



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Psicología

“DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN GESTANTES DE UN CENTRO MATERNO INFANTIL DEL DISTRITO DE COMAS”

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciado en Psicología

Autor:

Luis Enrique Moreno Estremadoyro

Asesor:

Mg. Eduardo Manuel Yopez Oliva

Lima - Perú

2020

ACTA DE AUTORIZACIÓN PARA SUSTENTACIÓN DE TESIS

El asesor Mg. Eduardo Manuel Yopez Oliva, docente de la Universidad Privada del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera profesional de PSICOLOGÍA, ha realizado el seguimiento del proceso de formulación y desarrollo de la tesis del estudiante:

- Moreno Estremadoyro, Luis Enrique

Por cuanto, **CONSIDERA** que la tesis titulada: Depresión y apoyo social en gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas para aspirar al título profesional de: Licenciado en Psicología por la Universidad Privada del Norte, reúne las condiciones adecuadas, por lo cual, **AUTORIZA** al o a los interesados para su presentación.

Mg. Eduardo Manuel Yopez Oliva
Asesor

ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS

Los miembros del jurado evaluador asignados han procedido a realizar la evaluación de la tesis del estudiante Luis Enrique Moreno Estremadoyro para aspirar al título profesional con la tesis denominada: "Depresión y apoyo social en gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas".

Luego de la revisión del trabajo, en forma y contenido, los miembros del jurado concuerdan:

Aprobación por unanimidad

Aprobación por mayoría

Calificativo:

Excelente [20 - 18]

Sobresaliente [17 - 15]

Bueno [14 - 13]

Calificativo:

Excelente [20 - 18]

Sobresaliente [17 - 15]

Bueno [14 - 13]

Desaprobado

Firman en señal de conformidad:

Mg. Mauro Cerón Salazar
Jurado
Presidente

Mg. Johnny Enciso Ríos
Jurado

Mg. Karim Talledo Sánchez
Jurado

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, por darme la oportunidad de vivir, llegar hasta este punto y haberme dado salud para alcanzar mis metas. A mi madre, que ha sabido formarme con buenos valores y guiado por el camino correcto, le dedico todo mi esfuerzo y trabajo puesto en la presente investigación.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a Dios, por haberme acompañado y guiado siempre; a mi madre, por ser el pilar más importante y una de las fuentes de motivación en mi vida. Gracias por haberme apoyado durante mi formación profesional, creyendo en mi en todo momento. No tengo palabras para expresar lo infinitamente agradecido que estoy contigo. Gracias, mamá.

TABLA DE CONTENIDOS

ACTA DE AUTORIZACIÓN PARA SUSTENTACIÓN DE TESIS	2
ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS.....	3
DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO	5
ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE FIGURAS.....	8
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	11
1.1. Realidad problemática	11
1.2. Formulación de problema	14
1.3. Objetivos	14
1.4. Hipótesis	15
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	15
2.1. Tipo de investigación	15
2.2. Unidad de estudio.....	16
2.3. Población	16
2.4. Muestra	16
2.5. Técnicas, instrumentos, procedimientos y análisis de datos	19
2.6. Aspectos éticos	29
CAPÍTULO III. RESULTADOS.....	30
3.1. Análisis de normalidad de las variables de estudio.....	30
3.2. Análisis correlacional de las variables de depresión y apoyo social	31
3.3. Relación entre la depresión y apoyo social en gestantes.....	32
3.4. Prevalencia de depresión en gestantes.....	34
3.5. Niveles de apoyo social en gestantes	35
3.6. Relación entre características demográficas y la depresión en gestantes.....	36
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	41
4.1. Discusión.....	41
4.2. Conclusiones.....	43
4.3. Recomendaciones.....	44
REFERENCIAS	45
ANEXOS	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de la muestra	18
Tabla 2. Análisis factorial de la Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS)	22
Tabla 3. Análisis de confiabilidad según el coeficiente Alfa de Cronbach aplicada en la Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS)	22
Tabla 4. Índices de consistencia interna de la Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS)	23
Tabla 5. Análisis factorial del Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS).....	26
Tabla 6. Índices de consistencia interna de la dimensión de Apoyo Emocional, Apoyo Instrumental, Interacción Social Positiva y Apoyo Afectivo de la Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS).....	27
Tabla 7. Resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables de estudio.....	30
Tabla 8. Coeficiente de correlación entre Depresión y Apoyo Social.....	31
Tabla 9. Correlaciones entre Depresión y las dimensiones de Apoyo Social.....	31
Tabla 10. Relación entre la depresión y apoyo social en mujeres gestantes que acuden a un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.....	32
Tabla 11. Relación entre la depresión y las dimensiones de apoyo social en gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.....	33
Tabla 12. Depresión según los resultados de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)	34
Tabla 13. Apoyo Social según los resultados del Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS).....	35
Tabla 14. Tipos de Apoyo Social según los resultados del Cuestionario MOS en las gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.	36
Tabla 15. Depresión en relación a las etapas de desarrollo de las gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.	37
Tabla 16. Depresión en relación al grado de instrucción de las gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.	38
Tabla 17. Depresión en relación al estado civil de las gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.	40

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Relación entre la depresión y apoyo social en gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.	33
Figura 2. Depresión en relación a las etapas de desarrollo de las gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.	38
Figura 3. Depresión en relación al grado de instrucción de las gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.	39
Figura 4. Depresión en relación al grado de las gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.	40

RESUMEN

Introducción. La depresión durante la gestación es un problema prevalente a nivel mundial y de mucha importancia, el cual afecta la salud de la gestante e infante. Existen escasos estudios que relacionen el tema de depresión y apoyo social durante la gestación. **Objetivo.** Determinar la relación existente entre la depresión y el apoyo social en mujeres gestantes. **Diseño.** Se utilizó el diseño de tipo no experimental, correlacional y transversal. **Institución.** Un Centro Materno Infantil del distrito de Comas, Lima, Perú. **Intervenciones.** Previo consentimiento informado, las gestantes realizaron el llenado del instrumento de recolección de datos demográficos, asimismo se empleó la Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS) y el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS). La muestra fue no probabilística por cuotas, conformada por 205 gestantes cuyas edades fueron entre 18 y 42 años. Los datos fueron procesados a través del software estadístico SPSS 22.0. **Resultados.** La prevalencia de depresión prenatal fue de 19.5%. La asociación entre las variables depresión prenatal y apoyo social resultó una correlación negativa de grado moderado ($\rho = -.529$). **Conclusiones.** La depresión prenatal se asoció significativamente de forma negativa a la presencia de apoyo social. La prevalencia de depresión coincide con la tasa de referencia mundial, se requiere medidas apropiadas para su detección e intervenir principalmente en el primer nivel de atención.

Palabras clave: Depresión, apoyo social, mujeres, gestación

ABSTRACT

Introduction Depression during gestation is a prevalent problem worldwide and of great importance, which affects the health of the pregnant woman and infant. There are few studies that relate the subject of depression and social support during pregnancy. **Objective.** To determine the relationship between depression and social support in pregnant women. **Design** Non-experimental, correlational and transversal design is used. **Institution.** A Mother and Child Center in the Comas district, Lima, Peru. **Interventions.** Prior informed consent, the pregnant women filled out the instrument for collecting demographic data, and used the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the Perceived Social Support Questionnaire (MOS). The sample consisted of 205 pregnant women between the ages of 18 and 42. The data were processed in the statistical software SPSS 22.0. **Results.** The prevalence of prenatal depression was 19.5%. The association between the variables prenatal depression and social support resulted in a moderate negative correlation ($\rho = -.529$). **Conclusions.** Prenatal depression was significantly associated negatively with the presence of social support. The prevalence of depression coincides with the global reference rate, appropriate measures are required for its detection and intervention primarily at the first level of care.

Palabras clave: Depression, social support, women, gestation

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

La depresión hoy en día es una de las enfermedades mentales que más limita en las capacidades de las personas que existe en el mundo. La carga de la depresión en las mujeres es mayor que en los varones; trasladado al contexto de la presente investigación que es la del período de gestación, la prevalencia de la depresión también ocurre durante la edad reproductiva y tiene un curso variable y de alto riesgo de recurrencia.

La depresión es una enfermedad mental con una desmesurada prevalencia, la cual está caracterizada por los siguientes síntomas: tristeza, abulia, anhedonia, baja autoestima y sentimientos de culpa. De mismo modo en su curso aparecen trastornos del sueño y apetito, cansancio y falta de concentración. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012).

Según cifras del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi [INSM "HD-HN"] (2002), la depresión en la actualidad afecta a 1.700.000 personas en el Perú, de las cuales el 70% son mujeres.

La OMS (2006) afirma que en un futuro cercano la segunda discapacidad principal a nivel mundial será la depresión; específicamente en países desarrollados ocupará el tercer lugar y en países en vías de desarrollo como el Perú, se establecerá en el primer lugar. Asimismo, determina que más 350 millones de personas en el mundo sufren de esta afección a la salud mental y la mayoría de las personas que la experimentan no requieren ni reciben un tratamiento adecuado.

Particularmente, la depresión durante la gestación es una entidad clínica que no es muy reconocida a pesar de su alta prevalencia y sus graves efectos en la salud de la madre y el infante. Este hecho incrementa tanto el riesgo de resultado perinatal como el de alternaciones del desarrollo y la salud del feto hasta la adultez.

