

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



**PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN EMBARAZADAS
ENTRE 18 – 30 AÑOS EN USUARIAS DE LA UNIDAD DE SALUD DE JUCUAPA,
USULUTÁN DE FEBRERO - SEPTIEMBRE DE 2023.**

Presentado Por:

EVA MARISOL SALMERÓN URQUILLA

SANTOS ANTONIO SIGARAN ORELLANA

KARLA ALEJANDRINA TURCIOS GONZÁLEZ

Para Optar al Grado de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesora:

DRA. AMELITA SANDOVAL DE MENA



Ciudad Universitaria "Dr. Fabio Castillo Figueroa", El Salvador 24 de octubre, 2023

CONTENIDO

RESUMEN	4
INTRODUCCION	5
OBJETIVOS	7
1. OBJETIVO GENERAL.....	7
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
CAPITULO II	8
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1 EL EMBARAZO.....	8
2.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO	9
2.3 GENERALIDADES DE DEPRESIÓN.....	9
2.4 DEPRESION PERINATAL	11
2.5 SÍNTOMAS DEPRESIVOS DURANTE EL EMBARAZO	12
2.6 FACTORES DE RIESGO	13
2.6.1 BIOQUÍMICOS CEREBRALES.....	13
2.6.2 GENÉTICOS Y FAMILIARES.....	14
2.6.3 PSICOLÓGICOS	14
2.6.4 SOCIALES	15
2.6.5 RIESGO EN EMBARAZO	15
2.7 LEY NACER CON CARIÑO PARA UN PARTO RESPETADO Y UN CUIDADO CARIÑOSO Y SENSIBLE PARA EL RECIÉN NACIDO.	17
2.8 EVALUACIÓN.....	20
2.8.1 Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh. (Ver anexo 2).....	20
2.8.2 Escala de experiencia en el embarazo conocida como PES (Pregnancy Experience Scale). (Ver anexo 3).....	21
CAPITULO III	22
METODOLOGÍA	22
1. Tipo de investigación.....	22
5. Periodo de investigación.....	22
Universo	22
Muestra:.....	23
Variables.....	24
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE	25
Fuentes de información	31

• Procesamiento y análisis de información.....	31
CONSIDERACIONES ETICAS.....	32
Clasificación de la investigación	32
Privacidad y confidencialidad.....	32
Consentimiento	32
Compartimiento de los beneficios.	32
RESULTADOS	33
DISCUSIÓN	51
CONCLUSIONES.....	54
RECOMENDACIONES.....	55
ANEXOS	61
ANEXO 1: Cronograma.....	61
ANEXO 2: Cuestionario Escala de Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS).....	62
ANEXO 3: Escala de experiencia en el embarazo, versión breve.	64
ANEXO 4: Documento de consentimiento informado para participantes de la investigación.	66
ANEXO 5: Sesiones prenatales estrategia que se utilizó para que las pacientes respondieran la encuesta.	68

RESUMEN

La depresión es uno de los trastornos mentales que afecta a la mayor parte de la población según la Organización Mundial de la Salud más de 300 millones de personas viven con depresión, particularmente las mujeres son más propensas, esto se debe a transmisión genética, fisiología endocrina y a las desventajas psicológicas del papel femenino en nuestra sociedad. En relación con el género, factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta.

Por lo tanto, esta investigación estuvo enfocada con su principal objetivo en detectar la prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18-30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero - Septiembre 2023. Con la finalidad de identificar el riesgo de desarrollar depresión y mostrar la probabilidad de sufrir depresión durante el embarazo que conlleva padecer este tipo de trastorno y la implicación que acontece al binomio madre e hijo.

La metodología implementada en el presente estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo y transversal. Empleando cuestionarios psicométricos de fiabilidad y validez para la recolección de datos a través de la escala de experiencia en el embarazo (PES) y Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPP) con una muestra de 60 participantes.

La sintomatología depresiva no se presentó en el total de mujeres encuestadas con los resultados obtenidos en la escala de experiencia del embarazo con un coeficiente de confiabilidad de 0.78 que denota fiabilidad de los datos obtenidos con un resultado de 83.33% de bajo riesgo de desarrollar depresión durante del embarazo y un 16.6% de alto riesgo de desarrollo de depresión.

Con la aplicación de la escala de Edimburgo se notó que la prevalencia de sintomatología depresiva debido a que 60 (100%) de las embarazadas que participaron en el estudio tienen baja probabilidad de sufrir depresión por lo tanto demuestra que hay baja prevalencia de sintomatología depresiva con un coeficiente de confiabilidad de 0.72.

CAPITULO I

INTRODUCCION

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados. Algunas molestias propias de la gravidez, como por ejemplo la astenia, la labilidad emocional y las alteraciones del sueño y del apetito, suelen encontrarse durante la depresión.

La depresión prenatal es un factor de riesgo para la depresión posparto, y muchos casos pueden haber comenzado en el período antenatal. Las embarazadas deprimidas tienen más riesgo de descuidar su embarazo, de abandonar los controles prenatales, o seguir erróneamente las indicaciones médicas y afectar el resultado obstétrico.

Se realizó la investigación en el contexto de detectar la prevalencia de la sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 - 30 años usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, departamento de Usulután. Con el fin de establecer y determinar la intensidad y el riesgo de desarrollar síntomas depresivos como ansiedad, sentimientos de culpa, ideas suicidas y dificultad de concentración a través de la aplicación de diferentes escalas psicométricas como la Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo (EPDS) y la Escala de experiencia en el embarazo (PES).

La prevalencia de depresión durante el embarazo se ha reportado en alrededor del 10 y 16 % de la población gestante. La depresión puede ser mucho mayor en mujeres (2:1) que están expuestas a más factores de riesgo se debe a transmisión genética, fisiología endocrina y a las desventajas psicológicas del papel femenino en nuestra sociedad. En relación con el género, factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo.

En Latinoamérica, un estudio de prevalencia en población general en tres grandes ciudades de Brasil; encontró prevalencia de vida para “estados depresivos”, incluyendo depresión mayor 3,8 a 14,5 en mujeres. (1)

En México la prevalencia de depresión perinatal oscila entre 12 y 16.6% y alrededor del 21.7% al 30.7% presentarán sintomatología depresiva. (2)

En un estudio cuantitativo y transversal realizado en Yucatán, se encontró que la prevalencia de depresión prenatal fue del 16.66%. La prevalencia fue superior en el segundo trimestre con un 42%, tercer trimestre 35% y primer trimestre 23%. (2)

Según datos del MINSAL, la tasa nacional registra 102 casos de depresión por 100.000 habitantes; y las tasas más altas corresponden a los Departamentos de Santa Ana, San Salvador y San Miguel. Las tasas más bajas se observan en: La Unión, La Libertad, La Paz y Ahuachapán. (3)

La importancia de este estudio radica en que los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública en el mundo. A pesar de los progresos en el control de la morbilidad y mortalidad por diferentes enfermedades físicas, los trastornos mentales aumentan su frecuencia, siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas.

Por lo tanto, la depresión perinatal es especialmente importante porque se produce en un momento crítico en la vida de la madre, su bebé y su familia. Si no se trata a tiempo, puede dar lugar a un efecto prolongado y deletéreo sobre la relación entre la madre y el bebé y sobre el desarrollo psicológico, social y educativo del niño y la aplicación de la Ley Nacer con cariño que tiene por objetivo garantizar y proteger los derechos de la mujer desde el embarazo, parto y puerperio, así como los derechos de las niñas y niños desde la gestación, durante el nacimiento y la etapa de recién nacido logrando dar una atención de calidad y calidez al binomio madre e hijo para lograr un correcto desarrollo que permita garantizar la salud mental y así mejorar la atención médica a las mujeres embarazadas que participan en el estudio.

OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Detectar la prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18-30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero–Septiembre 2023.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar a través de la aplicación de la Escala de Experiencia en el embarazo (PES) el riesgo de desarrollar depresión durante el embarazo.
- Describir la presencia de la sintomatología depresiva durante el embarazo a través de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPP)
- Mostrar mediante el cuestionario Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPP) la probabilidad de sufrir una depresión durante el embarazo

CAPITULO II.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 EL EMBARAZO.

El embarazo es el período de tiempo comprendido entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. En promedio, transcurren casi 280 días o 40 semanas entre el primer día del último período menstrual y el nacimiento del feto, lo que corresponde a 9.33 meses del calendario. El período de gestación también puede dividirse en tres unidades de tres meses cada uno (13 semanas) o tres trimestres:

- Primer trimestre: comprendido desde la semana 1 hasta la semana 14 de gestación.
- Segundo trimestre: hasta la semana 28 de gestación.
- Tercer trimestre: es comprendido desde la semana 29 de gestación hasta la semana 40. (4)

Una etapa que marca la vida de una mujer representa una experiencia vital y en cierta medida su realización plena como tal, se trata de una manifestación de cambios que toda mujer debe comprender y asimilar es allí donde comienza un camino de expectativas, dudas y un sinnúmero de emociones, por las que deberá atravesar, siendo los cambios fisiológicos y psicológicos los que despertarán mayor inquietud. (4) . Las adaptaciones anatómicas, fisiológicas y bioquímicas al embarazo son cambios notables que comienzan poco después de la fecundación y continúan durante toda la gestación; la mayor parte ocurre como respuesta a estímulos fisiológicos provenientes del feto y la placenta. Muchas de las adaptaciones fisiológicas podrían percibirse como anormales en la mujer embarazada. (5)

Por consiguiente, la comprensión de estas adaptaciones al embarazo se mantiene como un objetivo primordial a la obstetricia, y sin tal conocimiento es casi imposible comprender los procesos patológicos que pueden amenazar a las mujeres durante el embarazo. (5)

La edad fetal o del desarrollo es la edad de la concepción, que se calcula a partir del momento de la implantación, la cual ocurre de 4 a 6 días después de terminar la ovulación. El primer trimestre se puede subdividir en los períodos embrionario y fetal. El periodo embrionario inicia al momento de la fertilización o desde la segunda hasta la décima semana de gestación.

El periodo embrionario es la etapa en la que ocurre la génesis de los órganos, en esta etapa el embrión es más sensible a los teratógenos. El final del periodo embrionario y el inicio del fetal ocurre ocho semanas después de la fertilización o 10 semanas después del inicio de la última menstruación. (6)

2.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO

El embarazo normal representa una gran cantidad de cambios físicos y psicológicos para la mujer, todos estos cambios están enfocados en ajustarse y adaptarse a las exigencias que el desarrollo de un nuevo ser humano en el interior del cuerpo de la madre representa, dichos cambios ocurren de manera gradual, pero continua, a lo largo de todo el embarazo y desde luego están influenciados por múltiples factores como la edad de la mujer, los embarazos previos, su estado físico, nutricional, etc.

2.3 GENERALIDADES DE DEPRESIÓN

Las depresiones son tan prevalentes en la población general (3%) y tan comunes en la consulta médica (12.22% al 25% de todos los pacientes), que es imposible que los psiquiatras puedan tratar adecuadamente a todas las personas que la sufren. Más aún, según Watts solo un 0.2% de los pacientes deprimidos consulta al psiquiatra, un 9% al médico general y posiblemente un 89% nunca acude a la consulta médica. Si a la magnitud del problema contrastamos la facilidad y efectividad de los tratamientos existentes, se hace claro que es responsabilidad del médico general aprender a sospechar, diagnosticar y tratar de manera adecuada este inmenso número de pacientes deprimidos. Además, el médico general bien entrenado en el tratamiento del síndrome depresivo estará en una posición ventajosa para identificar y diagnosticar precozmente, y para ser más fácilmente aceptado por el paciente temeroso de la estigmatización que la cultura aplica a la consulta psiquiatra. De lo anterior resultaría una disminución de la cronicidad, de las consecuencias funestas tanto familiares como económicas y posiblemente de los suicidios. (7)

Según datos del MINSAL, la tasa nacional registra 102 casos de depresión por 100.000 habitantes; y las tasas más altas corresponden a los departamentos de Santa Ana, San Salvador y San Miguel. Las tasas más bajas se observan en: La Unión, La Libertad, La Paz y Ahuachapán. Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública en el

mundo. A pesar de los progresos en el control de la morbilidad y mortalidad por diferentes enfermedades físicas, los trastornos mentales aumentan su frecuencia, siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas. La mayoría de las personas que sufren depresión consultan por primera vez a médicos no especialistas o en el nivel primario de atención. Sin embargo, este tipo de trastornos no es reconocido fácilmente por el médico o por el equipo de salud y no siempre son tratados en la forma correcta. (1)

Los grupos de edad más afectados son los de 15 a 19 años con 3.965 casos; de 25 a 59 años, con 16.541 casos; y de 60 años o más, con 5.320 casos. (8) Infortunadamente datos publicados por Ayuso, demuestran que estamos lejos de alcanzar dicha meta, ya que en el momento los médicos generales, los especialistas no psiquiatras y aun muchos psiquiatras, no diagnostican bien estos trastornos, confundiéndose a menudo con cuadros orgánicos o con trastornos de ansiedad. Peor cuando los diagnostican los tratan mal, a veces los medican con ansiolíticos que son inefectivos, pueden causar habituación y a menudo empeoran la depresión y en otras ocasiones administran dosis bajas o durante un tiempo muy corto; los antidepresivos formulados adecuadamente pueden ser efectivos en el 70% de los casos. (9)

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados. Algunas molestias propias de la gravidez, como por ejemplo la astenia, la labilidad emocional y las alteraciones del sueño y del apetito, suelen encontrarse durante la depresión. Asimismo, es pertinente recordar que las embarazadas pueden sufrir de ciertas patologías médicas como anemia, diabetes gestacional y disfunción tiroidea, las cuales a menudo se asocian a síntomas depresivos. (10)

En el estudio Epidemiological Catchment Area (ECA) realizado en Norteamérica, la prevalencia para depresión mayor de 2,2% y la de distimia el 3%. Otros estudios sugieren cifras del 10% a 25% en mujeres. La depresión mayor puede iniciarse a cualquier edad, con una edad promedio de iniciación entre los 25 y los 30 años. En relación con la edad, aunque la depresión puede ocurrir en todas las etapas cronológicas, la frecuencia aumenta con el transcurso del tiempo. Sin embargo, 50% de los casos el trastorno aparece entre los 20 y los 50 años. Los estudios realizados internacionalmente han encontrado consistentemente tasas

significativas de trastornos de salud mental en el período perinatal. En Latinoamérica, un estudio de prevalencia en población general en tres grandes ciudades de Brasil; encontró prevalencia de vida para “estados depresivos”, incluyendo depresión mayor 3,8 a 14,5 en mujeres. (1)

Un amplio estudio australiano (n = 52 000) encontró alrededor de 9% de las mujeres con depresión experimentada en el período prenatal y 16% en el período posparto (2) En un metaanálisis de 28 estudios internacionales, las estimaciones de puntos de prevalencia para la depresión mayor y menor varió de 6.5% a 12.9% (1.0% a 5.6% para la depresión mayor solamente) en diferentes trimestres y meses del embarazo y en el primer año después del nacimiento, y el período de prevalencia mostró que hasta 19.2% de las mujeres tenía un episodio depresivo en los primeros 3 meses después del parto (7.1% para la depresión mayor) (2) Así mismo, los estudios sobre sintomatología ansiosa y/o depresiva en mujeres durante el embarazo, revelan prevalencias entre un 16,7%. (1)

2.4 DEPRESION PERINATAL

Las depresiones son más frecuentes en el sexo femenino (2:1) y esto se debe a transmisión genética, fisiología endocrina y a las desventajas psicológicas del papel femenino en nuestra sociedad. En relación con el género, factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. En particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos o de algún familiar gravemente enfermo o postrado. (1) Kaplan, menciona una observación casi universal, independiente del país o la cultura, es que la prevalencia del trastorno de depresión mayor es el doble en las mujeres. Para explicar esta diferencia se han propuesto una serie de razones, como las diferentes hormonas implicadas, los efectos del parto, los diferentes factores estresantes psicosociales en mujeres.

