocasionalmente	
		d) No, nunca	
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:	a) Sí, bastante a menudo	
		b) A veces	
		c) Casi nunca	
		d) Nunca	

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada:
a) = 0 puntos, b) = 1 punto, c) = 2 puntos d) = 3 puntos

El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, en pleno uso de mis facultades mentales y libre voluntad, acepto participar en la encuesta titulada **“Frecuencia de depresión en embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de tercer nivel de la ciudad de Guayaquil, 2022”**, realizada por **Cabas Mullo William Washington y Macías Peñafiel Nathaly Azucena**, estudiantes de enfermería de la Universidad Católica.

Entiendo que mi participación en esta encuesta es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin ninguna consecuencia negativa. Asimismo, estoy plenamente consciente de que toda la información proporcionada en esta encuesta se mantendrá de manera confidencial y discreta. Mis datos personales serán tratados con estricta confidencialidad y solo serán utilizados con el propósito de esta investigación.

Al firmar este consentimiento informado, confirmo mi plena comprensión de los términos y condiciones descritos anteriormente y doy mi consentimiento para participar en la encuesta.

Firma o rubrica



Caba Mullo, William Washington
C.C. No. 0958886517

Macías Peñafiel, Nathaly Azucena
C.C. No. 0930814389

Guayaquil,.....









**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Caba Mullo, William Washington**, con C.C: # **0958886517**, autor del trabajo de titulación: **Frecuencia de depresión en embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de tercer nivel de la ciudad de Guayaquil, 2022**, previo a la obtención del título de **Licenciado en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los 01 días del mes de septiembre del 2023

f.

Caba Mullo, William Washington

C.C: 0958886517



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Macías Peñafiel, Nathaly Azucena**, con C.C: # **0930814389**, autora del trabajo de titulación: **Frecuencia de depresión en embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de tercer nivel de la ciudad de Guayaquil, 2022**, previo a la obtención del título de **Licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los 01 días del mes de septiembre del 2023

f. _____

Macías Peñafiel, Nathaly Azucena

C.C: 0930814389



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Frecuencia de depresión en embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de tercer nivel de la ciudad de Guayaquil, 2022		
AUTOR(ES)	Caba Mullo, William Washington Macías Peñafiel, Nathaly Azucena		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Muñoz Roca, Olga Argentina, Msc.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Carrera de Enfermería		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 Septiembre del 2023	No. DE PÁGINAS:	70
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Pública, salud materno-infantil, depresión		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Frecuencia, mujeres, embarazo, trastornos depresivos.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La depresión en embarazadas es un tema de suma importancia debido a sus impactos tanto en la salud física como en la calidad de vida de la gestante; esto genera cambios somáticos y cognitivos que pueden causar sentimientos de desesperanza, trastornos e ideación suicida. Objetivo: Determinar la frecuencia de depresión en embarazadas asistidas en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, 2022. Metodología: descriptivo, cuantitativo, prospectivo, de corte transversal. Población: 85 embarazadas del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo. Técnica: Encuesta, Instrumento: Cuestionario de preguntas y Escala de Edinburg. Resultados: Con respecto a las características, en la edad, la frecuencia estuvo acentuada entre adolescentes Fr 38 (42%); con instrucción secundaria Fr 52 (58%); de estado civil solteras Fr (51%); con nivel socioeconómico salario básico Fr 72 (80%); que reside en áreas urbanas Fr 70 (78%); que presentaron depresión en el segundo trimestre de embarazo Fr 32 (36%); que de acuerdo a la Escala de Edinburg presentaron depresión Fr 78 (87%), señalando que a veces ha disfrutado mirar hacia adelante Fr 36 (40%), que a veces ha estado nerviosa sin motivo Fr 42 (47%), que casi nunca se ha sentido desdichada que no ha podido dormir Fr 36 (40%) y que casi nunca se ha sentido triste Fr 36 (40%). Conclusión: Es evidente la frecuencia de mujeres embarazadas que presentan depresión; ante lo cual es crucial desarrollar controles que brinden tanto apoyo tanto físico como psicológico, para detectar y prevenir patologías que pueden causar graves complicaciones.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0967621945 0968454217	E-mail: Williandjcaba16@hotmail.com nathymac20@outlook.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, Msc Teléfono: +593-993142597 E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			