La depresión durante la etapa de embarazo es el principal predictor de depresión posparto y posible recurrencia de episodios depresivos a lo largo de la vida de la mujer. Por otra parte, se tiene en cuenta el período de sensibilidad emocional en la etapa de gestación, así como también en las limitaciones de sus capacidades físicas, estas características pueden sumarse a la carga de la depresión.

En América Latina y el Caribe según un informe de la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2012) refiere que en la epidemiología de las enfermedades psicológicas atendidas en la población adulta hay un predominio del 5% que sufre depresión, sin embargo, seis de cada diez personas no reciben tratamiento; y que de entre dos a cuatro de cada diez madres tiene depresión durante la etapa de gestación o postparto.

Asimismo, la depresión es un factor de riesgo de aborto espontáneo, así como también la situación de complicaciones en el embarazo ocasionando un parto prematuro y bajo peso al nacer, además el factor de riesgo para la salud del niño ocasionando retraso en su desarrollo psicomotor, rasgos depresivos, trastornos de atención y de conducta, trastorno disocial y pobre desempeño académico.

En una investigación realizada en Colombia por Borda et al. (2013) encontraron una prevalencia de depresión de 19,2% en una muestra de 151 embarazadas; porcentaje coincidente con los valores de referencia mundial, que indican que oscila entre un 7 y 24%. También se encontró que la presencia de disfuncionalidad familiar leve o grave aumenta aproximadamente 3 veces el padecimiento de la depresión en la gestación. Asimismo, los factores de riesgo para presentar depresión fueron la ocupación fuera de casa y antecedentes de aborto.

De mismo modo, Ruiz et al. (2017) en una investigación realizada en México en una Institución de Salud de Primer Nivel y con una muestra de 89 gestantes en base a un rango de edad de 16 y 42 años, obtuvieron como resultado una prevalencia de depresión de 23.6%. El rango de edad con mayor depresión fue de 16 a 20 años y el estado civil predominante afectado fue el de unión libre o conviviente.

Por su parte, Luna et al. (2009) en su investigación encontraron que, de 222 gestantes peruanas, 89 (40.1%) presentaron depresión mayor. Asimismo, 24 gestantes (10,8%) refirieron tener una mala relación con su pareja y 11 (5,0%) no contaban con el apoyo de su familia. La gran mayoría de las participantes refirió tener problemas personales, familiares o económicos. Como factor protector se encontró que las mujeres casadas tendían a deprimirse menos.

Posteriormente, Bao, Vega, y Saona (2010) llevaron a cabo una investigación en el Perú con la finalidad de descubrir la prevalencia de depresión. La muestra estuvo conformada por 203 gestantes de las cuales se alcanzó un puntaje 34,7% de prevalencia. Además, se obtuvo como resultado que las categorías asociadas al presentar depresión fueron ser soltera, no

haber tenido estudios superiores, no desear el embarazo y haber presentado un diagnóstico de depresión previo.

Lam et al. (2010), en su investigación realizada a 593 gestantes en el Perú que contaban con una media de edad de 28.6 años, obtuvieron una prevalencia de 34.1% de depresión mayor. Por otra parte, concluyeron que las gestantes que presentaron niveles significativamente menores de depresión fueron las que tenían: el adecuado apoyo emocional, el adecuado nivel de relaciones sociales y el adecuado apoyo afectivo.

El apoyo social comprende la ayuda emocional, informática, instrumental y valorativa. Los mencionados tipos de ayuda pueden ser brindados por personas ajenas o no al núcleo familiar con la finalidad de mantener la salud y el bienestar de la persona, promocionando así sus adaptaciones a los sucesos del ciclo vital y promoviendo su desarrollo personal. (Castro y Reyes, 2012; citados en Ostertag, 2014)

El apoyo social está relacionado a la cantidad y calidad de relaciones sociales, las cuales pueden generar mecanismos de regulación fisiológicos para hacer frente a problemas de salud a través de procesos psicológicos o conductuales. Por otra parte, la ausencia de una red de apoyo social puede generar factores de riesgo al individuo, produciendo mayor estrés y comprometiendo el funcionamiento del organismo. (Barra, 2004).

Investigaciones realizadas por Ayers y Pickering (2005) y Rodríguez-Incio (2009) citados en Guarino et al. (2013), indagaron que un bajo apoyo social durante el embarazo está asociado con síntomas depresivos y ansiedad incluso durante el postparto inmediato o nacimiento.

En este sentido, se evidencia que el apoyo familiar y social constituye un factor protector en el proceso de gestación de una mujer; un soporte social garantiza a lo largo de la gestación contrarrestar la aparición de factores estresantes que contribuyen a la aparición de cuadros depresivos. (Jeong, 2013)

El estado de salud se relaciona positivamente con el apoyo social y tiene un impacto beneficiario en la salud. El apoyo social puede reforzar la autoestima, el sentido de control y la capacidad para enfrentar una enfermedad como lo es la depresión en la gestación, generando cambios positivos en el estado actual de la persona. (Barra, 2004)

El factor de apoyo social resulta ser muy importante en la salud mental de las gestantes y personas en general, influye en el estado anímico y es comprobado en la evidencia de las investigaciones. La falta de apoyo social puede afectar desfavorablemente en la gestación,

siendo un factor de riesgo para presentar un episodio depresivo, generando complicaciones psíquicas y médicas en su estado de salud, así como también la predisposición genética que pueda presentar el infante próximo a nacer.

La salud mental de gestantes en el Perú es uno de los campos donde existe mayor abandono en el sistema de salud. Es una realidad que no existe ningún nivel de atención o un servicio de salud mental que se encargue de abordar el bienestar mental de las mujeres durante el período perinatal y postnatal. (Lam y col., 2008).

En relación con la escasez de información en literatura científica de índole nacional e internacional, esta investigación se suma como evidencia acerca de la depresión en el período de gestación existente y prevalente a nivel mundial. Por tal motivo es que la depresión en relación con el apoyo social merece una atención especial en el presente estudio de investigación bajo la siguiente pregunta: ¿Existe relación entre la depresión y el apoyo social en gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas?

1.2. Formulación de problema

¿Existe relación entre depresión y apoyo social en gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas?

¿Existe relación entre la depresión y las características demográficas como edad, grado de instrucción, estado civil de las gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación existente entre la depresión y el apoyo social en gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito Comas.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de depresión en gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.
- Identificar los niveles de apoyo social en gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.

- Determinar la relación entre la depresión y las características demográficas como edad, grado de instrucción y estado civil de las gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis General

H1: Existe relación significativa entre la depresión y el apoyo social en gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.

H0: No existe relación significativa entre la depresión y el apoyo social en gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.

1.4.2. Hipótesis Específicas

H2: Existe relación significativa entre la depresión y las características demográficas como edad, grado de instrucción, estado civil en gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.

H0: No existe relación significativa entre la depresión y las características demográficas como edad, grado de instrucción, estado civil en gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo de investigación

El tipo es no experimental, correlacional y transversal.

Las investigaciones no experimentales son aquellas que son aplicadas al estudio que se realizan sin manipulación deliberada de variables y solo se observan los fenómenos naturales para después analizarlos. Así también, esta investigación es transversal o transeccional, porque recolectan datos en un único tiempo o circunstancia, con la finalidad de describir, investigar o mencionar variables y analizar su incidencia o interrelación en un momento dado. Finalmente, es correlacional, porque se evalúa la relación que existan entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

La presente investigación, busca descubrir y observar una relación cause y efecto entre la depresión y el apoyo social en gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas. Para obtener lo mencionado, no se manipulará ninguna variable, con la finalidad de no mixtificar los resultados obtenidos y la información basada en un único momento.

2.2. Unidad de estudio

Mujer gestante de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.

2.3. Población

La población está conformada por 205 gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.

2.4. Muestra

La muestra realizada para el presente estudio se realizó bajo la técnica no probabilístico por cuotas, porque los elementos no dependen de la probabilidad, sino de las causas que están relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. Asimismo, es por cuotas porque la administración de cuestionarios se realiza en una proporción en la población determinada hasta ser completadas. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Se obtuvo una muestra de 205 mujeres que se encontraron en período de gestación de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas, la edad mínima de las investigadas fue de 18 años y la edad máxima de 42 años. La investigación fue realizada en el mes de setiembre y octubre.

Según la fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

$$n = 205$$

El tamaño de la muestra fue de 205 mujeres gestantes.

➤ **Criterios de inclusión:**

- Mujeres gestantes de 18 a 42 años de edad.
- Mujeres gestantes que acepten participar de la presente investigación mediante asentimiento verbal.
- Mujeres gestantes que no presenten problemas graves durante su gestación (complicaciones de alto riesgo).

➤ **Criterios de exclusión**

- Mujeres sin gestación actual.
- Mujeres gestantes con incapacidad para leer, escribir o entender el cuestionario por problemas de comprensión lectora.
- Mujeres gestantes con alguna patología que impida la aplicación de las pruebas (Diagnóstico de retardo mental o trastornos psicóticos)
- Mujeres gestantes que no deseen participar en la presente investigación.