La depresión perinatal es especialmente importante porque se produce en un momento crítico en la vida de la madre, su bebé y su familia. Si no se trata a tiempo, puede dar lugar a un

efecto prolongado y deletéreo sobre la relación entre la madre y el bebé y sobre el desarrollo psicológico, social y educativo del niño.

La relación entre la madre y su pareja también puede verse afectada negativamente. Una madre puede temer que se le considere incapaz de cuidar de su hijo. La enfermedad mental es también un factor significativo en la mortalidad materna. La depresión prenatal es un factor de riesgo para la depresión posparto, y muchos casos de depresión detectados en el período posparto pueden haber comenzado en el período antenatal. Algunos estudios que utilizan cuestionarios de autoinforme, sugieren una asociación entre la depresión prenatal y la depresión durante la adolescencia en los hijos. (11) La depresión y los trastornos relacionados afectan el bienestar de la mujer, su hijo y su(s) pareja(s) e impactan en las relaciones dentro de la familia, durante un tiempo que es fundamental para el futuro de la salud y el bienestar de los niños. (11)

Las madres deprimidas dan más respuestas negativas y menos respuestas positivas en las interacciones con sus hijos. (11) El cuadro clínico de la depresión del embarazo es similar al que se presenta en los episodios depresivos en otras épocas de la vida. Además de los síntomas cardinales de la depresión - como el desánimo, el desinterés por las actividades que antes resultaban atractivas, el deterioro en la autoestima, la labilidad emocional- suelen presentarse síntomas como angustia, irritabilidad y desconcentración. Puede haber rechazo, rabia o ambivalencia con relación al embarazo, sobre todo si este no es planificado. (12) Se dispone de diversas escalas para la detección de depresión durante el embarazo. Sin embargo, el instrumento de tamizaje para depresión prenatal más usado en la actualidad en todo el mundo es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), la cual ha sido validada para ser empleada en el postparto en muchos países, pero también cuenta con validaciones en el embarazo.

2.5 SÍNTOMAS DEPRESIVOS DURANTE EL EMBARAZO

Al principio, o cuando la depresión no es grave, puede ser difícil distinguir los síntomas depresivos de las quejas comunes durante el embarazo o puerperio. (13)

El diagnóstico de depresión se realiza usualmente por las manifestaciones clínicas, al evidenciar múltiples signos y síntomas. En el diagnóstico de dichos síntomas deben

evidenciarse la presencia de síntomas tales como tristeza, anhedonia, enlentecimiento cognitivo y, menos frecuentemente, agitación psicomotora. (5)

Al hablar de los trastornos del estado de ánimo asociados a maternidad, el embarazo genera tantas expectativas incertidumbres y miedos que las mujeres pueden sentirse sobrepasadas, llegando a tener pensamientos destructivos hacia ellas mismas o hacia él bebe. Es importante insistir en que el proceso se realimenta y se va agravando si se le resta importancia y no se frenan estos pensamientos; poco a poco esas dudas pueden impedir felicidad e incluso provocar en las mujeres sentimientos de vergüenza precisamente por no estar contentas. (14)

Algunos síntomas generales de la depresión:

- Sensación de tristeza o vacío.
- Humor depresivo la mayor parte de tiempo.
- Pérdida de interés o de placer en la mayoría de las actividades.
- Dificultad para dormir o adormecimiento excesivo.
- Pérdida o aumento de peso muy notorio en un lapso de 1 mes
- Pérdida de concentración.
- Ideas obsesivas de muerte o suicidio, pero sin plan de cometer el acto.
- Agitación física o mental.
- Constipación.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Pérdida del apetito.
- Cefaleas recurrentes.
- Dificultad para tomar decisiones. (13)

2.6 FACTORES DE RIESGO

2.6.1 BIOQUÍMICOS CEREBRALES.

La teoría más popular postula cambios en las monoaminas cerebrales (noradrenalina, dopamina, serotonina). La teoría de las catecolaminas en su forma más simple postula que en la depresión hay un déficit absoluto o relativo de norepinefrina en sinapsis específicas cerebrales y que en la manía habría un exceso de ella.

Posteriormente se sugirió que un déficit de serotonina sería un prerequisite básico en la etiología de la depresión. Inclusive se piensa que esta deficiencia de serotonina se debe a una disminución congénita de células que usan dicho neurotransmisor, y que esto de manera secundaria produciría una disminución de la monoaminoxidasa (MAO), enzima que degrada tanto las catecolaminas como la serotonina. Estas teorías se originaron al tratar de entender algunos efectos de los psicofármacos. Los antidepresivos tricíclicos disminuyen la recaptación de las monoaminas y aumentan su disponibilidad en la hendidura sináptica. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) disminuyen la recaptación de ésta. Los inhibidores de la MAO aumentan los neurotransmisores al disminuir su degradación por dichas enzimas. (15)

2.6.2 GENÉTICOS Y FAMILIARES.

Los estudios familiares están a favor de la existencia de factores genéticos en la depresión. El trastorno depresivo mayor es 1,5 a 3 veces más común en los familiares biológicos de primer grado de personas que sufren éste, que en la población general. La heredabilidad en diferentes estudios se calcula que está entre 36% a 75%, lo que demuestra claramente un componente genético. (15)

2.6.3 PSICOLÓGICOS.

Dentro de los rasgos de la personalidad, el grado de autoestima y de confianza en sí misma que tenga puede influir tanto de manera negativa como positiva. Va a ser determinante también la estabilidad psicoafectiva de la mujer, es decir, la capacidad que tenga para afrontar y resolver posibles situaciones adversas y es muy importante también la situación de vínculo con el padre, el estado en que se encuentre esta relación. Aquellas mujeres que ya son inestables emocional y psicológicamente van a sufrir mayores cambios. (16)

Parece que la separación y la pérdida de personas amadas en la niñez producen depresiones infantiles y predisponen al sufrimiento de ellas en la vida adulta. Estas pueden ser desencadenadas por pérdidas triviales con valor simbólico para el paciente. El trauma en la infancia, especialmente el abuso sexual, se asocia con depresión de iniciación temprana en las mujeres. Desde el punto de vista psicosocial, se demuestra un aumento de depresiones después de situaciones estresantes tales como desastres naturales, guerras, permanencia en campos de concentración y períodos de desintegración social. La viudez, la pérdida de seres

queridos, etc., también parecen aumentar la incidencia de depresión. Seligman postuló que la desesperanza aprendida se presenta cuando un individuo es sometido en forma repetida a estímulos desagradables que no puede ni predecir ni controlar, la persona se resigna y se deprime. Además, presenta una tendencia a percibir que las cosas están fuera de su control. (15)

2.6.4 SOCIALES.

Las perspectivas que enmarcan la predisposición con la que una mujer se va a enfrentar al proceso de la maternidad vienen definidas por la cultura, la sociedad y el momento histórico en el que se haya educado. En todas las culturas se ha adjudicado a la mujer el papel de principal responsable en los cuidados y las labores relacionadas con la asistencia de los hijos. Los problemas económicos y la falta o ausencia de apoyo familiar y social. (16)

2.6.5 RIESGO EN EMBARAZO

Aún sigue siendo desconocida la causa de que para algunas mujeres el estado de embarazo no sea protector contra los trastornos del estado de ánimo, como la depresión. No obstante, se debe recordar que la depresión es una afección con etiología multifactorial, por lo que se debe incluir los cambios hormonales y neuroendocrinos de esta etapa, además de los cambios psicosociales y ambientales. Conocer los diferentes factores de riesgo de esta enfermedad permitirá optimizar las diferentes estrategias de prevención y tratamiento en la atención a la salud. (17)

En muchos casos, se cree erróneamente que durante el embarazo la gestante no sufre eventos estresores o situaciones que la lleven a poner en riesgo su salud mental o, por el contrario, se considera que estos estresores no tienen efecto en el desarrollo del feto, por lo que el control prenatal se dirige a la prevención de complicaciones fetales, y se descuida el estado emocional de la madre. (17)

Los factores de riesgo de depresión en el embarazo se pueden clasificar en biológicos o psicosociales y abarcan desde el antecedente de depresión y trastorno disfórico premenstrual hasta historia de abuso sexual, edad temprana al embarazo, escaso apoyo social, consumo de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar. Lancaster et al., a través de una revisión sistemática de 57 estudios (luego de un análisis de 1.361 artículos previamente

seleccionados), establecieron como factor de riesgo con evidencia firme el estrés diario, en el que se incluyen situaciones adversas de la vida, la falta de apoyo social o redes de apoyo débiles y la violencia intrafamiliar. (17)

Por otro lado, un estudio en Perú realizado por Lam et al. reveló que los factores de riesgo más influyentes en la muestra estudiada eran el antecedente de aborto, la falta de planificación del embarazo, el bajo nivel educativo de la gestante frente a un nivel educativo superior de la pareja y el antecedente de violencia, que es el de mayor significación estadística. (17)

Entre los factores de riesgo que influyen en menor proporción, se encuentran el desempleo y el bajo ingreso económico, lo que indica que, aunque el nivel socioeconómico no tiene gran impacto estadístico, puede influir en la aparición de la depresión durante y después del embarazo. La presencia de más de 2 factores aumenta el riesgo de que la gestante padezca un episodio depresivo mayor y sus síntomas tengan mayor impacto en la vida diaria de la paciente. No obstante, factores como el antecedente de aborto, la violencia y la falta de apoyo social son factores independientes cuya única presencia debe alertar a los profesionales de salud sobre un caso probable de depresión gestacional. (17)

Según el DSM-V los episodios del estado de ánimo se pueden iniciar durante el embarazo o en el posparto. Aunque las estimaciones difieren según el período de seguimiento después del parto, entre un 3 y un 6 % de las mujeres experimentará el inicio de un episodio de depresión mayor durante el embarazo o en las semanas o meses que siguen al parto. El 50 % de los episodios de depresión mayor "posparto" comienza realmente antes del parto. Así pues, estos episodios se denominan colectivamente episodios del periparto. (18)

Las mujeres con episodios de depresión mayor en el periparto con frecuencia sufren ansiedad grave e incluso ataques de pánico. Estudios prospectivos han demostrado que los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo, así como la tristeza posparto (baby blues), aumentan el riesgo de un episodio de depresión mayor después del parto. (18)

Los episodios del estado de ánimo que se inician en el periparto pueden presentar o no características psicóticas. El infanticidio se asocia la mayoría de las veces a episodios psicóticos posparto que se caracterizan por alucinaciones que ordenan matar al niño o

delirios de que el niño está poseído, pero los síntomas psicóticos también pueden aparecer en episodios graves del estado de ánimo posparto sin estos delirios o alucinaciones específicas. (18). Cuando una mujer ha tenido un episodio posparto con características psicóticas, el riesgo de recurrencia con cada parto posterior es de entre un 30 y un 50 %. (18)

2.7 LEY NACER CON CARIÑO PARA UN PARTO RESPETADO Y UN CUIDADO CARIÑOSO Y SENSIBLE PARA EL RECIÉN NACIDO.

La Ley Nacer con Cariño tiene como base las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre las que se encuentran: corte tardío del cordón umbilical, promoción de la lactancia materna y del apego madre e hijo. La nueva normativa coloca al centro a las mamás, sus bebés y sus familias, quienes tienen derecho a estar informados, ser escuchados, ser tratados con respeto y dignidad.

Esta ley tiene como objetivo garantizar y proteger los derechos de la mujer desde el embarazo, parto y puerperio, así como los derechos de las niñas y niños desde la gestación, durante el nacimiento y la etapa de recién nacido, a través del establecimiento de los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud.

La protección de esta ley comprende desde la etapa preconcepcional, durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.

Principios Rectores

El Sistema Nacional Integrado de Salud fundamentará su actuación en los principios rectores siguientes:

a) Principio de supremacía de la dignidad humana: En todas las actuaciones realizadas en aplicación de la presente ley, deberá respetarse la dignidad de la mujer, de la persona que está por nacer y de la niña o niño recién nacido.

b) Principio del interés superior del niño: Ante cualquier situación que involucre a las niñas y niños que están por nacer y recién nacidos siempre se tomará las medidas y decisiones que más propicien su desarrollo físico, espiritual, psicológico, moral y social.

c) Principio pro-educación preconcepcional, prenatal y parto: En todas las actuaciones realizadas en aplicación de la presente ley se deberá facilitar toda la información relevante y necesaria para la preparación del embarazo y el desarrollo de éste, el parto y para la atención de la persona que está por nacer y recién nacida.

d) Principio de integralidad: La atención que se brinde en el marco de la presente ley deberá considerar un enfoque holístico, es decir, que reconozca los aspectos físicos, mentales, emocionales y sociales que forman parte de cada persona.

Dentro de los derechos y obligaciones que especifica la ley en relación con el embarazo, la ley establece que la mujer en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto tiene derecho a ser tratada con calidez y respeto de modo individual y personalizado que logre garantizar la intimidad logrando un ambiente relajado y seguro para el binomio madre e hijo durante todo el proceso.

Además, debe informarse de manera cálida y respetuosa la evolución del parto, el estado de su hijo o hija, procedimientos a realizar como diagnósticos y tratamientos, se debe garantizar un acceso a un parto respetado y seguro, a no ser sometida a ningún examen o investigación sin previo consentimiento.

Se debe garantizar los controles prenatales en compañía de un familiar de confianza durante todo el proceso, por consiguiente, posterior al parto lograr el apego precoz a través del alojamiento conjunto, y garantizar durante el embarazo la comprensión de la lactancia materna y la correcta técnica de amamantamiento, además de recibir asesoramiento sobre cuidados a ella y el hijo, así mismo recibir educación prenatal sobre signos y síntomas obstétricos de riesgo.

