

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

**Depresión en gestantes del III trimestre y el inadecuado control prenatal en
un establecimiento del primer nivel de atención.**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

AUTORES:

Bach. Asmat Tapia, Diana Elizabeth

Bach. Timaná Silva, Andy Luis

ASESOR:

Dr. More Valladares, Armando Deivi.

Nuevo Chimbote – Perú

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

REVISADO Y V° B° DE:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Armando Deivi More Valladares', is written over a horizontal line.

MC. Esp. More Valladares, Armando Deivi

ASESOR

DNI: 40665865

ORCID: 0000-0002-5708-1660

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA

FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

REVISADO Y V° B° DE:

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and strokes, positioned above a horizontal line.

Mc. Esp. Arana Morales, Guillermo Alberto
PRESIDENTE
DNI: 18188140
ORCID: 0000-0003-2979-0088

A handwritten signature in black ink, featuring a large, prominent initial 'C' followed by several loops, positioned above a horizontal line.

Mc. Esp. Aréstegui Ramos, Carlos
SECRETARIO
DNI: 21470139
ORCID: 0000-0002-4292-8363

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, flowing initial 'A' followed by several loops, positioned above a horizontal line.

MC. Esp. More Valladares, Armando Deivi
INTEGRANTE
DNI: 40665865
ORCID: 0000-0002-5708-1660

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN DE LA TESIS

En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el
AULA MAGNA 2 DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA siendo las 18:30 horas del
día 20 DE FEBRERO dando cumplimiento a la Resolución N°
046-2025-UNS-FC se reunió el Jurado Evaluador presidido por MC. ESP.
GUILLERMO ARANA MORALES teniendo como miembros a MC. ESP. CARLOS ARETEGUI
RAMOS (secretario) (a), y MC. ESP. ARMANDO DEIVI MORE VALLADARES (integrante),
para la sustentación de tesis a fin de optar el título de MÉDICO CIRUJANO
realizado por el, (la), (los) tesista (as) BACH. ASHAT TAPIA DIANA ELIZABETH Y BACH. ANDY LUIS TIMANÁ SILVA
quien (es) sustentó (aron) la tesis intitulada:
"DEPRESIÓN EN GESTANTES DEL III TRIMESTRE Y EL INADECUADO CONTROL PRENATAL
EN UN ESTABLECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN".

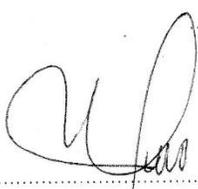
Terminada la sustentación, el (la), (los) tesista (as)s respondió (ieron) a las preguntas formuladas por los miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como APROBADA asignándole un calificativo de 18 puntos, según artículo 112° del Reglamento General de Grados y Títulos vigente (Resolución N° 337-2024-CU-R-UNS).

Siendo las 19:30 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando los miembros del Jurado en señal de conformidad


Nombre: GUILLERMO ARANA MORALES
Presidente
DNI: 18189140
ORCID: 0000-0003-2979-0088


Nombre: CARLOS ARETEGUI RAMOS
Secretario
DNI: 21470139
ORCID: 0000-0002-4292-8363


Nombre: ARMANDO MORE VALLADARES
Integrante
DNI: 40665865
ORCID: 0000-0002-5708-1660

Distribución: Integrantes J.E (), tesistas () y archivo (02).