Tabla 1

Características de la muestra

Característica	Gestante	%
Etapas de Desarrollo		
Adolescente (18-20 años)	48	23.4%
Adulthood Temprana (20-40 años)	155	75.6%
Adulthood Media (40-42 años)	2	1%
Total	205	100%
Grado de Instrucción		
Primaria Completa	4	2%
Secundaria Incompleta	13	6.3%
Secundaria Completa	106	51.7%
Superior	85	40%
Total	205	100%
Estado Civil		
Soltera	26	20.6%
Casada	21	16.7%
Conviviente	79	62.7%
Total	205	100%

Se evaluó a un total de 205 mujeres gestantes de 18 a 42 años de edad que se encontraban en las instalaciones de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas, durante los meses setiembre y octubre. La media de la edad fue de $26.2 \pm$ años. En relación a la edad, se realizó una agrupación en base a las Etapas de Desarrollo Humano según Papalia D. (2012), la cual en relación a la muestra se distribuyó de la siguiente manera: Adolescentes (entre 18 y 20 años), adulta temprana (entre 20 y 40 años) y adulta media (40 y 42 años).

Por consiguiente, se encontró que el mayor porcentaje de mujeres gestantes estaban situadas en la adultez temprana con 75.6%. De mismo modo, en el grado de instrucción predomina la secundaria completa con 51.7%; el estado civil que presentaron la mayoría de las gestantes fue el de conviviente con 57.1%. (Ver Tabla 1).

2.5. Técnicas, instrumentos, procedimientos y análisis de datos

2.5.1. Técnicas

Según Pérez-Pareja (1996), las técnicas de recolección de datos que fueron utilizadas en la investigación fueron cuestionarios y escalas, las cuales están constituidos de forma integrada, lista o con una formulación secuenciada. Asimismo, están contruidos por diversas preguntas, que el investigado debe responder, en este caso son respuestas dicotómicas como: presencia/ausencia, de acuerdo/en desacuerdo, verdadero/falso, si/no, entre otras.

2.5.2. Instrumentos

Ficha de datos socio demográficos

Ficha creada con la finalidad de recolectar datos de importancia para caracterizar la muestra como edad, estado civil y grado de instrucción que son adicionadas a los instrumentos de evaluación que fueron aplicados.

Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS)

Ficha técnica:

Nombre: Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS).

Nombre original: Edinburgh Postnatal Depression Scale.

Autor: Cox, J.

Año: 1987.

Adaptación en gestantes: Murray y Cox (1990).

Adaptación en el Perú: Vega et al. (2002).

Tipo de aplicación: Individual y colectiva.

Total de ítems: 10 ítems, cada ítem está enfocado en un síntoma.

Calificación: De 0 a 3 puntos por cada respuesta.

Descripción

La escala de Depresión Postnatal de Edinburgo es un instrumento de tamizaje para la depresión utilizado durante el postparto y también durante la gestación que evalúa la presencia de sintomatología depresiva de tipo cognitivo-psicológico. Está desarrollado por Cox et al. (1987) y validado en población gestante por Murray y Cox (1990). El instrumento fue validado en el Perú por Vega et al. (2002).

En un inicio fue utilizado para las mujeres en el postparto, sin embargo, se constató su eficiencia al ser aplicado en población de período prenatal. La prueba cuenta con un cuadernillo de aplicación y normas de aplicación, el cual está constituido por 10 ítems redactados por cortas declaraciones con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad creciente de los síntomas. Cada uno de los ítems se valoran con la escala de Likert, con cuatro opciones (Muy frecuentemente: 3, A veces: 2, Rara vez: 1, Nunca: 0), el puntaje final de la prueba varía entre 0 a 30. Se considera como un caso de depresión mayor (depresión perinatal) a todo puntaje igual o mayor de 13.

Los ítems que se analizan son los siguientes:

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| 1) Capacidad de reír | 2) Anhedonia |
| 3) Culpabilidad | 4) Ansiedad |
| 5) Ataques de pánico | 6) Angustia |
| 7) Trastorno de sueño | 8) Tristeza |
| 9) Llanto | 10) Ideas suicidas |

Validez y confiabilidad del instrumento

Cox y col. (1987) en la versión original de la prueba refirieron una consistencia interna estimada por el coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.87. Su validación estaba conformada por 86% de sensibilidad y 78% de especificidad. Como resultado el instrumento mide correctamente la depresión en mujeres puérperas y gestantes.

Posteriormente Vega y col. (2002) adaptaron el instrumento al español, realizando la validación y confiabilidad de la Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS) en el Perú. El instrumento fue administrado a 321 mujeres que tenían una media de edad de 25.05 años de edad. La consistencia interna de la escala se estudió mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach el cual fue 0.7043. La EPDS tiene una buena capacidad para discriminar entre pacientes con y sin depresión mayor en base a los valores promedios de la escala, su punto de corte óptimo, que proporciona el máximo de especificidad con el mínimo perjuicio en la sensibilidad, es 13.5, con una sensibilidad de 84.21% y la especificidad de 79.47%, ambos valores son aceptables y similares a los del estudio de validación original.

Por otro lado, Campo, Ayola, Peinado, Amor y Cogollo (2007), validaron el instrumento en Colombia, utilizando 200 mujeres gestantes de la ciudad de Cartagena de 18 y 42 años de edad, con una media de 24.3 años. La EPDS mostró una consistencia interna por Alfa de Cronbach de 0.78 resultando ser adecuada. De mismo modo, concluyó con una varianza del 59.9% como estructura tridimensional (ánimo deprimido, anhedonia y desesperanza y culpa)

Seguidamente, Oquendo, Lartigue, Gonzáles y Méndez (2008), realizaron la validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS) en México y fue administrada a 209 mujeres gestantes. La investigación precisó que la EPDS tiene una sensibilidad de 90%, una especificidad de 82% y cuenta con valores predictivos positivos y negativos con 77% y 94% respectivamente, concluyendo que es un instrumento válido y seguro para la detección de depresión durante la gestación.

De mismo modo, Alvarado, Guajardo, Rojas y Jadresic (2012), realizaron una validación de la Escala de depresión de Edimburgo para embarazadas en Chile. La muestra estuvo conformada por 111 gestantes con una edad media de 25 años. La EPDS mostró una consistencia interna muy buena, presentando un Alpha de Cronbach de 0.914. El análisis factorial fue determinado con 57.6% de la varianza y obtuvo solo un factor, confirmando una estructura unifactorial de la EPDS.

Validez y confiabilidad del instrumento para esta investigación

Para la validez y confiabilidad del instrumento, se seleccionó intencionalmente una muestra de 100 mujeres que asisten a un Centro Materno Infantil del distrito de Comas durante el mes de setiembre. La edad media de las participantes fue de 31.2 años de edad (Rango de edad 18 – 45 años), el tipo de muestreo fue no probabilístico por cuotas en base a las mujeres que se encontraban en el Centro Materno Infantil mencionado.

Validez

Se obtuvo la validez de constructo a través del análisis factorial con rotación ortogonal de tipificación Varimax. La verificación del ajuste del modelo se realizó a través de las pruebas de esfericidad de Bartlett y de la prueba de adecuación muestra de KMO.

Los indicadores para verificar el ajuste del modelo de la escala fueron muy buenos: El resultado fue considerado aceptable, se utilizó el test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obteniendo como resultado 0.818 y el valor de p en la prueba de esfericidad de Bartlett fue de .000, resultando menor al criterio de 0.05, lo que indica que existen correlaciones significativas entre todos los ítems. (Ver Tabla 2).

Tabla 2

Análisis factorial de la Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS)

Prueba de KMO	Prueba de Esfericidad de Bartlett
0.818	.000

Confiabilidad

En la Tabla 3, se presenta las estimaciones de confiabilidad por medio de la consistencia interna del coeficiente de Alpha de Cronbach en el instrumento de Depresión, resultando 0.815, concluyendo como adecuado para el instrumento psicológico y presenta un nivel elevado de confiabilidad.

Tabla 3

Análisis de confiabilidad según el coeficiente Alfa de Cronbach aplicada en la Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS)

Instrumento	Alfa de Cronbach
Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo	0.815

El valor del Alpha de Cronbach es bueno, todos los ítems presentan una alta correlación con la escala en conjunto. El instrumento presenta una muy buena consistencia interna. (Ver Tabla 4).

El instrumento, Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS), tiene una adecuada capacidad para la discriminación entre personas con y sin depresión en base a los valores promedio de la escala, asimismo también su creciente probabilidad de encontrar depresión a medida que la puntuación de la escala es más alta.

Tabla 4

Índices de consistencia interna de la Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS)

Ítems	Alpha de Cronbach
Ítem 1 – Capacidad de reír	0.404
Ítem 2 - Anhedonia	0.442
Ítem 3 – Culpabilidad	0.327
Ítem 4 – Ansiedad	0.582
Ítem 5 – Ataque de pánico	0.620
Ítem 6 – Angustia	0.385
Ítem 7 – Trastorno de sueño	0.595
Ítem 8 – Tristeza	0.559
Ítem 9 – Llanto	0.336
Ítem 10 – Ideas suicidas	0.402

Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS)

Ficha técnica:

Nombre: Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS).

Nombre original: The MOS Social Support Survey.

Autor: Sherbourne y Stewart.

Año: 1991

Adaptación en el Perú: Baca (2016).

Tipo de aplicación: Individual y colectiva.

Total de ítems: 20 ítems.

Escala: Compuesta por 4 áreas (dimensiones): Apoyo Emocional, Apoyo Instrumental, Interacción Social Positiva y Apoyo Afectivo.