De igual forma se debe respetar la autonomía, permitir si es posible la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto, por consiguiente, la madre no debe someterse a procedimientos innecesarios e injustificados por ejemplo tactos vaginales, episiotomías entre otras.

Se debe garantizar a la embarazada la libertad de movimiento durante el trabajo de parto y la opción de optar por posturas más cómodas para ellas que contribuyan a la evolución satisfactoria del parto. Optar por un abordaje natural del dolor, decidir por la posición al momento del nacimiento y garantizar el contacto piel a piel, apego seguro, corte tardío del

cordón umbilical, lactancia materna, alojamiento conjunto; manteniendo en todo momento el contacto físico para propiciar el vínculo afectivo.

Derechos de las niñas y niños recién nacidos.

Se debe garantizar recibir a todo recién nacido un trato cálido, respetuoso y digno, a recibir una identificación, además de no ser sometido a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación sin previo consentimiento por escrito de sus representantes legales.

Los padres tienen derecho a tener asesoramiento e información sobre los cuidados del recién nacido para su crecimiento y desarrollo, así como su plan de vacunación. Después del nacimiento se debe garantizar de inmediato el apego seguro a través del contacto piel a piel donde se permita amamantarlo y cargarlo excepto en casos donde la salud de la madre o del recién nacido estén comprometidas, en caso de que la madre no pueda asegurar el apego precoz por condición médica se permitirá que lo haga el acompañante o quien la madre decida.

Se debe garantizar la lactancia materna a través del alojamiento conjunto permaneciendo ambos en la misma habitación, además se debe recibir el certificado de nacimiento o defunción de forma inmediata cuando el parto sea atendido en hospitales o clínicas públicas y privadas.

Derechos de la madre y el padre y de la niña o niño recién nacido en situaciones de riesgo.

La madre y el padre del recién nacido en situación de riesgo tienen derecho a recibir información comprensible, suficiente y continuada sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija de diagnóstico, pronóstico y tratamiento, mientras la situación clínica lo permita se deberá tener acceso continuado a su hijo o hija, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con la asistencia.

Se debe tener consentimiento informado por escrito para la toma de exámenes o intervenciones que se requiera someter al niño o niña con fines de investigación. Se debe facilitar la lactancia materna al recién nacido, los padres y acompañantes pueden ser orientados de manera sencilla para incorporarse al método canguro como una estrategia que brinda beneficios importantes en el bienestar de la salud del recién nacido.

En caso de fallecimiento del recién nacido se debe proporcionar apoyo psicológico y crear un entorno de intimidad para que puedan sobrellevar su proceso de duelo. (19)

2.8 EVALUACIÓN

2.8.1 ESCALA DE DEPRESIÓN DE POST-PARTO DE EDINBURGH. (VER ANEXO 2)

Se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento.

Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. El instrumento con el cual se llevó a cabo este proceso está denominado Escala de Depresión Postnatal de Edinburgh (EPDS), creada por John Cox, Jeni Holden y Ruth Sagovsky en el año 1987, con la finalidad de determinar la intensidad de los síntomas depresivos como ansiedad, sentimientos de culpa, ideas suicidas y dificultad de concentración en los siete días previos y ubicándose en las distintas dimensiones depresión postnatal en mujeres púerperas. (20)

Los indicativos de depresión posparto, con el convencimiento de que, una vez conocidas, podremos identificar durante las visitas preconcepcionales o durante las de control del embarazo a aquellas mujeres de riesgo elevado y realizar, en su caso, diagnóstico y tratamiento lo más tempranos posible tras el parto. (21)

Instructivo de uso

- Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
- Tienen que responder las diez preguntas.
- Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.

- La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
- La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación: A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0) (22)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 13, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. (22)

2.8.2 ESCALA DE EXPERIENCIA EN EL EMBARAZO CONOCIDA COMO PES (PREGNANCY EXPERIENCE SCALE). (VER ANEXO 3)

Esta escala fue desarrollada con el objetivo de obtener la evaluación sobre el estrés y la valencia emocional hacia el embarazo que pueden experimentar las mujeres durante la gestación (23)

Consta de 41 ítems que la mujer debe valorar en dos sentidos, como algo positivo (que la mujer se sienta feliz) y como algo negativo (que le haga sentir triste, negativa o molesta). Cada ítem debe evaluarse en los dos sentidos en una escala tipo Likert de 4 puntos (de 0=nada a 3=mucho). (23)

La puntuación incluye el conteo de la frecuencia, así como la intensidad en la valoración de ambas dimensiones (positiva y negativa). La PES original consta de 20 ítems, los primeros 10, evalúan aspectos positivos o alegres relacionados con el embarazo, y los segundos 10, pretenden valorar aspectos molestos o más problemáticos relacionados con el embarazo. (23). Una de las actividades que debe cumplir El personal de salud, durante la inscripción y

controles subsecuentes, para identificar problemas de salud mental a través de la escala de experiencia en el embarazo, escala PES (Pregnancy Experience Scale) (24)

En embarazo se recomienda un punto de corte 12/13 (mayor o igual a 13: probable depresión en embarazo) (25)

CAPITULO III.

METODOLOGÍA

1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según el número de mediciones:

Transversal: Se realizó una investigación en un periodo determinado de tiempo sobre la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres embarazadas durante el estudio.

2. Según análisis y alcance de resultados:

Descriptivo: Se investigó un determinado grupo de población durante el estudio que incluye a las mujeres embarazadas de 18 a 30 años que puedan presentar sintomatología depresiva.

3. Según el tiempo:

Prospectivo: Se investigó la prevalencia de la sintomatología depresiva en mujeres embarazadas de 18 a 30 años que pudiera desencadenar un cuadro de depresión.

4. Según la búsqueda de información:

De campo: Se realizó en la Unidad de Salud de Jucuapa, departamento de Usulután, en población de mujeres embarazadas.

5. PERIODO DE INVESTIGACIÓN

Elaboración del protocolo de investigación de febrero a mayo de 2023.

Ejecución de investigación de junio a septiembre de 2023.

Redacción de informe final y presentación de resultados de septiembre a octubre de 2023.

UNIVERSO

Está constituido por embarazadas de 18 a 30 años que consultan para control prenatal en la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután según el SIMOWW la población actual de embarazadas es $u = 85$.

Tamaño

Embarazadas = 60.

MUESTRA: 60 USUARIAS

Criterios de inclusión:

Mujeres embarazadas quienes lleven sus controles prenatales en Unidad de Salud Intermedia Jucuapa, Usulután.

Mujeres embarazadas en rango de edad de 18 a 30 años de edad que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Jucuapa, Usulután.

Mujeres embarazadas que deseen participar en el estudio que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Jucuapa, Usulután.

Mujeres embarazadas residentes y pertenecientes al municipio de Jucuapa que consultan en la Unidad de Salud Intermedia Jucuapa, Usulután.

Mujeres embarazadas con edad gestacional mayor a 20 semanas que consulten en Unidad de Salud Intermedia Jucuapa.

Criterios de exclusión.

Mujeres embarazadas quienes no deseen participar en el estudio.

Mujeres embarazadas con antecedentes de morbilidad previo y durante el embarazo.

Mujeres embarazadas con edad gestacional menor de 20 semanas.

Mujeres embarazadas que estén con tratamiento de enfermedades psiquiátricas.

Mujeres embarazadas que no lleven controles prenatales en Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután.

Mujeres embarazadas que se negó a firmar el consentimiento informado para dicho estudio.

Mujeres embarazadas con retraso mental u otra discapacidad de tipo mental.

VARIABLES

Variable dependiente: Sintomatología depresiva.

Variable Independientes

Tabla de variables	
OBJETIVOS	VARIABLES
Identificar a través de la aplicación de la Escala de Experiencia en el embarazo (PES) el riesgo de desarrollar depresión durante el embarazo.	Escala de experiencia en el embarazo (PES)
Describir la presencia de la sintomatología depresiva durante el embarazo a través de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPP)	Tristeza o vacío Humor depresivo la mayor parte del tiempo Pérdida de interés en las actividades diarias Insomnio Ideas de suicidio Agitación física o mental Sentimiento de culpa Ansiedad
Mostrar mediante el cuestionario Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPP) a las mujeres con probabilidad de sufrir una depresión durante el embarazo.	Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPP)

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR	INSTRUMENTO
Identificar a través de la aplicación de la Escala de Experiencia en el embarazo (PES) el riesgo de desarrollar depresión durante el embarazo.	Escala de experiencia en el embarazo (PES)	Una puntuación para determinar la prevalencia positiva o negativa hacia el embarazo	Cálculo de la escala: Dividir los aspectos negativos (numerador) sobre los aspectos positivos (denominador)	RIESGO: Las puntuaciones mayores a 1 o iguales. BAJO RIESGO: Las puntuaciones inferiores a 1.	Cuestionario

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR	INSTRUMENTO
Describir la presencia de la sintomatología depresiva durante el embarazo a través de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPP)	Tristeza o vacío	Sentimiento de dolor anímico producido por un suceso desfavorable que suele manifestarse con un estado de ánimo pesimista, la insatisfacción y la tendencia al llanto.	Sentimiento anímico desfavorable que la usuaria experimenta. Con el cuestionario (pregunta 1)	a) Si, casi siempre (3) b) Sí bastante a menudo (2) c) Solo en ocasiones (1) d) No, nunca. (0)	Cuestionario
	Humor depresivo la mayor parte del tiempo	Se acompaña de un sentimiento de desvalorización de sí mismo, de pesimismo, de cansancio y de inhibición.	Sentimiento desvalorización que la usuaria manifieste. Con el cuestionario (pregunta 2)	a) Si, casi siempre (3) b) Sí bastante a menudo (2) c) No, no muy a menudo (1) d) No, nada (0)	Cuestionario

	Pérdida de interés en las actividades diarias	Es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades de la vida.	Incapacidad para experimentar placer en actividades diarias que la usuaria manifieste. con el cuestionario (preguntas 3 y 4).	<p>PREGUNTA 3</p> <p>a) Tanto como siempre (0)</p> <p>b) No tanto ahora (1)</p> <p>c) Mucho menos ahora (2)</p> <p>d) No, nada (3)</p> <p>PREGUNTA 4</p> <p>a) Tanto como siempre (0)</p> <p>b) Algo menos de lo que solía hacer (1)</p> <p>c) Definitivamente menos (2)</p> <p>d) No, nada (3)</p>	Cuestionario
	Insomnio	Consiste en la dificultad para iniciar y mantener el sueño, o la sensación de no	Dificultad para iniciar o mantener el sueño que este experimentando la	<p>a) Si, la mayoría de las veces (3)</p> <p>b) Si, a veces. (2)</p>	Cuestionario

		haber dormido un sueño reparador.	usuaria. Con el cuestionario (pregunta 5)	c) No muy a menudo (1) d) No, nada (0)	
	Ideas de suicidio	Persona expresa pérdida del deseo de vivir, pero que no lleva a daño concreto.	Con el cuestionario (pregunta 6)	a) Si, bastante a menudo (3) b) A veces (2) c) Casi nunca (1) d) No, nunca (0)	Cuestionario
	Agitación física o mental	Es un estado de hiperactividad motora física y mental descontrolada e improductiva, asociada a una tensión interna.	Hiperactividad motora física y mental descontrolada de la usuaria. Con el cuestionario (pregunta 7 Y 8)	<p>PREGUNTA 7</p> a) Si, bastante (3) b) Si, a veces (2) c) No, no mucho (1) d) No, nada (0)	Cuestionario
				<p>PREGUNTA 8</p> a) Si, la mayor parte de las veces (3)	

				<ul style="list-style-type: none"> b) Si, a veces (2) c) No, casi nunca (1) d) No, nada (0) 	
	Sentimiento de culpa	Es la sensación de haber hecho algo malo o de haber cometido algo poco ético o que iba en contra de alguna orden o ley.	Sensación de haber cometido algo poco ético de la usuaria. Con el cuestionario (pregunta 9)	<ul style="list-style-type: none"> a) Si, la mayoría de las veces. (3) b) Si, algunas veces (2) c) No muy a menudo (1) d) No, nunca (0) 	Cuestionario
	Ansiedad	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.	Estado mental de intensa excitación y extrema seguridad. Con el cuestionario (pregunta 10)	<ul style="list-style-type: none"> a) No, para nada (0) b) Casi nada. (1) c) Si, a veces (2) d) Si, a menudo (3) 	Cuestionario

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR	INSTRUMENTO
Mostrar mediante el cuestionario Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPP) a las mujeres con probabilidad de sufrir una depresión durante el embarazo.	Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo	Esta es una prueba para las mujeres que están embarazadas, o que han dado a luz recientemente. Se utiliza para determinar si una mujer puede o no tener depresión posparto	Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior	Una puntuación de 13+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 6, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.	Cuestionario

FUENTES DE INFORMACIÓN

- **Mecanismo de Confidencialidad:** A través de consentimiento informado, previamente autorizado por la usuaria.
- **Resguardo de los datos:** La información será obtenida a través de la encuesta y los datos recolectado como datos personales sensibles serán usados con fines investigativos.

- **PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.**
 - A. Para dicho procesamiento se inició con la respectiva presentación de los investigadores hacia los participantes de la población en estudio, socializando que en dicho establecimiento de salud en el cual consultan estará disponible dicha investigación y se informó del propósito del estudio en atenciones médicas previas, como por ejemplo en consulta de controles prenatales, consulta por morbilidad, consultas odontológicas, sesiones prenatales, explicando su importancia y beneficios hacia su salud mental, se explicó su participación voluntaria y confidencial durante dicha consultas, sin embargo, el aceptar o negarse a participar en la investigación afecte el transcurso natural de la consulta.
 - B. Inmediatamente al haber aceptado de manera verbal y voluntaria participar en dicha investigación, se procederá a leer y hacer entrega del consentimiento informado, que deberá ser firmado o colocación de huella dactilar por la paciente.
 - C. Por consiguiente, se procederá al llenado correcto del instrumento que incluirá datos generales, sociodemográficos, ítems correspondientes a la Escala de experiencia en el embarazo (PES) y Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo, mediante el uso de dispositivos electrónicos por parte del personal investigar a las participantes para el correcto llenado del cuestionario a través de la plataforma Google Forms.
 - D. Seguidamente se procedió a la respectiva tabulación de datos por métodos estadísticos a través de creación de tablas de frecuencia y gráficos que conlleva al análisis de dicha interpretación de cada variable.

CONSIDERACIONES ETICAS.

CLASIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, por lo que únicamente se recopilaron datos por parte del equipo de investigación auxiliándose del cuestionario aplicado a las usuarias de la Unidad de Salud que cumplan los criterios de inclusión.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD.

Para el desarrollo de una investigación dentro de los parámetros éticos se creará este apartado con el uso de un consentimiento informado debidamente firmado en el cual las usuarias participantes podrán conocer sus derechos y deberes antes de la recolección de información mediante el instrumento propuesto, clarificando que los datos brindados serán estrictamente empleados para el estudio, manejados por un equipo especializado y manteniendo la intimidad en todo momento.