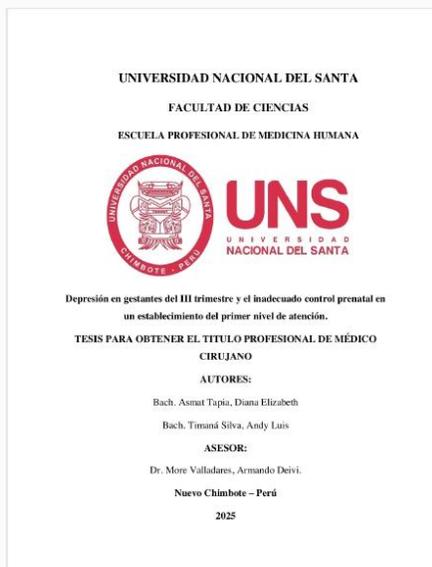


Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Andy Luis TIMANÁ SILVA
Título del ejercicio: Tesis pregrado
Título de la entrega: DEPRESIÓN PRENATAL Y EL INADECUADO CONTROL PRENATAL
Nombre del archivo: _PTI_INFORME_FINAL.pdf
Tamaño del archivo: 1.3M
Total páginas: 69
Total de palabras: 14,697
Total de caracteres: 80,308
Fecha de entrega: 13-feb.-2025 09:01a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 2578578236



DEPRESIÓN PRENATAL Y EL INADECUADO CONTROL PRENATAL

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|---|-----|
| 1 | tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet | 4% |
| 2 | repositorio.uns.edu.pe Fuente de Internet | 2% |
| 3 | hdl.handle.net Fuente de Internet | 2% |
| 4 | repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet | 2% |
| 5 | renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet | 1% |
| 6 | qdoc.tips Fuente de Internet | 1% |
| 7 | redi.unjbg.edu.pe Fuente de Internet | 1% |
| 8 | 1library.co Fuente de Internet | <1% |

cybertesis.unmsm.edu.pe

DEDICATORIA

A *Dios*, mi fuente de fe y amor, porque me ha dado todo lo que necesito en mi vida. Por sus infinitas bendiciones, y no soltarme nunca en mi caminar por este mundo.

A mi madre, *Rosa*, quién ha sido y es mi apoyo constante en todo momento. Por mostrarme el rostro del amor sincero y maternal, por ser la fuente de mi inspiración para seguir adelante.

A mi gran *familia*, por ser mi soporte durante estos años de carrera, por haberme enseñado que el sacrificio es siempre parte de un camino de éxito.

A mi abuelo, *Manuel*, que ya partió de este mundo, por estar siempre orgulloso de mi persona, por dejarme conocer su lado más humano y más frágil, por ser un ejemplo de superación.

A todas aquellas personas que estuvieron conmigo en los buenos y malos momentos, por sus enseñanzas, por confiar siempre en mí.

Andy Luis Timaná Silva

A la *vida*, por los retos y oportunidades que tuve que afrontar para ser cada día más resiliente. Y por la oportunidad de tener a mis padres conmigo y seguir disfrutando de ellos muchos añitos más.

A mi madre, *María Tapia*, por ser mi pilar, por enseñarme que la perseverancia siempre da recompensas y por alentarme a seguir adelante cada día.

A mi padre, *Augusto Asmat*, por la oportunidad que me brindaste al aceptar mi decisión de aventurarme por esta carrera y por guiarme con tu sabiduría.

A las personas de buen corazón que están mi camino, por su paciencia, bondad y enseñanzas, por recordarme que la vida es más llevadera al estar acompañada.

Sin ustedes este peldaño no sería posible.

Diana Elizabeth Asmat Tapia

AGRADECIMIENTO

A *Dios*, porque nos ha dado la fortaleza y nos ha permitido tener el conocimiento e inteligencia para culminar esta etapa universitaria.

A nuestros *padres*, por su interés constante en nuestro crecimiento profesional, por ser el motor y sostén para la finalización de nuestra carrera.

Al *Dr. Deivi More Valladares*, por su labor como asesor de tesis, destacando su compromiso y orientación a lo largo de todo el proceso de investigación.

A la *Universidad Nacional del Santa*, por formarnos como profesionales íntegros y competentes.

Al *Centro de Salud Yugoslavia*, por ser sede de la ejecución de nuestro proyecto de investigación, por brindarnos las facilidades necesarias para el acceso a sus instalaciones.

Por último, a las personas y amigos que nos acompañan en nuestras vidas, por siempre creer en nosotros y ser un apoyo incondicional.