Calificación: De 1 a 5 puntos por cada respuesta.

Descripción

Es un cuestionario breve y autoadministrado que fue desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991) y validado en el Perú por Baca (2016), evalúa características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social y efectos que le brindan a la persona el acceso y conservación de las redes sociales que tienen en su red.

El instrumento cuenta con un cuadernillo de aplicación y normas de aplicación, está constituido por 20 ítems. Los ítems se puntúan en una escala de tipo Likert de 1 a 5 puntos (Nunca, Casi Nunca, A veces, Casi Siempre y Siempre), la puntuación total es de 0 a 100. Está conformado por dos áreas: apoyo social estructural (ítem 1) que es de respuesta abierta y apoyo social funcional (ítem del 2 al 20) que son de respuesta múltiple.

Validez y confiabilidad del instrumento

Sherbourne y Stewart (1991) en la versión original de la prueba, el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS) presentó un análisis factorial con altos resultados. De mismo modo, se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.97, concluyendo con una alta consistencia interna. El análisis factorial produjo resultados similares, llegando a la conclusión que el instrumento es válido y confiable para la aplicación del cuestionario.

Posteriormente Revilla, Luna, Bailón y Medina (2005) realizaron una adaptación del instrumento al español y una validación del Cuestionario MOS en atención primaria en España. La muestra estuvo conformada por 301 pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial y diabetes mellitus, la edad media fue de 48.8 años. El análisis factorial resulta la existencia de 3 factores que corresponden el 68.72% de la varianza global. Para la consistencia interna fue utilizado el Coeficiente Alfa de Cronbach y se obtuvo valores cercanos a 1, demostrando así una consistencia máxima. Finalmente, el instrumento es válido y fiable para la evaluación de apoyo social.

De mismo modo, Londoño y col. (2012) realizaron una validación del cuestionario MOS en Colombia cuya muestra estuvo conformada por 179 personas con una edad media de 38.4 años de edad. Para determinar su validez se realizó un análisis factorial confirmatorio mostrando índices de bondad significativos. Para su consistencia interna fue empleado el coeficiente del Alfa de Cronbach obteniendo como resultado 0.941. Los resultados obtenidos demostraron una alta validez y confiabilidad del instrumento en población normal.

Para la validación y confiabilidad del Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS) en el Perú, Baca (2016) administró a 100 pacientes con diagnóstico de cáncer de 18 a 48 años de la ciudad de Trujillo. La consistencia interna de la escala se estudió mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach el cuál fue .94, presentando un nivel elevado de confiabilidad. Asimismo, se determinó el uso del Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de ejes principales para determinar la validez con rotación Promax de constructo del instrumento por análisis factorial, explicando un 54.24% de la varianza total. Ambos valores son aceptables y similares a los del estudio original realizados por Sherbourne y Stewart (1991) que encontraron un coeficiente alfa de Cronbach de .97 y niveles de AFE entre 59% y 69% de la varianza explicada. El instrumento presenta un adecuado nivel de confiabilidad y validez en el Perú.

Validez y confiabilidad del instrumento para esta investigación

Validez

Para la validez del Cuestionario de Apoyo Social (MOS) en la muestra de mujeres, se utilizó una versión validada en el Perú en pacientes con cáncer. Asimismo, se analizó la validez de constructo a través de un análisis factorial con rotación ortogonal de tipo Varimax. La verificación del ajuste del modelo se realizó a través de las pruebas de esfericidad de Bartlett y de la prueba de adecuación muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO).

Los indicadores para verificar el ajuste del modelo de la escala resultaron muy buenos. En la prueba de adecuación muestral de KMO da como resultado 0.899, el cual tiene un puntaje $KMO > 0.5$, es considerado como aceptable. La validez por factorización es apropiada.

Por otra parte, el valor de p en la prueba de esfericidad de Bartlett fue de .000, lo que indica que existen correlaciones significativas entre todos los ítems. (Tabla 5). Se concluyó apropiado el análisis factorial que demuestra validez en el instrumento.

Tabla 5

Análisis factorial del Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS)

Prueba de KMO	Prueba de Esfericidad de Bartlett
0.899	.000

Confiabilidad

Para la confiabilidad del Cuestionario de Apoyo Social MOS, se encontró que la consistencia interna de la escala obtenida por el Coeficiente Alfa de Cronbach fue .939, presentando un nivel elevado de confiabilidad. Este instrumento puede medir con precisión presentando una muy buena consistencia interna el constructo de apoyo social.

Tabla 6

Índices de consistencia interna de la dimensión de Apoyo Emocional, Apoyo Instrumental, Interacción Social Positiva y Apoyo Afectivo de la Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS).

Dimensiones	Ítem	Alpha de Cronbach
Apoyo Emocional Alpha = 0.887	Ítem 3	0.568
	Ítem 4	0.653
	Ítem 8	0.601
	Ítem 9	0.665
	Ítem 13	0.615
	Ítem 16	0.709
	Ítem 17	0.765
Apoyo Instrumental Alpha = 0.776	Ítem 19	0.694
	Ítem 2	0.554
	Ítem 5	0.663
	Ítem 12	0.579
Interacción Social Positiva Alpha = 0.803	Ítem 15	0.525
	Ítem 7	0.591
	Ítem 11	0.642
Apoyo Afectivo Alpha = 0.767	Ítem 14	0.595
	Ítem 18	0.642
	Ítem 6	0.600
	Ítem 10	0.708
	Ítem 20	0.521

Asimismo, se muestran los resultados del análisis de consistencia de sus 4 dimensiones con el método de Alfa de Cronbach, dando como resultado el ser adecuado, todos los ítems presentan una correlación con la escala en conjunto (Ver Tabla 6). Cabe resaltar, que la escala de mayor confiabilidad el Apoyo Emocional (0.887).

2.5.3. Procedimientos y análisis de datos

Para iniciar la presente investigación fue necesario determinar la población de la que se extrajeron los datos. Para ello, se presentó una solicitud al médico jefe de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas, en la cual se solicitó la autorización para realizar la aplicación de instrumentos en el centro que está a su cargo, se procedió a la aplicación de la prueba piloto con la finalidad de determinar la validez y confiabilidad de los instrumentos en 100 mujeres que no se encuentren en el período de gestación.

Una vez establecido el período de investigación piloto, se realizó la evaluación de la misma en la población real. Durante el momento de la evaluación se procedió con la entrega de los cuestionarios, teniendo en cuenta los métodos de inclusión y exclusión del presente estudio, y se confirmó la participación de las mujeres en período de gestación mediante asentimiento verbal comentando la finalidad de la investigación.

Luego de entregar los instrumentos a cada participante, se pasó a dar las indicaciones generales de los cuestionarios y se verificó que comprendan de una adecuada manera como contestar las preguntas. De mismo modo se solicitó llenar sus datos generales en la ficha de datos sociodemográficos, comentando que no tenían que escribir su nombre en ninguna parte de la prueba, sus respuestas son confidenciales.

Finalizada la evaluación se agradeció la colaboración de cada una de las evaluadas. Completada las pruebas se pasó a su calificación e interpretación de los resultados para finalmente proceder el vaciado de datos.

Para empezar el proceso del análisis de datos, fue necesario verificar que los cuestionarios estén llenados correctamente, luego fueron enumerados. Se obtuvieron 205 cuestionarios válidos de mujeres gestantes con edad de 18 a 42 años, motivo por el cual se incluyó en los criterios de inclusión. Por otra parte, se descartaron 6 cuestionarios por sesgo de respuesta, donde se encontraron cuestionarios sin edad y desarrollo inadecuado, los cuales pueden afectar los resultados de la investigación.

Consecuentemente los datos fueron procesados mediante el programa de SPSS 22.0 para la realización del análisis estadístico. Fue utilizado el Análisis Factorial para la validez de los instrumentos y el coeficiente Alfa de Cronbach para comprobar

su confiabilidad mediante la consistencia interna. Asimismo, también se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para el cumplimiento de normalidad de las variables de la investigación. Posteriormente fue utilizado el coeficiente de correlación de Spearman para la correlación de variables. Otro aspecto necesario fue elaborar tablas de distribución de frecuencias simples y porcentuales.

Finalmente se organizaron los resultados, la interpretación de los mismos con sus respectivas tablas y figuras, además se discutió en relación con los objetivos e hipótesis planteadas en la investigación.

2.6. Aspectos éticos

La presente investigación se establece con principios de la ética. Se emitió la solicitud de permiso para la realización de la investigación en las instalaciones de la institución. Todas las participantes, mujeres gestantes, fueron informadas del procedimiento. Fue utilizado el consentimiento informado para su participación en la investigación y se tomó en cuenta la aclaración de la finalidad del estudio. En ningún momento se violó el derecho de confidencialidad. Se utilizó el respeto para dirigirse a las participantes y agradecimiento respectivo por su colaboración.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

3.1. Análisis de normalidad de las variables de estudio

Para la realización del análisis de relación, se analizó una prueba de bondad de ajuste con la finalidad de precisar si las variables de estudio presentaban una distribución normal.

En virtud de ello, la Tabla 7 presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S).

Se puede observar en la Tabla 6, que las variables depresión, apoyo social, apoyo emocional, apoyo instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo muestran una distribución normal dado que el coeficiente de K-S es significativo ($p < 0.005$). Por consiguiente, en la presente investigación utilizamos la estadística no paramétrica para los análisis relacionados.