CONSENTIMIENTO

El consentimiento informado incluye el propósito de la investigación, nombres del equipo investigador, así como la institución a la cual pertenecen, objetivo general, los mecanismos de confidencialidad y resguardo de información, finalizando con el nombre y firma del usuario o testigo que acepte la participación del estudio, que estará disponible al momento previa de la autorización de participar en el estudio. (ver Anexo 4)

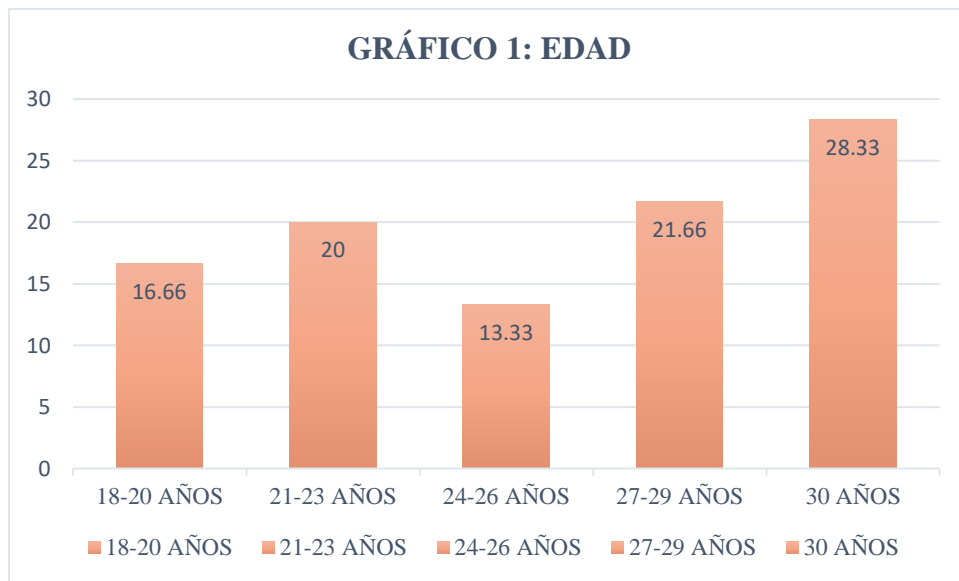
Compartimiento de los beneficios.

Ante los resultados obtenidos en la investigación, actualmente el ministerio de salud cuenta con Unidades de Salud Especializadas donde se pueden encontrar profesionales en el área de psicología por lo que se hará la referencia respectiva para que las pacientes con riesgo de desarrollo de depresión puedan acceder a tratamiento psicoterapéutico durante y después del embarazo.

En cada sesión prenatal se hará la sugerencia que se pueda acceder a un psicólogo para detectar aquellas pacientes con riesgo de desarrollo de depresión encontradas durante la investigación para brindar apoyo psicológico si lo amerita.

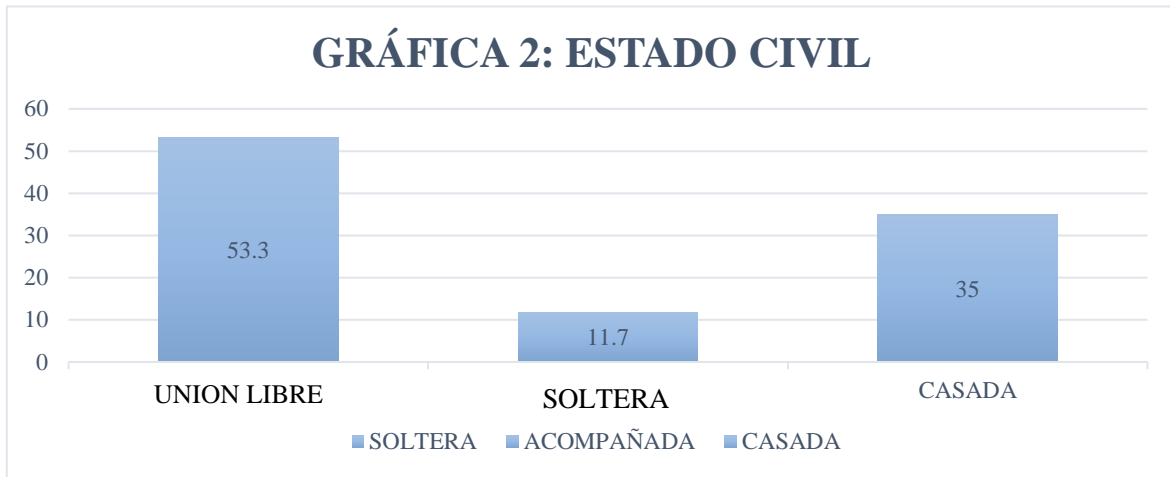
RESULTADOS

De los 60 cuestionario, todos cumplieron con los criterios de estudio y se complementaron con su respectivo resultado.



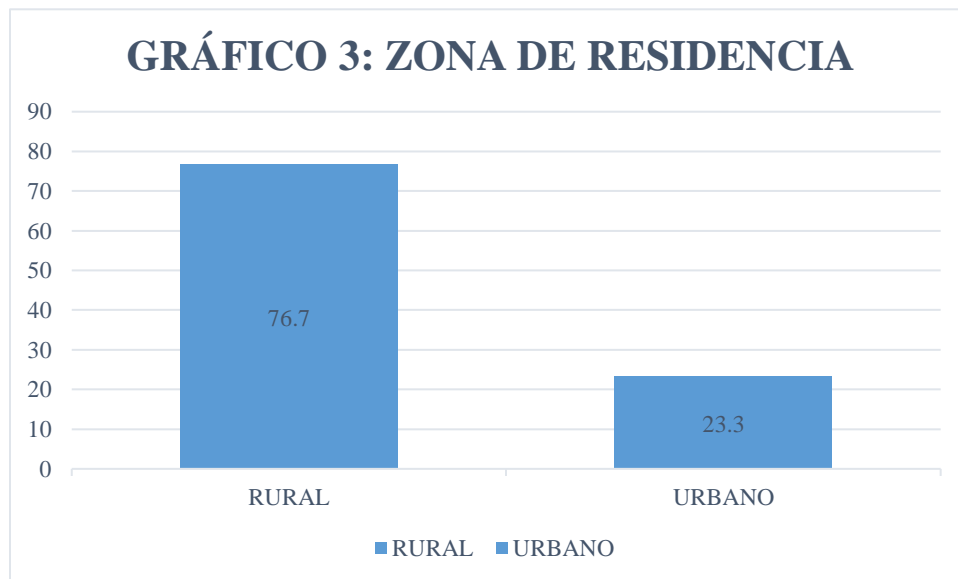
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre la Prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero a Septiembre de 2023.

Comentario: A partir de los resultados obtenidos se puede destacar que el rango de edad que predomina es de 30 años obteniendo porcentaje más alto con un 28.33%, el rango de edad 27 a 29 años un porcentaje de 21.66 %, el rango de edad de 21 a 23 años obteniendo un porcentaje de 20 %, el rango de edad de 18-20 años con un porcentaje de 16.66 % y el rango de 24-26 años obtuvo el porcentaje mínimo con un 13.33 % de la población.



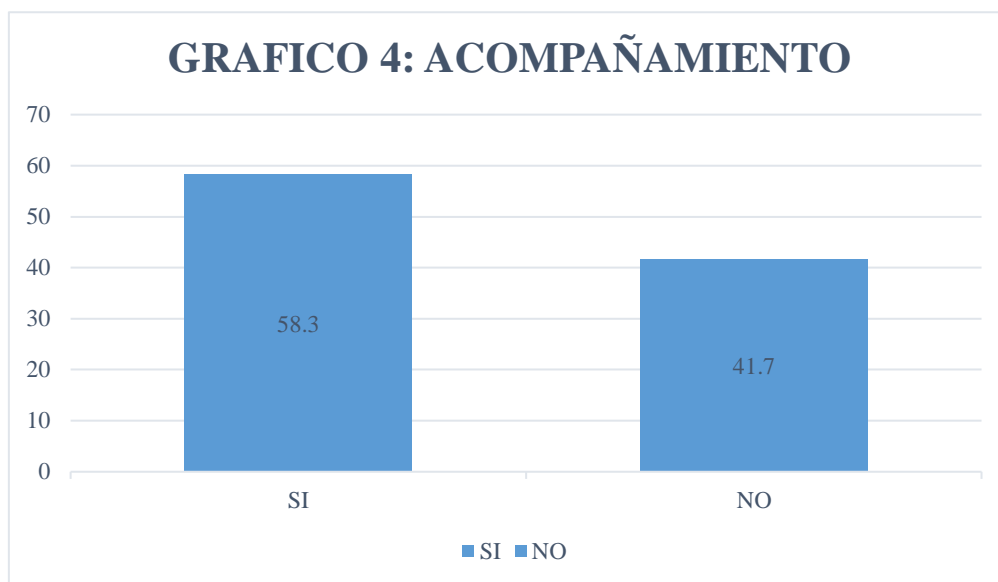
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre la Prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero a septiembre de 2023.

Comentario: A partir de los resultados obtenidos en cuanto al estado civil, la mayoría de mujeres tenían un estado de soltera con un 53.3 % y el 35 % estado de casada, mientras que acompañada (unión libre) en 11.7 %.



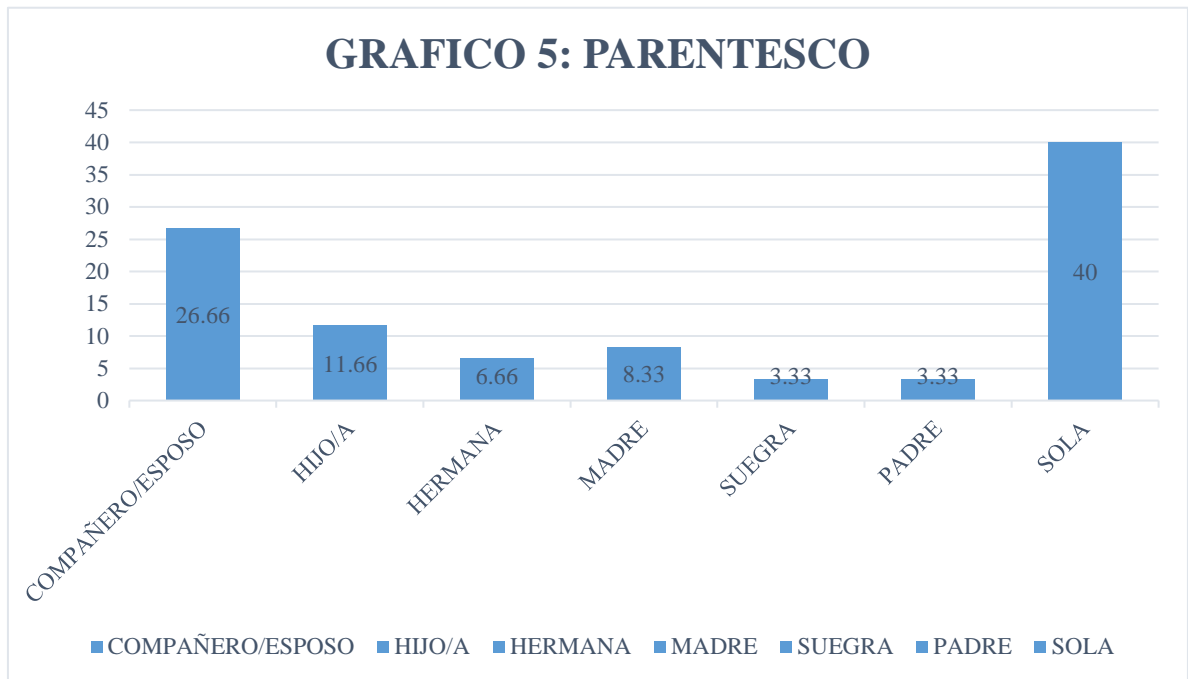
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre la Prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero a Septiembre de 2023.

Comentario: En base a los resultados obtenidos se puede destacar que el 76.7 % de participantes pertenece a la zona rural dentro de la población en estudio, mientras que el 23.3 % pertenece a zona urbana.



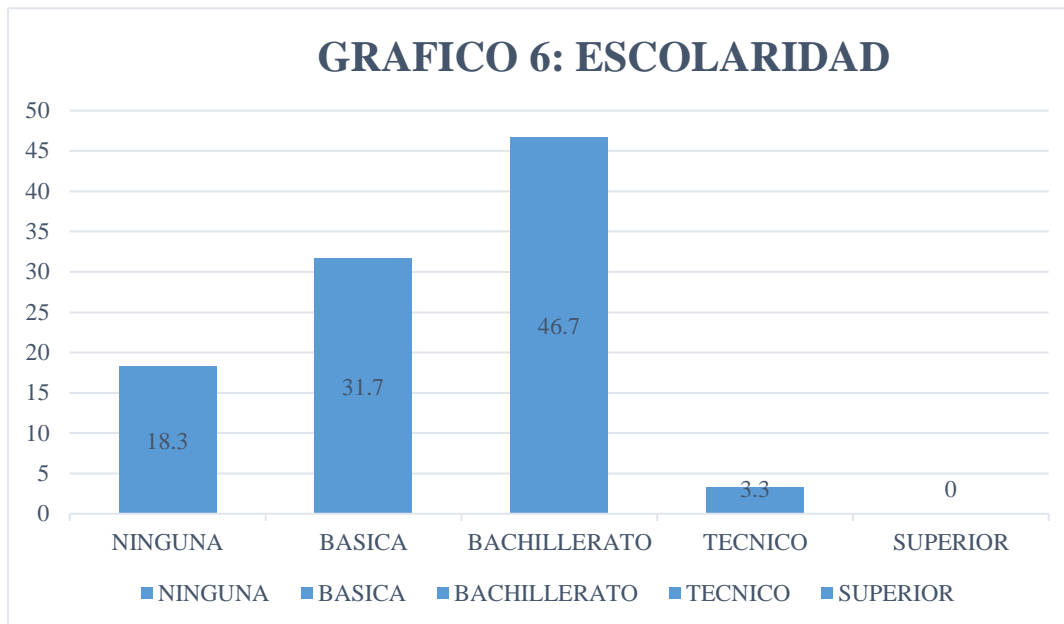
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre la Prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero a Septiembre de 2023.

Comentario: A partir de los resultados obtenidos se puede destacar que el 58.3 % de participantes iban acompañadas y el 42.7% no llevaba acompañante.