INDICE

| | |
|---|----|
| CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN | 16 |
| 1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... | 16 |
| 2. OBJETIVOS | 18 |
| 3. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS..... | 20 |
| 4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA | 20 |
| 5. LIMITACIONES | 22 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEORICO | 24 |
| 1. ANTECEDENTES | 24 |
| 2. MARCO CONCEPTUAL | 27 |
| CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS | 30 |
| 1. MATERIALES | 30 |
| 2. METODOLOGÍA | 32 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 40 |
| 1. RESULTADOS..... | 40 |
| 2. DISCUSIÓN | 53 |
| CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 57 |
| 1. CONCLUSIONES | 57 |
| 2. RECOMENDACIONES..... | 60 |
| CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 61 |
| CAPÍTULO VII: ANEXOS | 66 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| TABLA 1: <i>Características de las gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025</i> | 40 |
| TABLA 2: <i>Características según el número de controles prenatales y su asociación bivariada en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025</i> | 43 |
| TABLA 3: <i>Características según depresión prenatal y su asociación bivariada en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025</i> | 45 |
| TABLA 4: <i>Asociación entre la depresión prenatal y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025</i> | 47 |
| TABLA 5: <i>Análisis bivariado entre la puntuación PHQ-9 y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025</i> | 48 |
| TABLA 6: <i>Análisis bivariado entre la gravedad de la depresión y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025</i> | 48 |
| TABLA 7: <i>Regresión de Poisson simple y ajustada por covariables entre la depresión prenatal y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025</i> | 49 |

TABLA 8: *Regresión de Poisson simple y ajustada por covariables entre la gravedad de la depresión y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025..... 50*

TABLA 9: *Regresión de Poisson simple y ajustada por covariables entre cada covariables y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025..... 51*

INDICE DE ANEXOS

| | |
|--|----|
| ANEXO 1: Cálculo del tamaño de muestra | 66 |
| ANEXO 2: Diseño de la investigación..... | 66 |
| ANEXO 3: Constancia de aprobación por el Comité de Ética de la EPMH..... | 67 |
| ANEXO 4: Autorización para la recolección de datos en el Centro de Salud Yugoslavia..... | 68 |
| ANEXO 5: Consentimiento informado..... | 69 |
| ANEXO 6: Ficha de recolección de datos y cuestionarios..... | 72 |

RESUMEN

Introducción: La depresión prenatal, definida como un episodio depresivo mayor no psicótico que varía desde síntomas leves a graves durante el embarazo, tiene una prevalencia importante en el tercer trimestre. Se asocia a diversas complicaciones, entre las cuales se encuentra un peor cumplimiento de la atención obstétrica, evidenciado en la disminución del número de controles prenatales. **Objetivos:** Determinar la asociación entre la depresión prenatal y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025. **Materiales y métodos:** Estudio de tipo observacional y analítico, empleando un diseño de casos y controles. Participaron 140 gestantes que cursaban el tercer trimestre, distribuidas en 60 gestantes con inadecuado control prenatal (grupo de casos) y 80 gestantes con adecuado control prenatal (grupo de controles). La depresión prenatal fue evaluada mediante el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) y los controles prenatales se registraron del carnet de control de las gestantes. Los datos obtenidos se procesaron en el programa estadístico RStudio y se utilizó la prueba de Chi cuadrado estableciendo un nivel de significancia $p < 0.001$. Finalmente, se realizó un análisis de regresión logística bivariado y multivariado empleando el Odds Ratio. **Resultados:** En el grupo con inadecuado número de control prenatal, la frecuencia de depresión en gestantes del tercer trimestre del centro de salud Yugoslavia fue del 70% equivalentes a 42 de las 60 gestantes, mientras que, en el grupo con adecuado número de control, la frecuencia de depresión fue del 17,5% equivalentes a 14 de las 80 gestantes. Mediante la prueba de Chi cuadrado se evidenció que la depresión prenatal está asociada con el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre ($p < 0.001$). Además, mediante la regresión de Poisson se observó que las gestantes del tercer trimestre con depresión tienen 11 veces las posibilidades de tener un inadecuado control prenatal (OR=11.00; IC95%: 5.08-25.23; $p < 0.001$) en comparación de las gestantes que no tenían depresión. **Conclusión:** Existe asociación entre la depresión prenatal y el inadecuado control prenatal en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.