Tabla 7

Resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables de estudio

Variable	K-S	p (sig)
Depresión	0.066	0.029
Apoyo Social	0.078	0.004
Apoyo Emocional	0.105	0.000
Apoyo Instrumental	0.138	0.000
Interacción Social Positiva	0.106	0.000
Apoyo Afectivo	0.302	0.000

Es significativo ($p < 0.05$)

p: Probabilidad

3.2. Análisis correlacional de las variables de depresión y apoyo social

Como se puede observar en la Tabla 8, según el coeficiente de correlación de Spearman, se encontró que existe una correlación significativa negativa de grado moderado entre las variables depresión y el apoyo social, las cuales están relacionadas de forma inversa, si una de ellas aumenta la otra disminuirá. En consecuencia, se acepta la hipótesis general.

Tabla 8

Coefficiente de correlación entre Depresión y Apoyo Social

Depresión	Apoyo Social	
	Rho de Spearman	p
	-0.529**	.000

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

3.2.1. Correlación entre la variable depresión y las dimensiones de apoyo Social

En la Tabla 9, al aplicar la prueba de correlación de Spearman nos indica que existen correlaciones significativas negativas de grado moderado entre la depresión, el apoyo social emocional, el apoyo social instrumental, la interacción social positiva y apoyo afectivo siendo ($p = 000$).

Tabla 9

Correlaciones entre Depresión y las dimensiones de Apoyo Social

	Apoyo Social	Apoyo Social Emocional	Apoyo Social Instrumental	Interacción Social Positiva	Apoyo Afectivo
rho	-,529**	-,522**	-,365**	-,479**	-,378**
Depresión p	.000	.000	.000	.000	.000
N	205	205	205	205	205

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01.

3.3. Relación entre la depresión y apoyo social en gestantes

Tabla 10

Relación entre la depresión y apoyo social en mujeres gestantes que acuden a un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.

Depresión	Apoyo Social		Total
	Apoyo Social Medio	Apoyo Social Máximo	
Si	4	36	40
%	2%	17.6%	19.5%
No	8	157	165
%	3.9%	76.6%	80.5%
Total	12	193	205
%	5.9%	94.1%	100%

El resultado entre la relación de variables de depresión y apoyo social en mujeres gestantes que acuden a un Centro Materno Infantil del distrito de Comas, se afirma que el 4% de gestantes que presentaron depresión presenta un apoyo social medio y un 17.6%, un nivel de apoyo social máximo. (Ver Tabla 10).

Asimismo, el 3.9% de gestantes que no presentaron depresión, presentaron apoyo social medio y 76.6% que no presento depresión, presento un apoyo social máximo. Por consiguiente, se llega a la conclusión que el apoyo social es un factor protector para la depresión por medio del siguiente planteamiento, a mayor apoyo social presente en la mujer gestante, es menos frecuente la aparición de la depresión. (Figura 1).

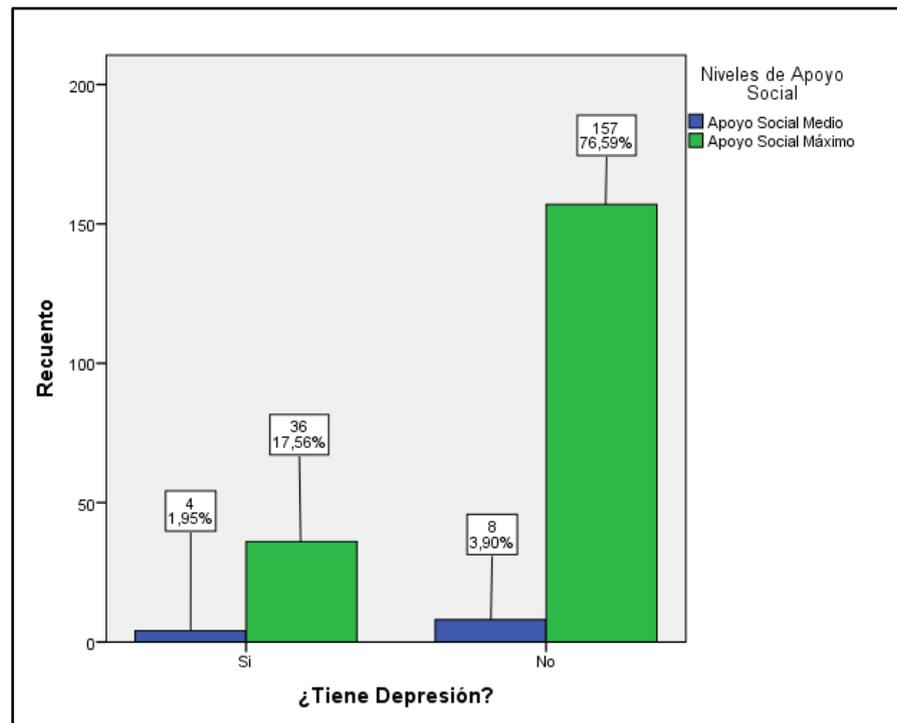


Figura 1. Relación entre la depresión y apoyo social en gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.

3.3.1. Relación entre la depresión y las dimensiones de apoyo social en gestantes

Tabla 11

Relación entre la depresión y las dimensiones de apoyo social en gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.

Depresión	Apoyo Social									
	Apoyo Emocional		Apoyo Instrumental			Interacción Social Positiva			Apoyo Afectivo	
	Medio	Máximo	Mínimo	Medio	Máximo	Mínimo	Medio	Máximo	Medio	Máximo
Si	11	29	1	14	25	0	13	27	4	36
%	5.4%	14.1%	0.5%	6.8%	12.2%	0%	6.3%	13.2%	2%	17.6%
No	15	150	2	11	152	1	16	148	6	159
%	7.3%	73.2%	1%	5.4%	74.1%	0.5%	7.8%	72.2%	2.9%	77.6%

En la asociación entre la depresión y las dimensiones de apoyo social en mujeres gestantes se evidencia que las participantes tuvieron mayor puntaje en los niveles medio y máximo. Algunas dimensiones no presentaron el nivel mínimo de apoyo social, como las de apoyo emocional y apoyo afectivo, deduciendo que las mujeres gestantes investigadas presentan más solidificadas estas áreas. Confirmándose, que, a mayor presencia de apoyo social, menor es la predisposición de presentar depresión.

Las mujeres gestantes que presentaron depresión contaban con apoyo social máximo con puntajes muy similares como, apoyo social máximo 14.1%, apoyo instrumental 12.2%, interacción social positiva 13.2% y apoyo afectivo con 17.6%. No existe variación distante entre los niveles del apoyo social y la depresión.

Los puntajes de las gestantes que no presentaron depresión y obtuvieron un apoyo social máximo en sus respectivas áreas fueron las siguientes: apoyo emocional máximo 73.2%, apoyo instrumental 74.1%, interacción social positiva 72.2% y apoyo afectivo con 77.6%. (Tabla 11).

3.4. Prevalencia de depresión en gestantes

La prevalencia de depresión en mujeres gestantes que acuden a un Centro Materno Infantil del distrito de Comas es de 19.5% según la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). Asimismo, el 80.5% de gestantes no presentan depresión. (Ver Tabla 12).

Tabla 12

Depresión según los resultados de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	19.5%
No	165	80.5%
Total	205	100%

3.5. Niveles de apoyo social en gestantes

Con relación a la prevalencia de Apoyo Social en mujeres gestantes investigadas, el 5.9% presentan un Apoyo Social Medio y el 94.1% de Apoyo Social Máximo, no se evidencia Apoyo Social Mínimo en ninguna de las participantes. (Véase la Tabla 13).

Tabla 13

Apoyo Social según los resultados del Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS)

Apoyo Social Percibido	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo Social Medio	12	5.9%
Apoyo Social Máximo	193	94.1%
Total	205	100%

3.5.1. Niveles de los tipos de apoyo Social en gestantes

En las dimensiones evaluadas en el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS) se obtuvo como resultado que en el Área a Apoyo Emocional (A.E) se evidenció que el 12.7% de gestantes presenta un Nivel Medio y el 87.3% alcanzó el Nivel Máximo, se evidencia la ausencia de Nivel Mínimo en esta área. Con relación al Área de Apoyo Instrumental (A.I), se demostró que el 1.5% de gestantes presentan un Nivel Mínimo, el 12.2% un Nivel Medio y el 86.3% obtuvieron un Nivel Máximo de Apoyo Instrumental. En el área de Interacción Social Positiva (I.S.P) el 0.5% alcanzó un Nivel Mínimo, el 14.1% el Nivel Medio y el 85.4% de gestantes presenta Interacción Social Positiva Máxima. Finalmente, con respecto al área de Apoyo Social Afectivo (A.S.A) el 4.9% de gestantes presenta un Nivel Medio en esta área y el 95.1% presenta un Nivel Máximo de Apoyo Social. (Véase la Tabla 14).

Tabla 14

Tipos de Apoyo Social según los resultados del Cuestionario MOS en las gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.