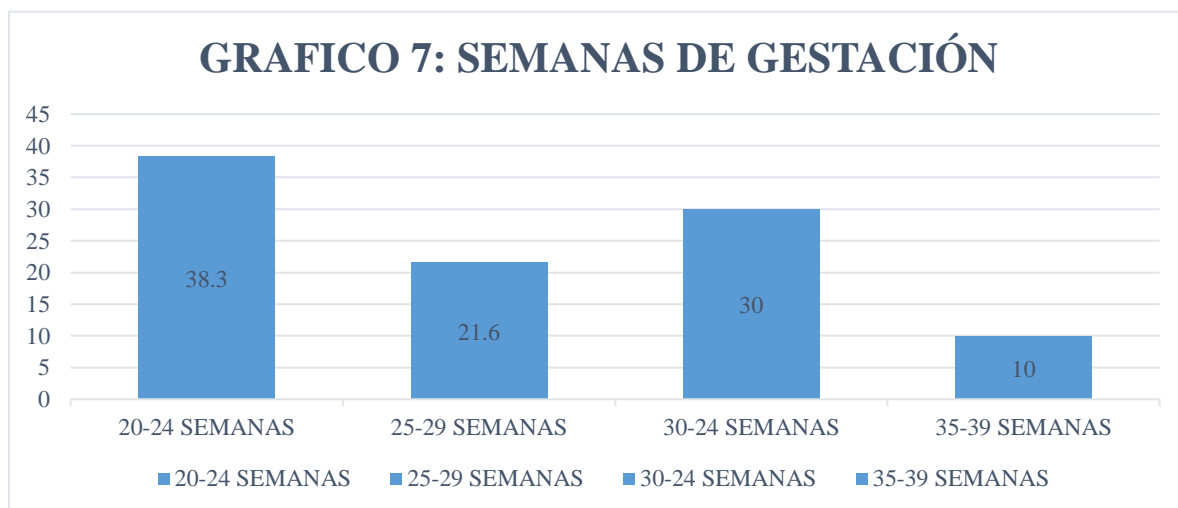
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre la Prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero a Septiembre de 2023.

Comentario: A partir de los resultados obtenidos en cuanto al acompañamiento de las participantes se puede observar que el 40 % de la población no iba acompañada, un 26.66 % iba acompañado de su compañero de vida o esposo, un 11.66 % iba acompañado de su hijo, acompañada por su madre un 8.33%, acompañada de su hermana un 3.33% y acompaña de su suegra y padre ambos obteniendo un valor de 3.33 %.



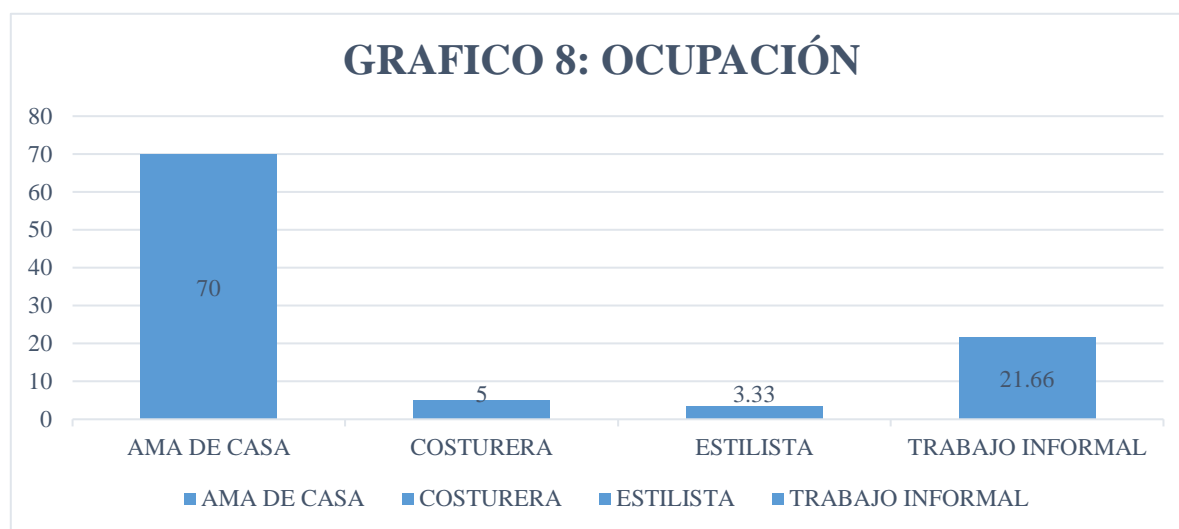
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre la Prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero a Septiembre de 2023.

Comentario: A partir de los resultados de la encuesta se obtiene un 46.7 % que las participantes contestaron que su nivel de escolaridad era bachillerato, el 31.7 % básica, el 18.3 % ninguna y el 3.3 % y la escolaridad superior el 0%



Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre la Prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero a Septiembre de 2023.

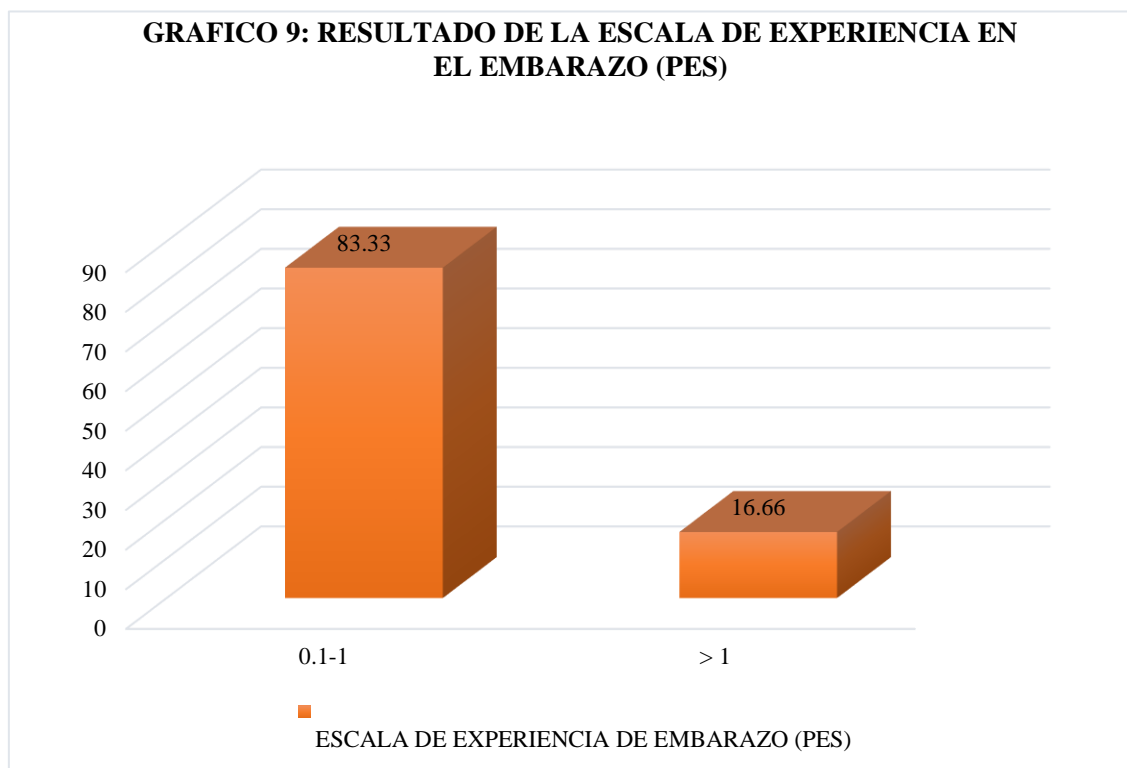
Comentario: A partir de los resultados el 38.3 % de las participantes esta entre el rango de las 20-24 semanas de gestación, el 30 % entre 30-34 semanas de gestación, el 21.6 % entre las 25-29 semanas de gestación y un 10 % entre 35-39 semanas de gestación



Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre la Prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero a septiembre de 2023

Comentario: En base a los resultados se obtiene que el 70 % de las participantes son ama de casa, el 21.66 % trabajo informal, el 5 % costurera, y el 3.33 % estilista.

Objetivo específico 1: Determinar el riesgo de desarrollar depresión durante el embarazo a través de la escala de experiencia en el embarazo (PES).



Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre la Prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero a Septiembre de 2023

Comentario: En los resultados del primer objetivo sobre el riesgo de desarrollar depresión durante el embarazo a través de la escala de experiencia en el embarazo de la población estudiada se destaca con predominio de resultados en un 83.33% de puntuación menor a 1 en relación a la escala de experiencia en el embarazo.

Objetivo específico 2: Establecer la intensidad de la sintomatología depresiva durante el embarazo a través de la escala cuestionario Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPP)

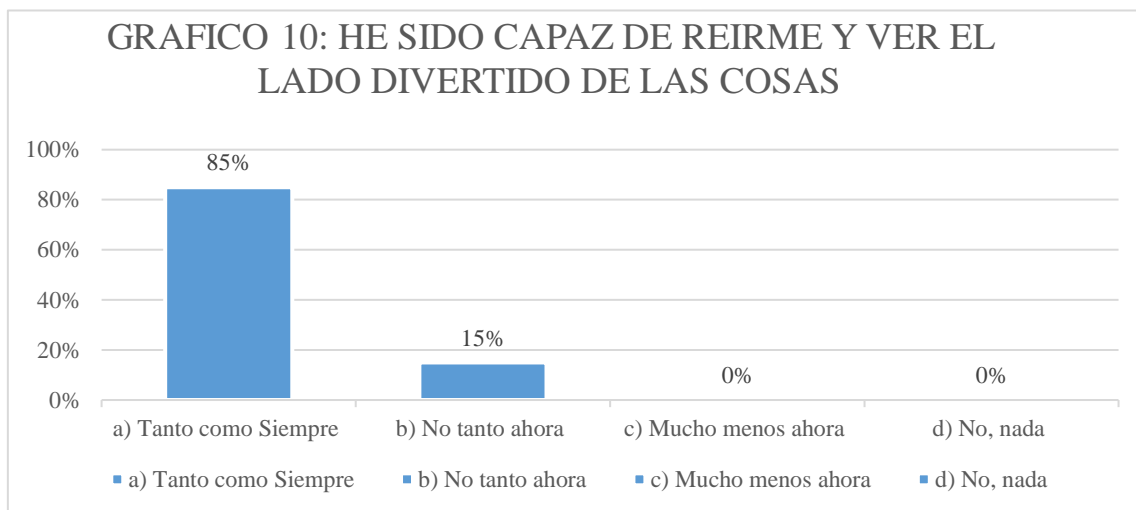
Tabla N°1 Resumen de resultados obtenidos por cuestionario componente Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPP)				
VARIABLE	ÍTEMS	RESULTADO	F	%
Tristeza o vacío	1.He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.	a) Tanto como Siempre (3)	51	85%
Humor depresivo la mayor parte del tiempo	2. He mirado el futuro con placer	a) Tanto como siempre (3)	45	75%
Pérdida de interés en las actividades diarias	3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien.	d) No, nunca (0)	27	45%
	4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo.	a) No, para nada (0)	25	42%
Ansiedad	5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno.	d) No nada (0)	23	38%
Agitación física o mental	6. Las cosas me oprimen o agobian.	c) No, casi nunca (1)	26	43%
Insomnio	7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.	c) No muy a menudo (1)	23	38%

	8. Me he sentido triste y desgraciada	d) No, nada (0)	42	70%
Sentimiento de culpa	9. He sido tan infeliz que he estado llorando.	c) Solo ocasiones(1)	32	53%
Ideas de suicidio	10. He pensado en hacerme daño a mi misma	d) Nunca (0)	60	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre la Prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero a Septiembre de 2023.

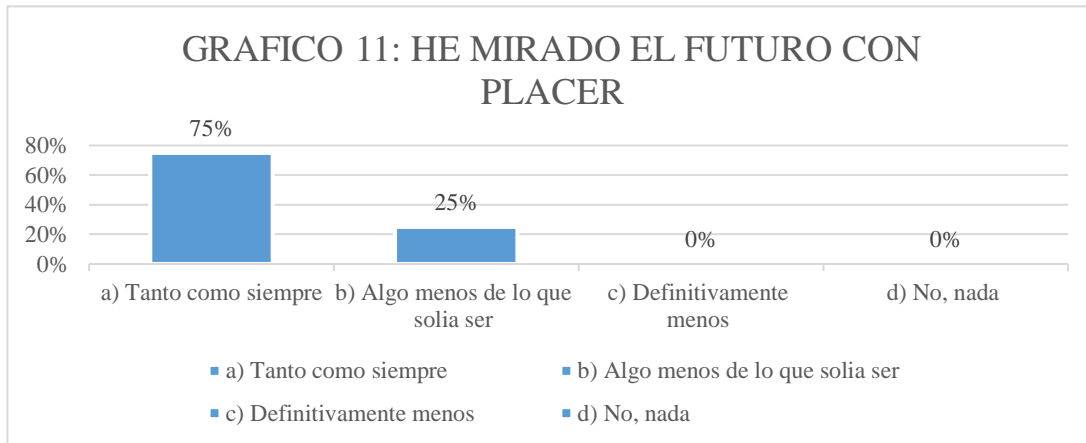
Comentario: En cuanto al objetivo numero dos que se basa en establecer la intensidad de la sintomatología depresiva durante el embarazo a través de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPP) en mujeres embarazadas que consultan en la Unidad de Salud de Jucuapa, mediante el resultado individual de cada ítems se observó en la variable *Ideas de suicidio* que se indaga en la pregunta número 10 se obtuvo un resultado de 100% correspondiente a el total de 60 de las embarazadas encuestadas, seleccionaron la opción *Nunca*, equivalente a (0) puntos. Seguido de la variable *tristeza o vacío* al indagar la pregunta número 1 con un porcentaje de 85% que corresponde un total de 51 embarazadas dando respuesta a la opción *Tanto como Siempre* equivalente a (3) puntos. La variable *Humor depresivo la mayor parte del tiempo*, con la pregunta número 2 la población en estudio seleccionó la opción *tanto como siempre* equivalente a (3) puntos, con un resultado de 75% que corresponde a un total de 45 encuestadas. Sucesivamente la variable *insomnio* con un resultado en la pregunta 8 con un 70% correspondiente a un total de 42 embarazadas donde seleccionaron la opción *no, nada* equivalente a (0) puntos. La variable *sentimiento de culpa* reflejada en la pregunta número 9 obtuvo un 53% correspondiendo a un total de 32 encuestadas dando respuesta a *solo en ocasiones* equivalente a (1) puntos. En la variable *perdida de interés de las actividades diarias* reflejada en la pregunta número 3 con un porcentaje de 45% correspondiente a un total de 27 encuestadas, se seleccionó la opción *no nunca* equivalente a (0) puntos. En relación a la variable

agitación física o mental que indaga la pregunta número 6 refleja un 43% correspondiente a un total de 26 embarazadas que optaron por la respuesta *no, casi nunca* equivalente a (1) punto. Sucesivamente la variable *perdida de interés de las actividades diarias* reflejada en la pregunta número 4 que corresponde a un 42% con un total de 25 embarazadas optaron por la respuesta *no, para nada* equivalente a (0) puntos de la escala. Finalmente, las variables *insomnio* y *ansiedad* obtuvieron un porcentaje de 38% respectivamente, correspondiente a 23 encuestadas en cada variable seleccionado la opción *no, nada* equivalente a (0) puntos y la opción *no muy a menudo* equivalente a (1) puntos de la escala, respectivamente.