Palabras clave: Depresión prenatal, control prenatal, embarazo.

ABSTRACT

Introduction: Prenatal depression, defined as a major non-psychotic depressive episode ranging from mild to severe symptoms during pregnancy, has a significant prevalence in the third trimester. It is associated with various complications, including a worse compliance with obstetric care, evidenced by the decrease in the number of antenatal care. **Objectives:** Determine the association between prenatal depression and inadequate number of prenatal care in third trimester women attended at the Yugoslavia health center between November 2024 and January 2025. **Materials and methods:** Observational and analytical study, using a case-control design. There were 140 pregnant women in the third trimester, distributed among 60 pregnant women with inadequate prenatal care (case group) and 80 pregnant women with adequate prenatal care (control group). Prenatal depression was evaluated using the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and prenatal care were recorded in the chart of pregnant women. The data obtained were processed in the statistical program RStudio and the Chi-square test was used to establish a significance level $p < 0.001$. Finally, a bivariate and multivariate logistic regression analysis was performed using the Odds Ratio. **Results:** In the group with inadequate prenatal care, the frequency of depression in pregnant women in the third trimester of the health center Yugoslavia was 70% equivalent to 42 out of 60 pregnant women, while in the group with adequate prenatal care, the frequency of depression was 17.5% equivalent to 14 out of 80 pregnant women. The Chi-square test showed that prenatal depression is associated with an inadequate prenatal care in pregnant women in the third trimester ($p < 0.001$). Besides, the Poisson regression showed that pregnant women with depression in the third trimester had 11 times more chances of having inadequate prenatal care (OR=11.00; 95% CI: 5.08-25.23; $p < 0.001$) than those who did not have depression. **Conclusion:** There is an association between prenatal depression and inadequate prenatal care in third trimester pregnant women treated at the Yugoslavia health center between November 2024 and January 2025.

Keywords: Prenatal depression, antenatal depression, prenatal care, antenatal care, pregnancy.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La segunda causa de incapacidad en las mujeres es la depresión, además de ser la afección más frecuente durante el embarazo (Martínez-Paredes & Jácome-Pérez, 2019). La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó en el año 2022 que 1 de cada 10 mujeres en países de altos ingresos y 1 de cada 5 mujeres en países de bajos y medianos ingresos se ven afectadas por depresión perinatal (World Health Organization, 2022). A nivel mundial, la depresión prenatal tiene una prevalencia que varía entre el 20% y el 40% (Jahan et al., 2021). Además, la prevalencia en gestantes de países desarrollados durante el primer, segundo y tercer trimestre del embarazo fue del 7.4, 12 y 12.8%, respectivamente (Dadi et al., 2020; Jahan et al., 2021). En Latinoamérica, se ha reportado una prevalencia cercana al 29%, mientras que en Perú se estima que ha alcanzado el 44% en los últimos años (Martínez-Paredes & Jácome-Pérez, 2019; Pariona et al., 2020).

Durante el embarazo, la depresión puede aparecer durante diferentes momentos, entre los cuales se encuentra la depresión prenatal, definida como un episodio depresivo mayor no psicótico que varía desde síntomas leves a graves durante la gestación (Dadi et al., 2020). También está la depresión posparto, que se refiere a un episodio depresivo mayor que comienza en el periparto o en las cuatro semanas posteriores al parto, y puede extenderse hasta el primer año después del nacimiento (Stewart & Vigod, 2019). Por último, la depresión perinatal abarca episodios depresivos mayores que ocurren desde la gestación hasta el año posparto (Dagher et al., 2021).