Categorías del Apoyo Social Percibido	Niveles	Gestantes Evaluadas	Porcentaje
Apoyo Emocional (A.E)	A.E Medio	26	12.7%
	A.E Máximo	179	87.3%
	TOTAL	205	
Apoyo Instrumental (A.I)	A.I Mínimo	3	1.5%
	A.I Medio	25	12.2%
	A.I Máximo	177	86.3%
	TOTAL	205	
Interacción Social Positiva (I.S.P)	I.S.P Mínima	1	0.5%
	I.S.P Media	29	14.1%
	I.S.P Máxima	175	85.4%
	TOTAL	205	
Apoyo Social Afectivo (A.S.A)	A.S.A Medio	10	4.9%
	A.S.A Máximo	195	95.1%
	TOTAL	205	

3.6. Relación entre características demográficas y la depresión en gestantes

En relación con el objetivo planteado se determinará la relación entre las características demográficas como edad en relación a las Etapas de Desarrollo Humano, estado civil y grado de instrucción con respecto a la depresión en mujeres gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas. (Tabla 15).

Tabla 15

Depresión en relación con las etapas de desarrollo de las gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.

Depresión	Etapas de Desarrollo de las Gestantes			Total
	Adolescente	Adulthood Temprana	Adulthood Media	
Si	7 3.4%	33 16.1%	0 0%	40 19.5%
No	41 20.0%	122 59.5%	2 1%	165 80.5%
Total	48 23.4%	155 75.6%	2 1%	205 100%

Al relacionar la depresión con el grupo de Etapas de Desarrollo de las mujeres gestantes se evidenció en el grupo de mujeres adolescentes, que el 3.4% presenta depresión y el 20% no lo presenta. De mismo modo, en el grupo de Adulthood Temprana, el 16.1% de gestantes presenta depresión y el 59.5% restante no lo presenta. Con respecto a la Adulthood Media, solo se analizó el resultado en 2 gestantes, dando como resultado que el 1% no presentar depresión. (Ver Figura 2).

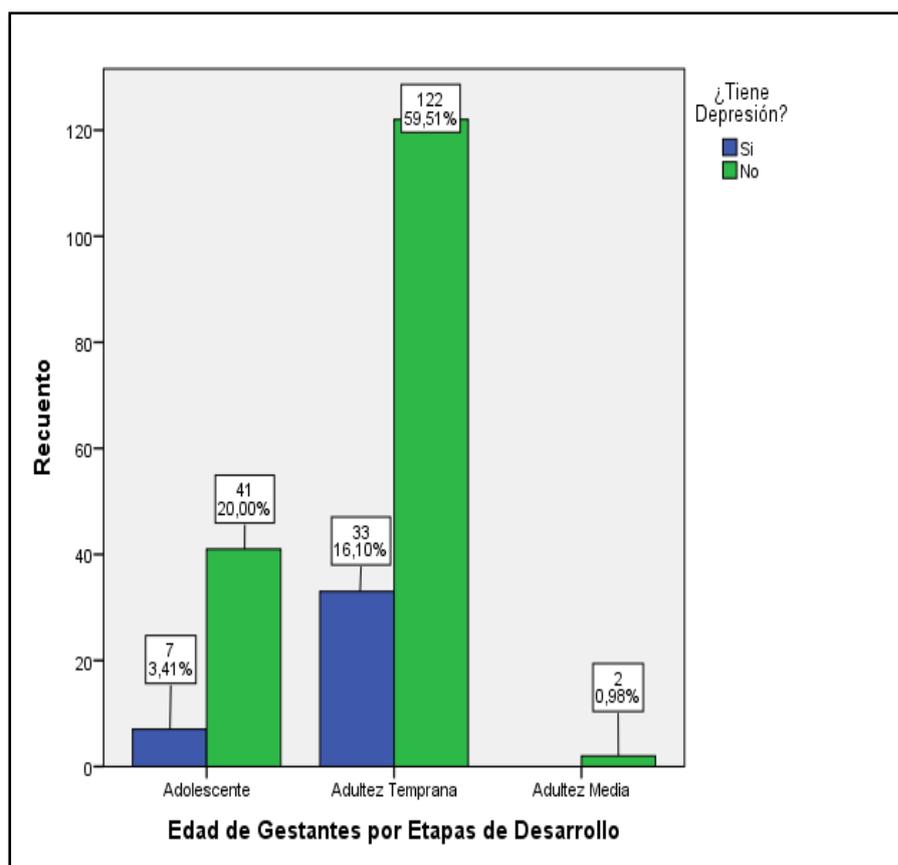


Figura 2. Depresión en relación con las etapas de desarrollo de las gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.

Tabla 16

Depresión en relación con el grado de instrucción de las gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.

Grado de Instrucción de las Gestantes					
Depresión	Primaria	Secundaria	Secundaria	Total	
	Completa	Incompleta	Completa		
Si	1	2	17	20	40
	0.5%	1%	8.3%	9.8%	19.5%
No	3	11	89	62	165
	1.5%	5.4%	43.4%	30.2%	80.5%
Total	4	13	106	82	205
	2%	6.3%	51.7%	40%	100%

En relación al grado de instrucción de las mujeres gestantes investigadas se demuestra los siguientes niveles de estudio alcanzados: Primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa y superior.

Al ser comparado el nivel de instrucción más bajo frente al más alto, se obtiene como resultado que el mayor número de depresión lo presentaron las gestantes con educación superior con 9.8% y gestantes con secundaria completa (8.3%) (Véase la Tabla 16). Se obtienen estos valores porque gran parte de las gestantes investigadas habían culminado sus estudios y otras contaban con educación superior. Por otra parte, fue un grupo reducido las gestantes con poco grado de instrucción.

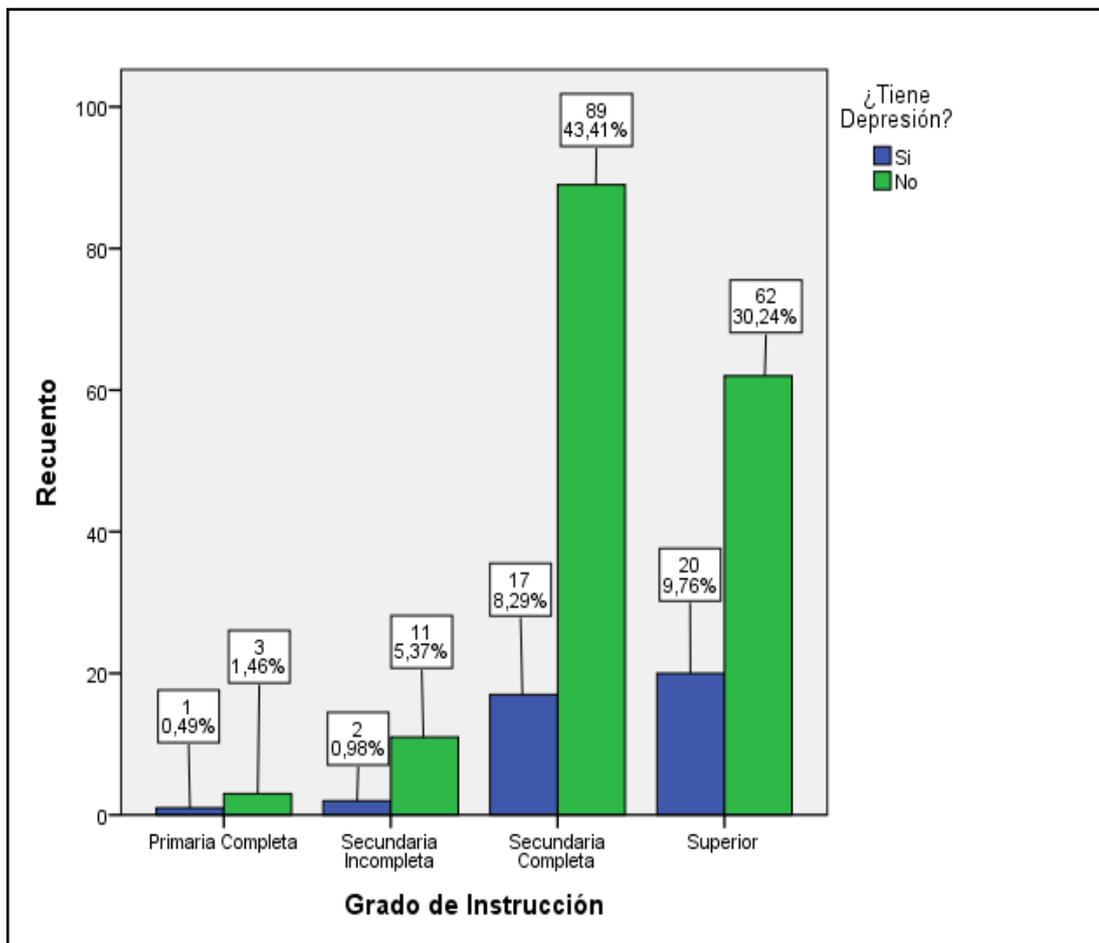


Figura 3. Depresión en relación al grado de instrucción de las gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.

Tabla 17

Depresión en relación al estado civil de las gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.

Depresión	Estado Civil de las Gestantes				Total
	Soltera	Casada	Conviviente	Divorciada	
Si	7	8	24	1	40
	3.4%	3.9%	11.7%	0.5%	19.5%
No	37	35	93	0	165
	18%	17.1%	45.4%	0%	80.5%
Total	44	43	117	1	205
	21.5%	21%	57.1%	0.5%	100%

Con respecto al estado civil de las gestantes que acuden a un Centro Materno del distrito de Comas, el mayor número se concentró en el de conviviente con 57.1%, en cuyo grupo también se encuentran el mayor número de gestantes con prevalencia de depresión con 11.7% de la muestra. De mismo modo, el estado civil conviviente alcanzó la mayor cantidad porcentual con 45.4% de mujeres gestantes que no presentan depresión. El estado civil de solteras y casadas presentaron cantidades similares en relación a la presencia y ausencia de depresión. (Véase en la tabla 17).