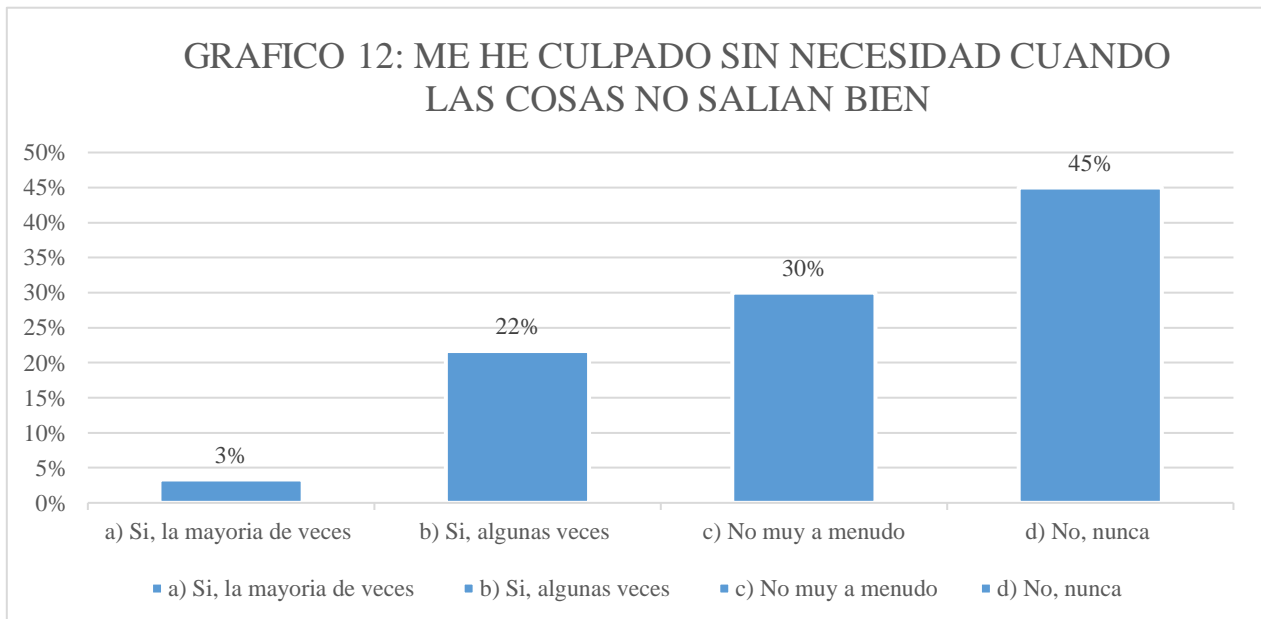
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre la Prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero a septiembre de 2023.

Comentario: En base a los resultados obtenidos en cuanto si la participante He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas se obtienen dos respuestas en mayores porcentajes; en la respuesta de tanto como siempre en un 85 % mientras que con un 15 % de las participantes respondió no tanto como ahora.



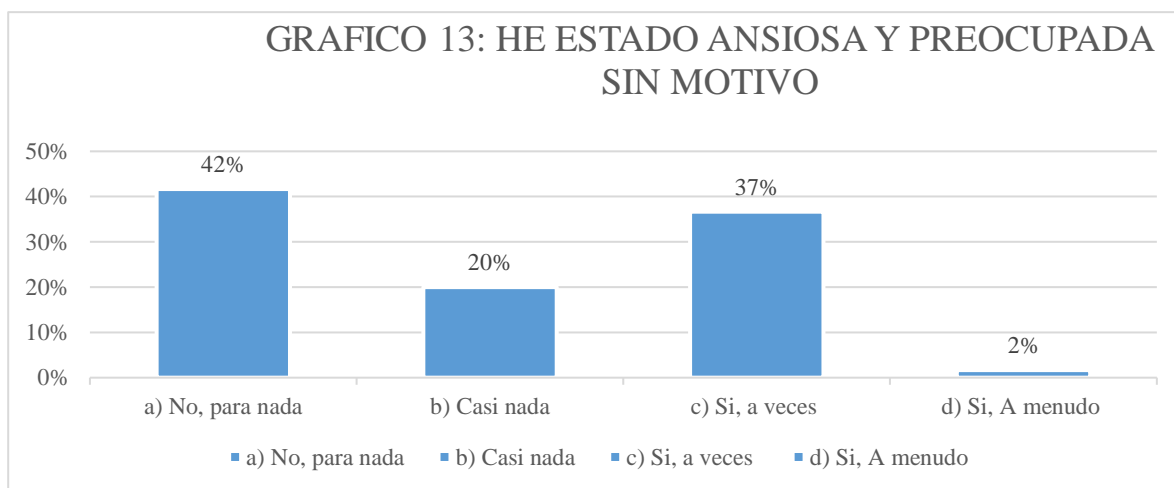
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre la Prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero a septiembre de 2023.

Comentario: En base a los resultados obtenidos en cuanto si la participante a mirado el futuro con placer el 75 % de la población respondió tanto como siempre mientras que el 25 % de la población respondió algo menos de lo que solía ser.



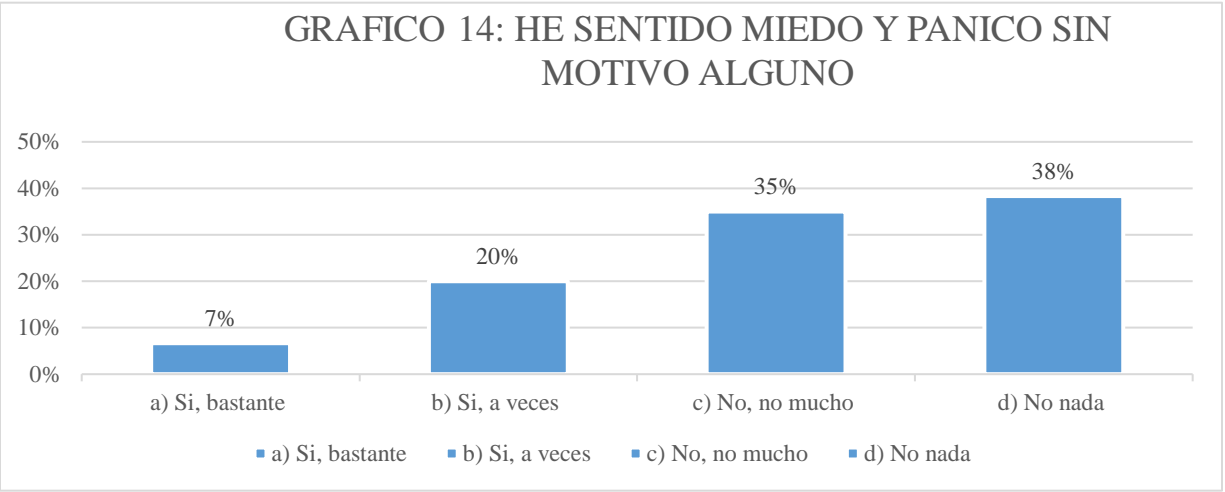
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre la Prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero a Septiembre de 2023.

Comentario: en base a los resultados las participantes respondieron a la pregunta me he culpado si necesidad cuando las cosas no salían bien; un 45 % respondieron, No, nunca, 22% respondieron Si, algunas veces, el 30 % respondió No muy a menudo, y el 3 % respondió Si, la mayoría de veces.



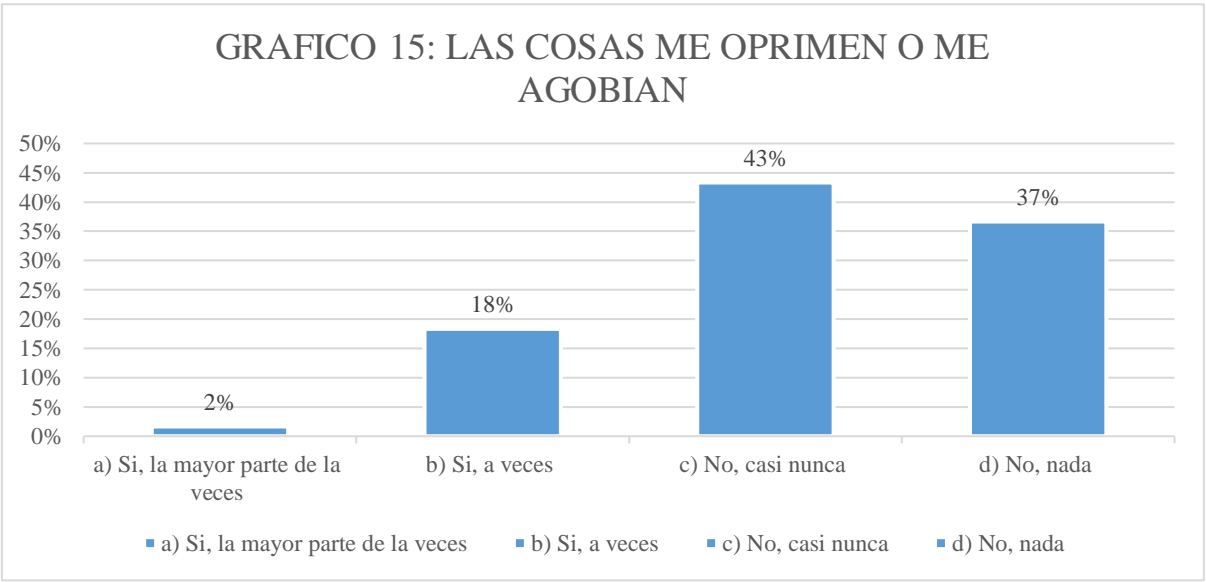
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre la Prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero a septiembre de 2023.

Comentario: A partir de los resultados obtenidos que si la participante a estado ansiosa y preocupada sin motivo, el 42 % de la población respondió, no, para nada, el 37 % respondió Si, a veces, el 20 % respondió Casi nada y un 2 % Si, a menudo.



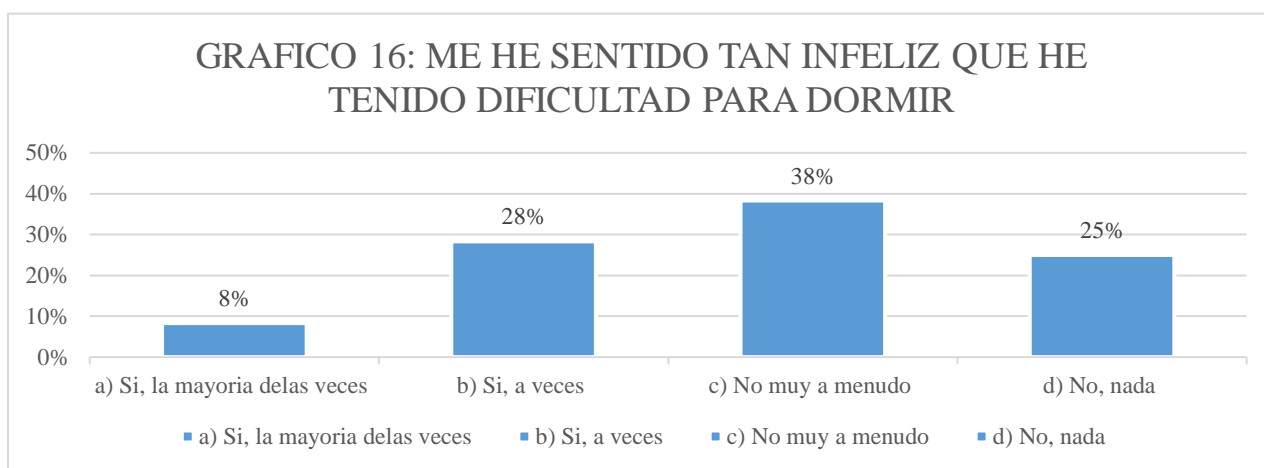
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre la Prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero a Septiembre de 2023.

Comentario: En base a los resultados las participantes respondieron No nada obteniendo un mayor porcentaje del 38%, No, no mucho un 35 %, Si a veces en un 20 % y el 7 % respondió Si, bastante.



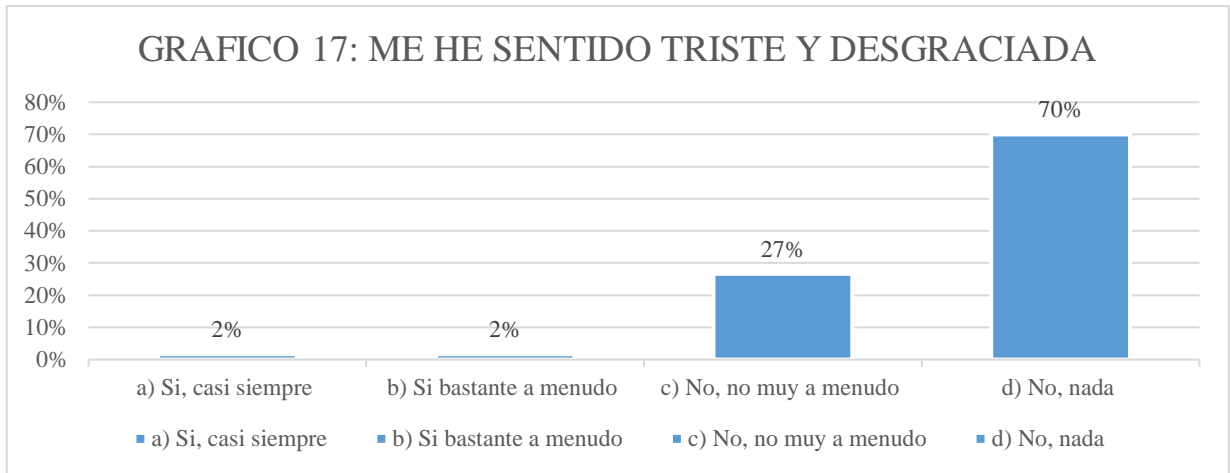
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre la Prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero a septiembre de 2023.

Comentario: A partir de los resultados obtenidos el 43% de las pacientes respondieron la opción no, casi nunca representando el mayor porcentaje; el 37% respondió la opción no, nada; el 18% respondió la opción si, a veces; mientras que la opción de menor porcentaje con 2% es sí, la mayoría de las veces.