Se indica que durante el embarazo podría haber una mayor prevalencia de depresión que durante el periodo postnatal, debido a que los cambios fisiológicos neuroendocrinos del embarazo se superponen a los síntomas clínicos de la depresión, lo que dificulta su diagnóstico (Zeng et al., 2015). Sin embargo, la depresión prenatal se explica fisiopatológicamente por una desregulación del eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical, la liberación de hormonas del estrés y las catecolaminas (Jahan et al., 2021). Los principales factores de riesgo conocidos asociados a la depresión prenatal incluyen madres más jóvenes, exposición a violencia doméstica o problemas en las relaciones, nivel educativo bajo, antecedentes de complicaciones obstétricas, antecedentes de depresión, embarazo no planificado, falta de apoyo social y bajo nivel económico (Dadi et al., 2020).

La frecuencia de adecuado controles prenatales en Perú en el año 2023 fue de 86,7% (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2024). Durante estos controles prenatales es importante evaluar minuciosamente la salud mental de las gestantes, ya que su deterioro se relaciona con complicaciones maternas, perinatales y neonatales (Monterrosa-Castro et al., 2023). Además, sufrir depresión durante la gestación aumenta el riesgo de una menor participación en el control prenatal, lo que reduce la probabilidad de que la gestante acuda regularmente a sus citas (Martínez-Paredes & Jácome-Pérez, 2019; World Health Organization, 2022).

Finalmente, desde el punto de vista de la evidencia científica, existe una discrepancia entre distintos autores acerca de la asociación entre la depresión prenatal y el inadecuado número de controles prenatales, siendo que la mayoría de estos estudios han sido realizados en otros países distintos al Perú; así mismo, se evidencia también un vacío de conocimiento local sobre el tema, ya que apenas se han elaborado dos estudios nacionales, siendo sus resultados distintos, por lo que existe la necesidad de realizar estudios similares.

De esta manera surge la pregunta de investigación:

¿Existe asociación entre la depresión prenatal y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

- Determinar la asociación entre la depresión prenatal y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.

2.2. Objetivo específico

- Determinar las características de las gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.
- Evaluar las características según el número de controles prenatales y su asociación bivariada en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.
- Evaluar las características según depresión prenatal y su asociación bivariada en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.
- Identificar la frecuencia de depresión prenatal con el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.

- Identificar la frecuencia de depresión prenatal con el adecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.
- Evaluar si existen diferencias significativas entre la frecuencia de depresión y el adecuado e inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre, atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.
- Analizar la asociación de forma bivariada entre la puntuación PHQ-9 y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.
- Analizar la asociación de forma bivariada entre la gravedad de la depresión y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.
- Analizar la asociación entre la depresión prenatal y el inadecuado número de controles prenatales mediante el modelo de Regresión de Poisson simple y ajustada por covariables utilizando el Odds Ratio en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.
- Analizar la asociación entre la gravedad de la depresión y el inadecuado número de controles prenatales mediante el modelo de Regresión de Poisson simple y ajustada por covariables utilizando el Odds Ratio en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.

- Evaluar la asociación entre cada covariables y el inadecuado control prenatal mediante el modelo de Regresión de Poisson simple y ajustada por covariables utilizando el Odds Ratio en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.

3. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

H0: No existe asociación entre la depresión prenatal y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.

Ha: Existe asociación entre la depresión prenatal y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.