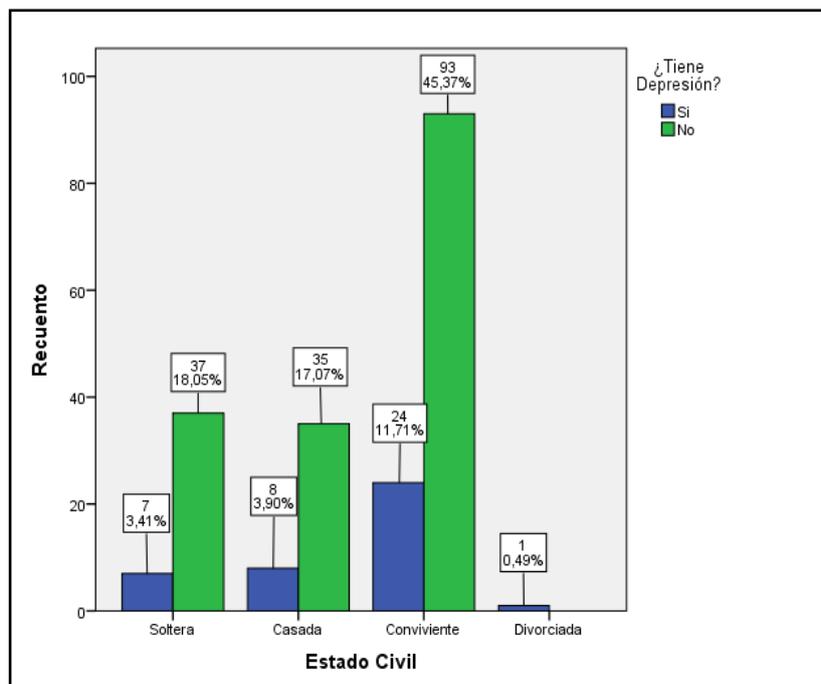


Figura 4. Depresión en relación al grado de las gestantes de un Centro Materno Infantil del distrito de Comas.

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Discusión

En relación con los resultados obtenidos en los procesos estadísticos analizados, se determinó que la prevalencia de depresión en mujeres gestantes es de 19.5. Este hallazgo es menor que la investigación de Bao-Alonso, M y col. (2010), los cuales hallaron una prevalencia de depresión en gestantes de 34.7% en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima, Perú. En este estudio se determinó que la prevalencia hallada fue elevada en comparación en investigaciones mundiales realizadas a gestantes y puérperas. Estos datos indican que existe una prevalencia significativa en la depresión, y es una realidad que afecte en el período de gestación.

Por su parte, la prevalencia de depresión en la investigación de Borda et al. (2013) en mujeres embarazadas del Hospital Niño Jesús de Barranquilla en Colombia, fue de 19.2%, siendo muy similar a los resultados obtenidos en este estudio. Se tiene en cuenta la media de edad de las gestantes analizadas en el estudio de Borda, la cual fue de 24.79 años, siendo un valor muy cercano a comparación del estudio realizado en el distrito de Comas que fue determinado con una media de edad de 26.2 años. En este aspecto, se tiene en cuenta la fertilidad de las mujeres cuando son jóvenes, así como también cuando mayor es la edad de las mujeres es menos frecuente planificar un embarazo.

Asimismo, en concordancia con la investigación de Ruiz et al. (2017) con su investigación realizada en México en una Institución de Salud de Primer Nivel, obtuvieron como resultado una prevalencia de depresión de 23.6% en gestantes, un valor muy cercano a la realidad de la presente investigación. Además, ambas investigaciones coinciden que el estado civil predominante afectado es el de conviviente.

Con relación a la investigación realizada por Lam, N. y col. (2008) en un estudio multicéntrico, en 3 hospitales de la ciudad de Lima, realizado a 593 mujeres gestantes, se obtuvo como resultado al igual que en la presente investigación, que las gestantes que presentaron niveles significativamente menores de depresión contaban con un adecuado apoyo emocional, un buen nivel en sus relaciones sociales y apoyo afectivo adecuado. Las relaciones sociales resultan ser factores protectores para no presentar depresión, así como también fortalece las habilidades blandas de las personas y mejora su calidad de vida.

En la investigación de Luna et al. (2009), la gran mayoría de gestantes investigadas que presentaban depresión refirió tener problemas personales, familiares o económicos. Este problema esta relación a la empobrecida red de apoyo social que cuentan las mujeres en el período de gestación. Estando emocionalmente sensibles y viéndose afectadas en las limitaciones de su estado físico tienden a deprimirse al sumarse la falta de apoyo social, pudiendo así desencadenar la depresión.

El no presentar apoyo social puede significar un factor de riesgo, comprometiendo no solo la salud mental sino también el correcto funcionamiento de cuerpo, como problemas respiratorios, cardíacos, entre otros. (Barra, 2004). Por otra parte, mediante el apoyo social puede reforzar la seguridad de las personas, elevar la autoestima y presentar un mejor ánimo en su estado mental.

Diversos valores analizados en años anteriores confirman la masificación de la depresión en el Perú y el mundo. Está claro que el mencionado trastorno es más frecuente en las mujeres y al ser trasladado al período de gestación repercute considerablemente el estado de la salud mental de la madre y el infante próximo a nacer.

Es un hecho que la depresión tiene factores hereditarios en los genes, los cuales los hijos de las personas depresivas nacen con una predisposición genética y son más sensibles a adquirir síntomas depresivos. (Kendler y col., 2000; citados en Fañanás L., 2002).

En las revisiones de investigaciones del tema depresión y apoyo social en la población se encontró la ausencia de literatura científica en relación a la depresión durante la gestación, siendo muy importante como factor de adherencia del trastorno mencionado. Además, las escasas investigaciones nacionales e internacionales se limitan en la investigación de un tema, incluyendo en su mayoría relaciones en sus datos demográficos, más no en factores desencadenantes del problema.

Igualmente, se demuestra la ausencia de investigaciones que relacionen las variables de estudio a nivel nacional e internacional, teniendo en cuenta que se discute investigaciones centradas en Sudamérica, siendo la realidad en base a sus características similares a la población de Perú. Lo antedicho, se refuerza con la revisión de investigaciones que estudiaban las variables de manera independiente.

4.2. Conclusiones

- Se encontró correlación negativa y significativa de grado moderado entre la depresión y el apoyo social ($\rho = -0.529$, $p < 0.000$) en gestantes, dando como resultado que, a menor apoyo social, aumenta o aparece depresión.
- La depresión perinatal es un problema actual a nivel mundial, existe presencia de depresión en gestantes que acudieron a un Centro Materno Infantil del distrito de Comas con un 19.5% de prevalencia.
- Los niveles de apoyo social están presentes en las gestantes estudiadas, y no se encontró el nivel apoyo social mínimo en ninguna de ellas. El nivel frecuente en las gestantes es el de Apoyo Social Máximo con 94.1%.
- Existe relación entre la depresión y la edad de las gestantes evaluadas, se muestra que las adultas tempranas presentan el puntaje más alto del padecimiento de depresión. Asimismo, gran parte de las gestantes son adultas tempranas y pocas son las gestantes incluidas en las etapas de adolescencia y adultez media.
- Existe relación entre la depresión y el grado de instrucción de las gestantes investigadas, teniendo en cuenta que la mayoría de gestantes contaban con secundaria completa y educación superior, se obtuvo como resultado que constituían el porcentaje más alto de presentar depresión.
- Existe relación entre la depresión y el estado civil de las gestantes investigadas, siendo el estado civil conviviente un factor de riesgo para presentar depresión durante la gestación.
- Desde un punto de vista práctico, el presente estudio ayudará a tomar conciencia de la realidad de la afección mental como lo es la depresión, así como también el accionar de los responsables en salud mental de los Centros e Instituciones de Salud en la prevención de este trastorno.
- Desde un punto de vista teórico en los resultados obtenidos, se refuerzan las teorías señaladas en antecedentes de investigación, la depresión es un tema de importancia emocional en las mujeres gestantes, la cual afecta el estado mental de la futura madre.
- Desde un punto de vista metodológico, la presente investigación abre caminos para nuevas investigaciones relacionadas al tema de la depresión en mujeres gestantes, así como también factores asociados que puedan relacionarse a la misma. De mismo modo sirve como antecedente sobre las variables de investigación.

4.3. Recomendaciones

- El conocer la prevalencia de la depresión debe generar actividades preventivo-promocionales en las entidades de salud sobre la importancia de la depresión y sus consecuencias en la salud de la gestante e infante.
- Es importante tomar los hallazgos en la presente investigación para realizar talleres orientados a mejorar el estado anímico de gestantes.
- Implementar programas de salud mental con especificidad en la depresión durante la gestación, para su detección temprana y tratamiento inmediato.
- Trabajar talleres con la red de apoyo familiar de las gestantes para minimizar los riesgos de depresión.
- Realizar un grupo de acción multidisciplinario en centros de salud, conformado por servicios de obstetricia, psicoprofilaxis y psicología, con la finalidad de realizar un adecuado seguimiento en gestantes para prevenir la depresión y promover habilidades de afrontamiento durante la etapa de gestación.
- Esta investigación puede impulsar la realización de actividades de confraternidad y generar una red de apoyo para las gestantes.