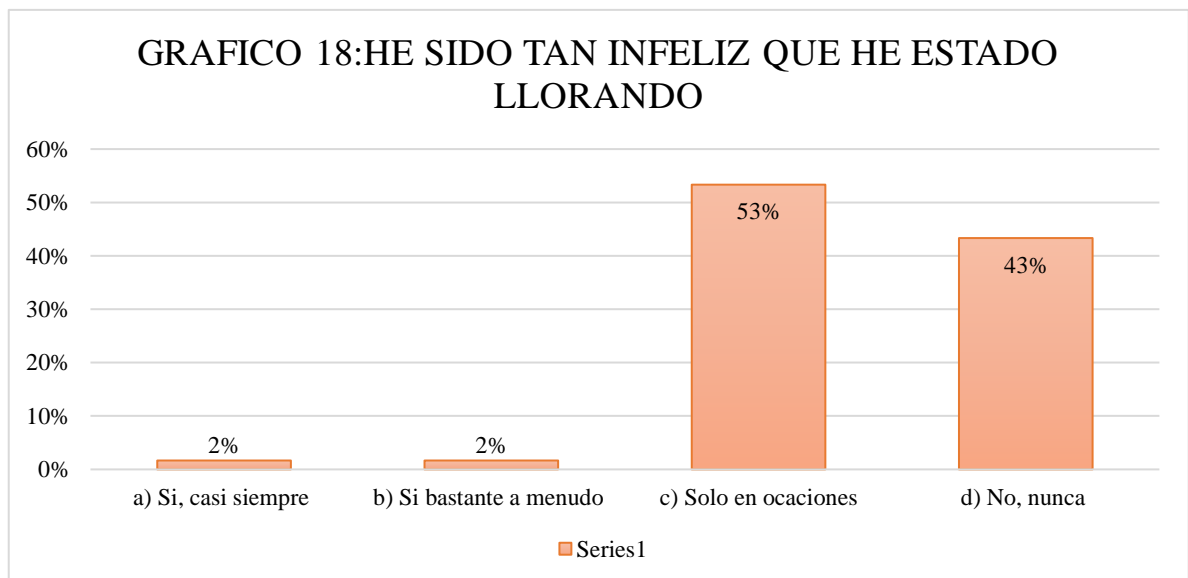
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre la Prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero a septiembre de 2023.

Comentario: A partir de los resultados obtenidos el 38% de las pacientes respondieron la opción no, muy a menudo siendo el de mayor porcentaje, el 28% respondió la opción si, a veces; el 25% optaron por la respuesta no, nada; mientras que el 8% respondió si, la mayoría de las veces siendo el de menor porcentaje.



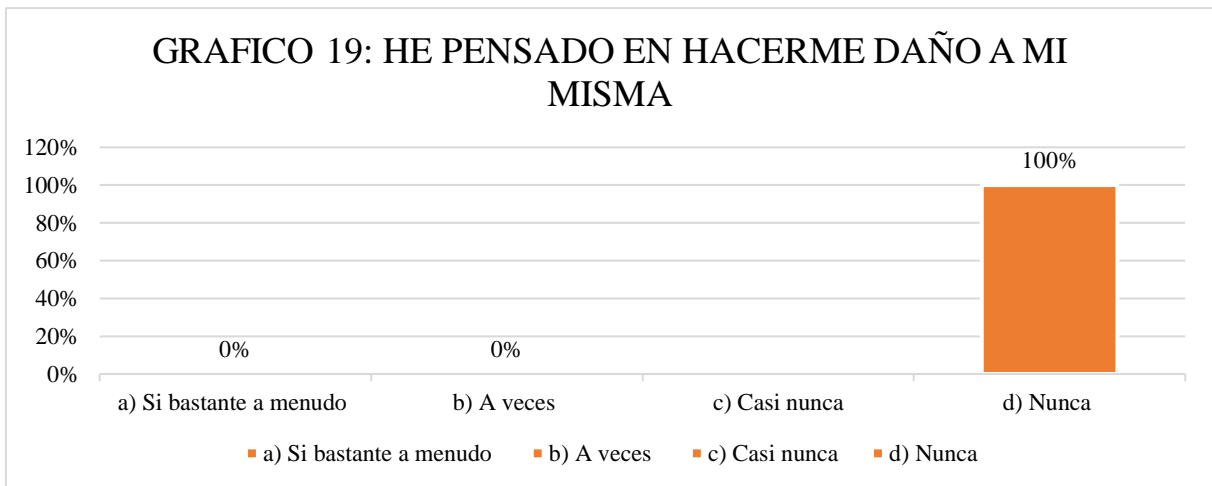
Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre la Prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero a Septiembre de 2023.

Comentario: A partir de los resultados obtenidos el 70% de las pacientes respondieron la opción no, nada representando el mayor porcentaje; el 27% respondió la opción no, no muy a menudo; mientras que las opciones de menor porcentaje con 2% cada uno son las opciones sí, casi siempre y si, bastante a menudo siendo los de menor porcentaje.



Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre la Prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero –a Septiembre de 2023.

Comentario: A partir de los resultados estadísticos obtenidos al realizar la pregunta he sido tan infeliz que he estado llorando el 53% de ellas opto por la opción a) solo en ocasiones, seguido de un 43% b) no, nunca y finalmente con un 2% a ambas opciones de si, casi siempre y si bastante a menudo.



Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre la Prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero a Septiembre de 2023.

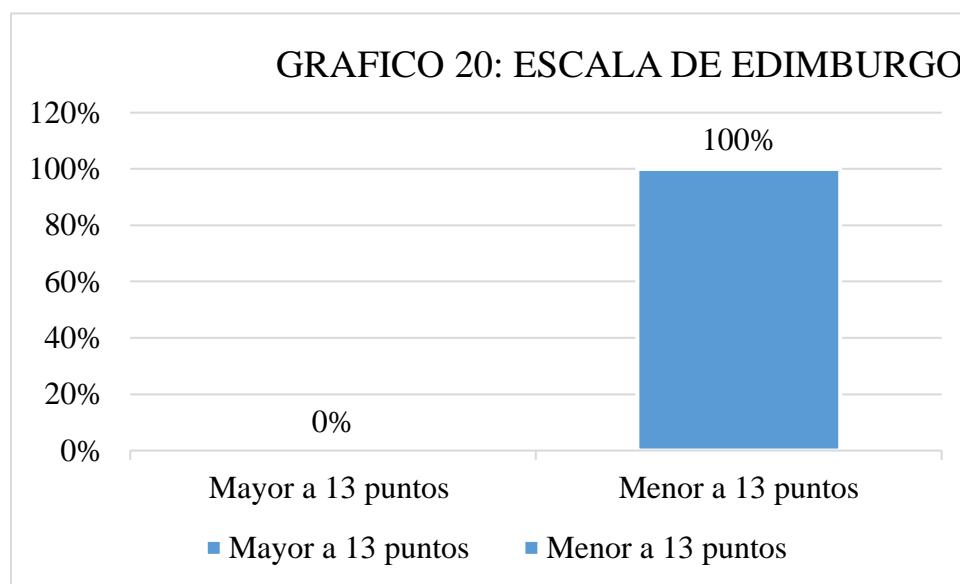
Comentario: Según el resultado obtenido con relación a la interrogante se denota que el 100% de embarazadas opto por la respuesta nunca a intentar hacerse daño a sí misma.

Objetivo específico 3: Identificar mediante la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPP) a las mujeres con probabilidad de sufrir depresión durante el embarazo.

Tabla N°2 . Probabilidad de sufrir una depresión durante el embarazo

	Número	Porcentaje
Alta probabilidad	0	0%
Baja probabilidad	60	100%
Total	60	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre la Prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero a Septiembre de 2023.



En cuanto al objetivo específico de identificar la probabilidad de sufrir una depresión durante el embarazo, a través del resultado obtenido por las encuestadas se encontró un 100% de baja probabilidad de la población en estudio de sufrir depresión.

Objetivo general: Detectar la prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18-30 años de edad en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero a Septiembre 2023.

Conforme a los resultados estadísticos obtenidos por las 2 escalas psicométricas utilizadas en el instrumento de recolección de los datos, se da respuesta al objetivo general sobre la detección de la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres embarazadas entre 18 – 30 años de edad que consultan en la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután, demostrando un 83.33% de bajo riesgo de desarrollar depresión durante el embarazo por parte de la población en estudio, tomando como referencia los resultados obtenidos por medio de la escala de experiencia en el embarazo (PES). Además, con la aplicación de Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPP) se encontró con los resultados estadísticos de dicha escala un 100% de baja probabilidad de la población en estudio de sufrir depresión.

DISCUSIÓN

Las depresiones son tan prevalentes en la población general (3%) y tan comunes en la consulta médica (12.22% al 25% de todos los pacientes), que es imposible que los psiquiatras puedan tratar adecuadamente a todas las personas que la sufren los pacientes deprimidos consulta al psiquiatra, un 9% al médico general y posiblemente un 89% nunca acude a la consulta médica. (7)

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. (10)

La depresión perinatal es especialmente importante porque se produce en un momento crítico en la vida de la madre, su bebé y su familia. La prevalencia mundial de depresión durante el embarazo se ha reportado en alrededor del 10 y 16 % de la población gestante. (11)

Los problemas de salud mental perinatales asociados con el embarazo, el parto y el primer año posterior al parto empiezan a reconocerse como un asunto importante de salud pública. Un amplio estudio australiano encontró alrededor del 9% de las mujeres con depresión experimentada en el periodo prenatal. Por lo tanto, el presente estudio conformado por mujeres embarazadas con una muestra de 60 encuestadas que cumplían con los criterios de inclusión para la investigación, cabe destacar que la cantidad de mujeres embarazadas actualmente en el establecimiento es de 85 en total, por el cual se obtuvo un 70.5 % de la población en estudio en el periodo establecido de la investigación comprendido desde Febrero a septiembre de 2023, con un resultado de 46 (76.7%) de las pacientes pertenecen a la zona rural, además con un promedio de edad de las pacientes estudiadas fue de 25.8 años, mientras que el promedio de edad gestacional fue de 27.5 semanas de gestación. Encontrando que 32 (53.33%) de las pacientes su estado civil es unión libre, durante la implementación de la recolección de datos se obtuvo 35 (58.3%) de la población en estudio se encontraba acompañada, con un 16 (26.6%) por el compañero de vida o esposo, además la población en estudio presentó un nivel de escolaridad de un 28(46.7%) perteneciente a grado académico de bachillerato. Finalmente 40(70%) son ama de casa.

En cuanto a los resultados estadísticos obtenidos mediante la aplicación de la escala de experiencia del embarazo (PES), para identificar el riesgo de desarrollar depresión durante el embarazo, se detectó que 50(83.33%) tienen un riesgo bajo de desarrollo de depresión, mientras que un total de 10 mujeres embarazadas 16.6% tienen un riesgo alto de desarrollo de depresión, contando con un coeficiente de confiabilidad de 0.78.

En cuanto al objetivo número 2 Establecer la presencia de la sintomatología depresiva durante el embarazo a través de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPP) la variable *tristeza o vacío* con un porcentaje de 85% que corresponde un total de 51 embarazadas dando respuesta a la opción *Tanto como Siempre* equivalente a (3) puntos. La variable *Humor depresivo la mayor parte del tiempo*, la población en estudio seleccionó la opción *tanto como siempre* equivalente a (3) puntos, con un resultado de 75% que corresponde a un total de 45 encuestadas. Una de las variables de mayor importancia en la aplicación de recolección de datos es *Ideas de suicidio* donde se obtuvo un resultado de 60 (100%) de las embarazadas encuestadas, seleccionaron la opción *Nunca*, equivalente a (0) puntos, la intensificación de esta variable requiere una intervención inmediata, por lo que favorece los resultados para esta población. La variable *insomnio* obtuvo un porcentaje de 38%, correspondiente a 23 encuestadas que seleccionaron la opción *no, nada* equivalente a (0) puntos Según el estudio de prevalencia de depresión en embarazadas que acuden al control prenatal, centro integral de salud el Jicarito, San Antonio de oriente, Francisco Morazán, Honduras octubre a diciembre 2018 los síntomas de depresión que más presentaron las embarazadas fueron: insomnio tardío e intermedio, el síntoma que menos presentaron fue ideas de suicidio.

Con relación al objetivo específico de mostrar la probabilidad de sufrir una depresión durante el embarazo, a través del resultado obtenido por las encuestadas se encontró un 100% de baja probabilidad de la población en estudio de sufrir depresión. En comparación con los datos obtenidos de Ruiz-Acostaa. (2) En 2017 en México encontraron que la mayoría de las embarazadas no presentaron depresión, seguido de depresión menor. Según el estudio de prevalencia de depresión en embarazadas que acuden al control prenatal, centro integral de salud el Jicarito, San Antonio de oriente, Francisco Morazán, Honduras octubre a diciembre 2018 los resultados del Test de Hamilton el 61 (71 %) de las embarazadas encuestadas no presentaron

ningún tipo de depresión, el 15 (17.4 %) presentaron depresión menor, el 7 (8.1 %) presentaron depresión mayor y un 3 (3.5 %) presentaron menos que depresión mayor. (26) Coincidiendo los resultados de este estudio al aplicar la Escala de depresión de Edimburgo donde un puntaje mayor a 13 puntos denota durante el embarazo una probabilidad mayor, se toma en cuenta la intensidad de la sintomatología que pueda o no presentar la población en estudio al momento de responder el cuestionario.

En respuesta a de detectar la prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18-30 años de edad en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero – Septiembre 2023 como objetivo general del estudio se obtuvo un 60 (100%) de las mujeres embarazadas pertenecientes a la investigación baja probabilidad de desarrollo de depresión durante el embarazo a través de la aplicación de la escala de Edimburgo con un coeficiente de confiabilidad de 0.72 lo que denota que los resultados obtenidos son aceptables. Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. Algunas molestias propias de la gravidez, como por ejemplo la astenia, la labilidad emocional y las alteraciones del sueño y del apetito, suelen encontrarse durante la depresión, sin embargo en la población estudiada por las diferentes variables no se obtuvo resultado con relación a la sintomatología depresiva, esto puede deberse por diferentes factores protectores como tener un apoyo emocional en esta etapa crítica de la vida ya que en el estudio se reporta un 88.3% de apoyo emocional con lo establecido en la ley nacer con cariño cumpliendo con el derecho de garantizar los controles prenatales en compañía de un familiar de confianza durante todo el proceso.

CONCLUSIONES

En el estudio presentado sobre la prevalencia de sintomatología depresiva en embarazadas entre 18 – 30 años en usuarias de la Unidad de Salud de Jucuapa, Usulután de Febrero – septiembre de 2023 se contó con la participación de un total de 60 (70.5%) de embarazadas cuya edad promedio fue de 25.8 años. El 53.3% de las embarazadas se encuentran en estado civil de unión libre seguido de un 35% de la población en estado civil casado. Además de un resultado de 46 (76.7%) de las pacientes pertenecen a la zona rural, mientras que el promedio de edad gestacional fue de 27.5 semanas de gestación correspondiente en su mayoría al segundo trimestre del embarazo. Además, la población en estudio presentó un nivel de escolaridad de un 28(46.7%) perteneciente a grado académico de bachillerato. Finalmente 40(70%) son ama de casa.