4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

La depresión durante el embarazo se asocia con complicaciones que pueden aparecer durante la gestación, en el periodo perinatal y postnatal. Las consecuencias relacionadas con la depresión durante la gestación incluyen aborto espontáneo, parto prematuro, restricción del crecimiento fetal, bajo peso al nacer, deterioro en el funcionamiento diario y complicaciones postnatales. Estas mujeres pueden tener un menor cumplimiento de la atención obstétrica, mala nutrición, falta de ejercicio, ideación suicida, falta de ingesta de medicamentos recetados, así como un mayor consumo de medicamentos, drogas, remedios a base de hierbas, alcohol y tabaco (Becker et al., 2016; Dagher et al., 2021). Así mismo, los efectos asociados a la depresión perinatal abarca desde la hipertensión, preeclampsia, diabetes gestacional, menor capacidad de respuesta materna hacia el recién nacido, incluso la ausencia del vínculo materno,

que puede tener un impacto significativo en su desarrollo (Gentile, 2017; Pearlstein, 2015). En el momento en que la depresión perinatal es grave, los síntomas pueden progresar hasta generar pensamientos de autolesión, daño al neonato o lactante, o en los casos más extremos, llegar al suicidio o al infanticidio (Niel & Payne, 2020).

Los mecanismos que explican la vulnerabilidad de la gestante a desarrollar depresión incluyen la depresión no tratada, que promueve una desregulación del eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical, así como la liberación de hormonas como el cortisol y las catecolaminas, las cuales generan una hipoperfusión placentaria, y condicionan la restricción del crecimiento fetal y el parto prematuro. Existe evidencia de que la depresión y el estado de ánimo ansioso materno se asocia con cambios epigenéticos en el gen del receptor de glucocorticoides infantiles (Nr3c1), lo que conduce a una alteración de la reactividad del eje en el feto, en particular con la CRH (hormona liberadora de corticotropina). Otros factores que pueden estar involucrados incluyen el aumento de las citoquinas proinflamatorias y la reducción de la enzima placentaria 11 beta-hidroxiesteroide deshidrogenasa tipo 2 (Becker et al., 2016; Jahan et al., 2021; Pearlstein, 2015).

Uno de los factores más importantes para mantener el bienestar materno-infantil es el adecuado control prenatal durante el embarazo, que según la norma técnica del MINSA se define como la realización de al menos seis controles prenatales (Ministerio de Salud, 2013). Algunos estudios mencionan que las gestantes con depresión clínica tienen una probabilidad ligeramente mayor de iniciar antes su control prenatal, en comparación con las gestantes no deprimidas. Además, aquellas que registraron menos controles prenatales tienen más probabilidades de sufrir síntomas depresivos prenatales, que aquellas que tenían más visitas (Sidebottom et al., 2017).

Existen pocos estudios a nivel internacional, regional y local que evalúen la asociación entre la depresión prenatal en el tercer trimestre y el número de controles prenatales. La mayoría de los estudios mencionados en los antecedentes presentan diversas limitaciones metodológicas. Entre las más importantes, se encuentra que la mayoría son estudios transversales, lo que los hace poco fiables para evaluar causalidad o intentar correlacionar ambas variables, ya que el diseño de estudio no lo permite. Otro punto a considerar es la población utilizada para los estudios. Si bien los realizados en Etiopía cuentan con un cálculo muestral representativo de su población, al igual que el estudio derivado del ENDES, el último realizado en Arequipa es un muestreo por conveniencia. También es importante mencionar que los instrumentos utilizados para medir la depresión prenatal y la variable “número de controles prenatales” no están estandarizados, por lo tanto, los resultados no son homogéneos.

Los resultados servirán para resaltar la importancia de la salud mental y los controles prenatales, haciendo énfasis en la detección de la depresión en el tercer trimestre. Dicha asociación abre las puertas a realizar nuevas investigaciones a futuro que abarque estrategias diagnósticas de la depresión prenatal, o esquemas de mejora en la adherencia de los controles prenatales que siguen las gestantes, para un oportuno diagnóstico en esta población.

5. LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones metodológicas de nuestro estudio, el diseño de casos y controles no permite establecer una asociación fuerte de causalidad; en su lugar, se determina una asociación débil de causalidad, siendo la principal dificultad la temporalidad, que impide concluir si la exposición precedió al desenlace o no.