REFERENCIAS

- Alvarado, R., Guajardo, V., Rojas G., y Jadresic, E. (2012). Validación de la Escala de Edimburgo para embarazadas. Chile: Universidad de Chile Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública.
- Baca D. (2016). Confiabilidad y validez del cuestionario de apoyo social en pacientes con cáncer de Trujillo. *Revista de Investigación en Psicología*, Vol. 19, N. °1, 177-190.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, Vol. 14, 237-243
- Bao-Alonso, M., & Vega-Dienstmaier, J., & Saona-Ugarte, P. (2010). Prevalencia de depresión durante la gestación. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 73 (3), 95-103.
- Borda, M., Forero, C., Hinostroza, C., Staaden, M., Ahcar, N., Polo, S. & Valencia, M. (2013). Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, Barranquilla 29 (3): 394-404.
- Campo, A., Ayola, C., Peinado, H., Amor, M., & Cogollo, Z. (2007). Escala de Edinburgo para depresión postparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Vol.58 N°4, (277-283).
- Cox J., Holden J. & Sagovsky R. (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6):782-786.
- Fañanás (2002). Bases genéticas de la vulnerabilidad a la depression. *ANALES Sis San Navarra*; 25 (Supl. 3): 21-42.
- Guarino, L., & Scremín, F. & Borrás, S. (2013). Nivel de información y apoyo social como predictoras de la salud y calidad de vida durante el embarazo. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7 (1), 13-21.

- Hernández, Fernández & Baptista. (2010). Metodología de la Investigación 5ta Edición. México: Mc Graw Hill.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2002). Estudios Epidemiológicos en Salud Mental del 2002 – 2010. Anales en Salud Mental. Perú.
- Jeong H, (2013) The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support. Gen Hosp Psychiatry. 35:354-8.
- Kendler K., Sullivan T. & Neale M. (2000) Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. Am J Psychiatry, 157: 1552-1562.
- Lam, N., & Contreras, H. & Cuesta, F., & Mori, E., & Cordori, J., & Carrillo, N. (2008). Resiliencia y apoyo social frente a trastornos depresivos en gestantes sometidas a violencia de género. Revista Peruana de Epidemiología, 12 (3), 1-8.
- Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., Oliveros, M., Palacio, J., & Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. International Journal of Psychological Research, 5 (1), 142-150.
- Luna, A., Luna, M. & Salinas, J (2009) Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. Rev. Panam. Salud Pública 26 (4):310-4.
- Murray D. & Cox J. (1990). Screening for postnatal depression during pregnancy with the Edinburgh Postnatal Depression Scale. J Reprod Infant Psychol; 8: 99- 109.
- Oquendo, M., Lartigue, T., Gonzáles, I. & Méndez, S. (2008). Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. Perinatol Reprod Hum, Vol. 22, 195-202.
- Organización Mundial de la Salud (2006). Prevención del suicidio: un instrumento en el trabajo. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Manejo de Trastornos Mentales y Cerebrales. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2012). 20 aniversario del día mundial de la salud mental, 9 de octubre de 2012 GINEBRA.

Organización Panamericana de la Salud. (2012). Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Washington, DC, Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mentalmas-frecuente&Itemid=1926&lang=es

Ostertag Antezana, F. (2014). SOPORTE SOCIAL EN EL CUIDADOR PRIMARIO DE UNA PERSONA CON ALZHEIMER. Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo", 12 (1), 79-99.

Papalia, D. E., Duskin Feldman, R., Martorell, G., Berber Morán, E., Vázquez Herrera, M., Ortiz Salinas, M. E., & Javier Dávila, J. F. (2012). Desarrollo humano: Diane E. Papalia, Ruth Duskin Feldman y Gabriela Martorell ; revisado por Emmanuelle Berber Morán y Maribel Vázquez Herrera ; traducido por María Elena Ortiz Salinas y José Francisco Javier Dávila (12a. ed.--). México D.F.: McGraw Hill.

Pérez-Pareja, F. (1996). Autoinformes. Principios psicométricos en la evaluación psicológica. Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones. Gualberto Buena Casal y J.C. Sierra (dirs). Siglo XXI. Madrid.

Revilla, L., Luna, J., Bailón, E. & Medina, I. . (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina de Familia (And), Vol. 6, N° 1.

Ruiz G., Organista H., López, R., Cortaza, L. & Vinalay, I. (2017). Prevalencia de Depresión en Embarazadas de una Institución de Salud de Primer Nivel. Salud y Administración, Vol. 4, N° 12.

Sherbourne, C. & Stewart, A. (1991). The MOS Social Support Survey. Sot. Sci. Med., Vol. 32, No. 6, pp. 705-714.

Vega J, Mazzotti G, & Campos M. (2002). Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Actas Esp Psiquiatr 2002; 30 (2): 106-11.

ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado

Universidad Privada del Norte
Carrera profesional de psicología

DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL EN GESTANTES

PRESENTACIÓN:

Estimada Señora(ita), soy estudiante de la carrera profesional de psicología, estoy realizando una investigación en el Centro Materno Infantil del distrito de Comas para la cual deseo su colaboración.

La investigación se basa en identificar la presencia de depresión en el embarazo y su relación con el apoyo social, razón por la cual se solicita su colaboración para responder esta ficha de recolección de datos y los siguientes cuestionarios. No debes escribir tu nombre, tus respuestas serán confidenciales. Se espera su sinceridad en sus respuestas y de antemano agradezco su participación.

Deseo participar en la investigación: Si () No ()

Firma

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____

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

Grado de Instrucción: Primaria Incompleta () Primaria Completa ()

Secundaria Incompleta () Secundaria Completa () Superior ()

ANEXO 2: ESCALA DE DEPRESIÓN DE EDIMBURGO PARA EMBARAZO

Como usted está embarazada, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor marque con una **X** el casillero de la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

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 adelante.	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) No, nunca	
		b) No, con mucha frecuencia	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
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 asustada sin tener motivo.	a) No, nunca	
		b) No, no mucho	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, bastante	
6	Las cosas me oprimen o agobian.	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre.	
		b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien.	
		c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre.	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto.	
7	Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir.	a) No, nunca	
		b) No, con mucha frecuencia	
		c) Sí a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
8	Me he sentido triste o desgraciada.	a) No, nunca	
		b) No, con mucha frecuencia	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí la mayor parte de tiempo	
9	Me he sentido tan infeliz que he estado llorando.	a) No, nunca	
		b) Sólo ocasionalmente	
		c) Sí, bastante a menudo	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño.	a) Nunca	
		b) Casi nunca	
		c) A veces	
		d) Sí bastante a menudo	

ANEXO 3: CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL

A) Aproximadamente cuántos amigos cercanos y familiares cercanos tienes (la gente que se siente cómoda contigo y puedes hablar acerca de lo que tú sientes y piensas).

1) Escriba el número aproximado de amigos cercanos y familiares cercanos:

B. Marca con una X en el cuadrito que mejor se acerque a su respuesta.		Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
		N	CN	AV	CS	S
2	Alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama.					
3	Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar.					
4	Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.					
5	Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite.					
6	Alguien que le muestre amor y afecto.					
7	Alguien con quien pasar un buen rato.					
8	Alguien que le informe y le ayude a entender la situación					
9	Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
10	Alguien que le abrace.					
11	Alguien con quien pueda relajarse.					
12	Alguien que le prepare comida si no puede hacerlo.					
13	Alguien cuyo consejo realmente desee.					
14	Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar los problemas.					
15	Alguien que le ayude con las tareas domésticas.					
16	Alguien con quien compartir sus temores y problemas íntimos.					
17	Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.					
18	Alguien con quien divertirse.					
19	Alguien que comprenda sus problemas.					
20	Alguien a quien amar y sentirse querido.					

ANEXO 4: MODELO DE SOLICITUD


Ministerio de Salud
Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte

SOLICITO PERMISO PARA REALIZAR UNA INVESTIGACION

Lima, 31 Agosto del 2018

Señora

M.C. GUISELA YANET DIAZ CARDENAS

Medico Jefe del Centro Materno Infantil "Santa Luzmila II"

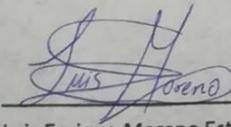
Presente.

Yo, Luis Enrique Moreno Estremadoyro, identificado con DNI 72734178, alumno del décimo ciclo de la Universidad Privada del Norte, me presento ante usted respetuosamente y expongo:

Que deseo realizar una investigación a la población de madres gestantes que asisten al Centro Materno Infantil Santa Luzmila II durante el período octubre – diciembre del 2018, solicito a usted se sirva para expedir una aprobación de investigación titulada "Depresión y Apoyo Social en Mujeres Gestantes"

En espera por la pronta atención a mi solicitud quedo de usted.

Atentamente,


Luis Enrique Moreno Estremadoyro
DNI: 72734178

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
CMI SANTA LUZMILA II
RECIBIDO
31 AGO. 2018
FECHA:.....
HORA: 11:45h FIRMA: 