La sintomatología depresiva no se presentó en el total de mujeres encuestadas con los resultados obtenidos en la escala de experiencia del embarazo con un coeficiente de confiabilidad de 0.78 que denota fiabilidad de los datos obtenidos con un resultado de 83.33% de bajo riesgo de desarrollar depresión durante del embarazo y un 16.6% de alto riesgo de desarrollo de depresión.

Con la aplicación de la escala de Edimburgo se puede notar que la prevalencia de sintomatología depresiva debido a que 60 (100%) de las embarazadas que participaron en el estudio tienen baja probabilidad de sufrir depresión por lo tanto demuestra que hay baja prevalencia de sintomatología depresiva con un coeficiente de confiabilidad de 0.72.

RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda a las autoridades del Ministerio de Salud promover temas sobre salud mental como trastornos depresivos con el fin de dar a conocer la morbimortalidad que puede provocar los trastornos mentales en el periodo del embarazo para mejorar la detección y seguimiento y derivación oportuna con el nivel correspondiente.
- ✓ Se recomienda a las autoridades del sistema integrado de salud (SIS) la implementación completa de la escala de la experiencia del embarazo de carácter obligatorio para la detección del riesgo de desarrollar depresión durante el embarazo en los diferentes controles prenatales.
- ✓ Se recomienda a las autoridades del Ministerio de Salud capacitar al personal médico por diferentes metodologías educativas en la formación sobre la implementación de las escalas y mantener en constante actualización el conocimiento en dicha área.
- ✓ Se recomienda explicar la importancia de la Ley nacer con cariño, y dar en cada control prenatal la orientación de la asistencia a las sesiones prenatales como preámbulo de preparación para el parto además de contar con el apoyo de psicólogo.
- ✓ Se recomienda a las autoridades de Ministerio de Salud contar con la permanencia de un personal capacitado en el área de psicología en cada establecimiento del primer nivel de atención para brindar sus servicios en los diferentes periodos del embarazo y los que requiera la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Patiño A. terapia cognitiva de la depresión. wwwacademiaedu [Internet]. [cited 2023 May 1]; Available from: https://www.academia.edu/4302398/terapia_cognitiva_de_la_depresion
2. Vidal ddl. Prevalencia de depresión en pacientes embarazadas. H. Veracruz, ver enero 2021.
3. Doctora Cristina Lisseth Duarte Guzmán doctora Yesica Lizeth Rodriguez Tobar. Prevalencia de trastorno depresivo en pacientes cotizantes del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial atendidos por psiquiatría en el Hospital Francisco Menéndez
4. Lesby A, Martínez L, Margarita A, Muñoz G, Katy C, Márquez C, et al. Doctor en medicina [Internet]. Edu.sv. [citado el 7 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/16714/1/manuel%20tesis.pdf>
5. De la Clínica de Embarazos EDOR en 101 P. “Síntomas de depresión y factores de riesgo de embarazo de alto riesgo” [Internet]. Edu.gt. [citado el 8 de abril de 2023]. Disponible en: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2021/035.pdf>
6. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos, 12e [Internet]. Mhmedical.com. [citado el 12deabrilde2023].Disponible en:<https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=3087>
7. CarrilloMoraP,GarcíaFrancoA,SotoLaraM,RodríguezVásquezG,PérezVillalobosJ,MartínezTorresD.Cambiosfisiológicosduranteelembarazonormal.RevFacMedUnivNacAutonMex[Internet].2021[citadoel25deabrilde2023];64(1):3948.Disponibleen:https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422021000100039

8. Español] PSS. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh [Internet]. Wwww.nj.gov. [citado el 15 de abril de 2023]. Disponible en https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh Scale_sp.pdf
9. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría 5ª Edición [Internet]. booksmedicos. 2015 [citado el 15 de abril de 2023]. Disponible en: <https://booksmedicos.org/fundamentos-de-medicina-psiquiatria-5a-edicion/>
10. Jadresic M E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Revista chilena de neuropsiquiatría [Internet]. 2010 Dec 1 [cited 2021 Oct 5];48(4):269–78. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003&lang=es
11. Benedito Monleón MC, Carrió Rodríguez MC, Valle del Valle G del, Domingo González A. Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [Internet]. 2004 Dec 1 [cited 2023 7May 1];(92):165–76. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000400009.
12. Koev M,. OPS/OMS | El Salvador - Foro sobre [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017.Availablefrom: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13266:el-salvador-foro-sobre-depresion-y-salud-mental&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
13. DeC, HumanaM, IvanovaT, FloresJ, DignaD, PinzónPV. Edu.ec. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12281/1/tesis%20depression%20prenatal%20tatiana%20jimenez.pdf>

14. Uned.es. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: http://espacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:ED-Pg-PsiSalRmarcos/MARCOS_NAJERA_ROSA_TESIS.pdf
15. Salman J. Fundamentos de Medicina Psiquiatría 5a Edición booksmedicos. 2021 [citado el 25 de abril de 2023]; Disponible en: [https://www.academia.edu/61311867/Fundamentos de Medicina Psiquiatria 5a Edicion booksmedicos?from_sitemaps=true&version.](https://www.academia.edu/61311867/Fundamentos_de_Medicina_Psiquiatria_5a_Edicion_booksmedicos?from_sitemaps=true&version.)
16. Bolatti HE. Adaptaciones fisiológicas al embarazo [Internet]. Edu.ar. [citado el 24 de abril de 2023]. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/147947/Documento_completo.%20BOLATTI.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Jhon Freddy Martínez-Paredesa y Nathalia Jácome-Pérez. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. Elsevier. 2019 [citado el 25 de abril de 2023]. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v48n1/0034-7450-rcp-48-01-58.pdf>
18. Amaya RAM. DSM V- Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5ta Edición. 2021 [citado el 28 de abril de 2023]; Disponible en: https://www.academia.edu/50002540/DSM_V_Manual_Diagn%C3%B3stico_y_Estad%C3%ADstico_de_Trastornos_Mentales_5ta_Edicion
19. Ministerio de Salud. Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido [citado el 26 de abril de 2023]. Disponible en <http://chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://asp.salud.gob.sv/>

- [regulacion/pdf/reglamento/reglamentodelaleynacerconcarinoparaunpartorespetadoyunidadocarinosoysensibleparaelreciennacido-Decreto-3_v1.pdf](#)
20. De Psicología EP. Facultad de ciencias de la salud [Internet]. Edu.pe. [citado el 2 de mayo de 2023]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/62024/Aza%C3%B1edo_LLE-Frasser_MYA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 21. Sierra Manzano JM, Carro García T, Ladrón Moreno E. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Escala de depresión postnatal de Edimburgo. Aten Primaria [Internet]. 2002 [citado el 27 de abril de 2023];30(2):103–11. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656702789798?token=931bfccda2cefb145b76ebe7d8991f12447c6c457b8d6c1bd2ef7041aaed647ac35d38a38C51DC47EA046EE349C10B21&originRegion=us-east-1&originCreation=20230506221200>
 22. Español] PSS. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo [Internet]. Wwww.nj.gov. [citado el 15 de abril de 2023]. Disponible en https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh Scale_sp.pdf
 23. Salvador S. Lineamientos técnicos para la atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el embarazo, parto y puerperio [Internet]. Gob.sv. [citado el 20 de abril de 2023]. Disponible http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientospacientestrastornosmentalesprevalentesembarazopartopuerperio2019_v2.pdf
 24. De Sá Rapej. d de p y. g. Ministerio de salud unidad de atención a la mujer y hombre adulto. citado el 6 de abril de 2023]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/santo/OneDrive/Escritorio/nuevo%20marco%20teorico/MINSAL-2022-370.pdf>
 25. Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2020 [citado 23 de abril de 2023];31(2):139–49. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica->

clinica-las-condes-202-articulo-depresion-perinatal-deteccion-diagnostico-estrategias-S0716864020300183

26. General hmu. Prevalencia de depresión en embarazadas que acuden al control prenatal, centro integral de salud el Jicarito, San Antonio de Oriente, Francisco Morazán, honduras. Octubre a diciembre 2018. Ocotul, Nueva Segovia, marzo 2019.

ANEXOS

ANEXO 1: CRONOGRAMA

Se describen las distintas actividades a realizadas durante el periodo de investigación, las cuales iniciaron desde el mes de enero con actividades introductorias y orientadoras al proceso de cómo realizar la investigación, y finalizaron en el periodo de noviembre con el proceso de defensa pública.

ETAPA DEL PROCESO MESES	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sep	Octubre	Nov
Orientación para ejecución del proceso	■										
Antecedentes, justificación y objetivos		■									
Diseño metodológico			■	■							
Entrega de protocolo a dirección					■						
Evaluación de protocolo						■					
Evaluación de observaciones						■					
Ejecución de investigación						■	■				
Análisis de resultado							■				
Conclusiones y recomendaciones								■			
Revisión de informe final								■			
Entrega de informe final									■		
Defensa pública										■	
Proceso de revisión final y entrega de trabajo de grado a biblioteca.											■

ANEXO 2: CUESTIONARIO ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL EDIMBURGO (EPDS)

Cuestionario sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre:

Dirección:

Fecha de nacimiento del bebe:

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o si ha tenido un bebe recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a como se ha sentido en los últimos 7 días. No solamente como se sienta hoy.

- | | |
|--|---|
| 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 | 6. Las cosas me oprimen o agobian.
a) Si, la mayor parte de las veces
b) Si, a veces
c) No, casi nunca
d) No, nada |
|--|---|
-

- | | |
|---|--|
| 2. He mirado el futuro con placer
a) Tanto como siempre
b) Algo menos de lo que solía hacer
c) Definitivamente menos
d) No, nada | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.
a) Si, la mayoría de las veces
b) Si, a veces
c) No muy a menudo
d) No, nada |
|---|--|
-

- | | |
|--|---|
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien.
a) Si, la mayoría de las veces
b) Si, algunas veces
c) No muy a menudo
d) No, nunca | 8. me he sentido triste y desgraciada
a) Si, casi siempre
b) Si bastante a menudo
c) No, no muy a menudo
d) No, nada |
|--|---|
-

- | | |
|---|---|
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
a) No, para nada | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando.
a) Si, casi siempre
b) Si bastante a menudo |
|---|---|
-

-
- | | |
|------------------------|----------------------|
| b) Casi nada | c) Solo en ocasiones |
| c) Si, a veces | d) No, nunca |
| d) Si, a menudo | |

-
- | | |
|---|--|
| a) 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno. | 10. He pensado en hacerme daño a mí misma. |
| b) Si, bastante | a) Si, bastante a menudo |
| c) Si, a veces | b) A veces |
| d) No, no mucho | c) Casi nunca |
| e) No, nada | d) No, nunca |
-

ANEXO 3: ESCALA DE EXPERIENCIA EN EL EMBARAZO, VERSIÓN BREVE.

ESCALA DE EXPERIENCIA EN EL EMBARAZO

0=NADA; 1=ALGO; 2=BASTANTE; 3=MUCHO					
		Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	¿Cuánto se está moviendo él bebe?	0	1	2	3
2	Conversaciones con la pareja acerca de los nombres del bebe	0	1	2	3
3	Opiniones de los demás acerca de su embarazo/apariencia	0	1	2	3
4	Han pensado en hacer arreglos respecto a la cuna	0	1	2	3
5	Sentimiento acerca de estar embarazada en este momento	0	1	2	3
6	Visitas médico/enfermera	0	1	2	3
7	Sentimientos espirituales/religiosos sobre el embarazo	0	1	2	3
8	Cortesía/asistencia de otros porque está embarazada	0	1	2	3
9	Piensa en la apariencia del bebe	0	1	2	3
10	Hablar con el conyugue acerca de los problemas de embarazo/parto	0	1	2	3
Sumatoria de aspectos positivos					
¿CUÁNTO DE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES LE HA HECHO SENTIRSE INFELIZ, NEGATIVA O MOLESTA?					
		Nada	Algo	Bastante	Mucho
11	Duerme lo suficiente	0	1	2	3
12	Relaciones sexuales	0	1	2	3
13	Molestias normales del embarazo (ardor en el estómago, incontinencia)	0	1	2	3

14	Su peso	0	1	2	3
15	Cambios en el cuerpo durante el embarazo	0	1	2	3
16	Pensamientos acerca de si él bebe es normal	0	1	2	3
17	Piensa en el parto	0	1	2	3
18	Capacidad para hacer tareas/tareas físicas	0	1	2	3
19	Preocupación por síntomas físicos (dolor, manchas etc.	0	1	2	3
20	La ropa y los zapatos no le quedan	0	1	2	3
	Sumatoria de aspectos negativos				

ANEXO 4: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN.

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA

**TEMA: PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN
EMBARAZADAS ENTRE 18 – 30 AÑOS EN USUARIAS DE LA UNIDAD DE SALUD
DE JUCUAPA, USULUTAN DE FEBRERO A SEPTIEMBRE DE 2023.**



Formulario de Consentimiento

Yo _____

Con el número de Expediente clínico: _____ Comprendo que la presente encuesta y los datos que se me presentarán a continuación solo serán de uso para los investigadores del presente estudio.

Se me ha informado sobre las características de la investigación y en qué consiste la encuesta que se realizará en estos momentos, sobre mi salud mental, incluyendo la posibilidad de detectar algún tipo de desequilibrio emocional. Y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas satisfactorias referente al tema, previo a contestar la encuesta que se me brindara para poder facilitar mi comprensión y respuesta de la misma.

Comprendo que dicho estudio será realizado para detectar síntomas depresivos en mujeres embarazadas, población en la que me encuentro incluida. Además, entiendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento durante la realización de la encuesta. A la luz de toda esta información, he decidido dar mi consentimiento para el uso durante la realización de esta investigación.

Por lo cual aceptó conscientemente la utilización de mis datos, y aceptó continuar respondiendo dicha encuesta.

Fecha: _____

Firma: _____ Huella Digital: _____

Firma del médico o profesional de la salud: (Eva Marisol Salmerón Urquilla, Santos Antonio Sigaran Orellana, Karla Alejandrina Turcios González)

Firma: _____

ANEXO 5: SESIONES PRENATALES ESTRATEGIA QUE SE UTILIZÓ PARA QUE LAS PACIENTES RESPONDIERAN LA ENCUESTA.



Usuaría respondiendo cuestionario



Sesión prenatal en sede de promotores en Unidad de Salud de Jucuapa, departamento Usulután



Sesión prenatal en sede de promotores en Unidad de Salud de Jucuapa, departamento Usulután