Otra característica importante de nuestro estudio es que, dentro de los instrumentos utilizados para detectar depresión y violencia de pareja, se realizó una entrevista y una encuesta privada, pudiendo presentarse un sesgo de respuesta, es decir, que las participantes pueden haber proporcionado información falsa, inexacta u olvidarse eventos importantes, en respuesta a las preguntas o al cuestionario aplicado.

Por otro lado, otra limitación en cuanto a la muestra seleccionada, implican la utilización de un muestreo por conveniencia, el cual tiene mayor riesgo de sesgo de selección que puede conllevar a una sobrerrepresentación de determinados grupos. Además, hubo muchas gestantes que se negaron a participar del estudio, pudiendo generarse un sesgo de autoselección, siendo la muestra recolectada no representativa de la población.

Otro punto importante a mencionar, es que este estudio se realizó en un centro de salud, por lo que sus resultados no pueden generalizarse a toda la población de gestantes del tercer trimestre de Nuevo Chimbote, Santa, Ancash o a nivel nacional, debido a que la población puede presentar características distintas. Asimismo, los participantes del estudio se limitaron a las mujeres en su tercer trimestre de embarazo, por lo que los resultados tampoco pueden generalizarse al primer y segundo trimestre.

Otras limitaciones a mencionar en la ejecución propia del presente estudio, estuvieron los largos trámites documentarios que se tiene que realizar para desarrollar un proyecto de investigación, así como el largo tiempo de espera de aprobación en las diversas instancias. Igualmente, podemos mencionar también la dificultad en la aplicación de la entrevista a las gestantes, debido a que la disposición y apertura al diálogo de muchas pacientes no permitió continuar con la entrevista, o simplemente decidieron no participar.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES

Beyene y colaboradores, en el año 2023 divulgaron los resultados de un estudio de cohorte prospectivo ejecutado en el Noreste de Etiopía, que evaluó la asociación entre la depresión prenatal y las visitas inadecuadas en el control prenatal, para lo cual empleó una muestra de 938 gestantes en el segundo y tercer trimestre. El instrumento utilizado fue la Escala de depresión posparto de Edimburgo y el número de control prenatal inadecuado considerado en este estudio fue menor a 4. Se reportó que la edad media osciló entre 22,3 y 31,9 años, asimismo, 326 (34,75%) gestantes presentaron depresión, además, la frecuencia de visitas de control prenatal inadecuadas en el grupo expuesto debido a depresión prenatal fue de 244 (25,33%). Los resultados del análisis regresión logística bivariado evidenció asociación (COR= 2,33; IC95%: 1,734 – 3,140; $p < 0.20$), y en el análisis multivariado posterior al ajuste se evidenció que las mujeres con depresión prenatal presentaban 2 veces más probabilidades de tener controles prenatales inadecuados que las mujeres sin depresión prenatal (AOR=1,96; IC95%=1.220-3.162; $p < 0,05$) (Beyene et al., 2023).

Sidebottom y colaboradores, en el año 2017 difundieron los resultados de un estudio de cohorte retrospectivo ejecutado en Estados Unidos, que evaluó la asociación entre los síntomas depresivos con el control prenatal inadecuado, para lo cual empleó una muestra de 2341 gestantes. El instrumento utilizado fue el Patient Health Questionnaire (PHQ-9) y el control prenatal fue agrupado en “menos que adecuado” y “adecuado” según el índice de Adecuación de la Utilización de la Atención Prenatal. Se reportó que el 37.6% de las edades osciló entre 20 y 24 años, asimismo, 16% de las gestantes presentaron depresión, además, las mujeres con

síntomas depresivos y atención menos que adecuada fueron el 13.7%. Los resultados del análisis de regresión logística bivariado evidenció la no asociación significativa ($p=0.053$), y en el análisis multivariado posterior al ajuste se evidenció que las mujeres con puntuaciones moderadas-altas de depresión fueron menos propensas a recibir controles prenatales inadecuados (AOR=0,73; IC95%=0,56-0,96; $p=0,022$) (Sidebottom et al., 2017).

Bitew y colaboradores, en el año 2016 publicaron los resultados de un estudio transversal en el Sur de Etiopía, que evaluó la asociación entre los síntomas depresivos prenatales y la utilización de la atención prenatal, entendida en 4 dimensiones, inicio de la atención prenatal (momento de la primera visita), frecuencia de la asistencia a la atención prenatal, idoneidad de la asistencia a la atención prenatal (asistencia a más del 50% de atenciones esperadas) y cumplimiento de los horarios de atención prenatal. Se evaluó una población de 1311 mujeres en el segundo o tercer trimestre. El instrumento utilizado fue el Patient Health Questionnaire (PHQ-9) y, la utilización de los servicios de atención prenatal se evaluó mediante un cuestionario de autoinforme elaborado por los autores en el cual la frecuencia de las visitas de atención prenatal se expresó como la relación entre el número de visitas de atención prenatal reales y el número total de visitas de atención prenatal recomendadas por la OMS para la edad gestacional dada, siendo una relación del 125% o más del número recomendado de visitas de atención prenatal calificadas como “mayor uso de atención prenatal” y, en caso contrario como “uso esperado de atención prenatal”; mientras que la violencia de pareja que fue considerada variable confusora, se evaluó mediante la Prueba de detección de abuso de mujeres (WAST). Se reportó que la edad media fue de 26,8 años; se evidenció que los síntomas depresivos prenatales se asocian de forma independiente con un mayor número de visitas de atención prenatal no programadas (aRR: 1,41; IC95%: 1,20-1,65; $p<0.001$), un mayor número de visitas

de atención prenatal totales (aRR: 1,23; IC95%: 1,12-1.36; $p < 0.001$), concluyendo que existe una fuerte asociación entre los síntomas depresivos prenatales y el aumento de visitas a la atención prenatal (Bitew et al., 2016).

Castilla, en el año 2023 publicó los resultados de un estudio observacional analítico realizado en Perú, en el cual se evaluó la asociación entre los síntomas depresivos y el control prenatal inadecuado, utilizando una base de datos secundaria (ENDES 2015-2019) que contó con una muestra de 7933 mujeres. Como parte del análisis se empleó pruebas de Chi cuadrado y regresión de Poisson. El instrumento utilizado fue el Patient Health Questionnaire-9 y el número de control prenatal inadecuado considerado en este estudio fue menor a 8. Se reportó que la edad media fue de 31.19 años, siendo la gran mayoría (62.64%) perteneciente del grupo etario de 20 a 34 años, asimismo 3081 (38.23%) mujeres presentaron síntomas depresivos leves y 2978 (38.05%) mujeres, síntomas moderados-severos. Además 896 (29.05%) mujeres presentaron síntomas moderados-severo y un control prenatal inadecuado. Los resultados del análisis de regresión bivariado revelaron la asociación significativa de los síntomas depresivos moderados-severos con una mayor prevalencia de control prenatal inadecuado (RP=1.23; IC95%=1.07-1.40; $p=0.003$), asimismo, en el análisis de regresión multivariado posterior al ajuste, se mantuvo esta asociación significativa, evidenciando que las mujeres con síntomas depresivos moderados-severos presentaron 17% más prevalencia de tener un inadecuado control prenatal, en contraste con aquellas sin síntomas depresivos (RPa=1.17; IC95%=1.02-1.34; $p=0.030$) (Castilla, 2023).

Moscoso y Villena, en el año 2021 publicaron los resultados de un estudio observacional descriptivo de corte transversal, realizado en un hospital de Arequipa, en el cual se evaluó la correlación de la depresión y el número de controles prenatales, para lo cual empleó una

muestra de 328 gestantes del tercer trimestre. El instrumento utilizado fue la Escala de depresión de Hamilton y el número de control prenatal inadecuado considerado en este estudio fue menor a 6. Se reportó que en un 59,45% de la edad osciló entre 20 a 30 años, asimismo, presentaron depresión menor (28,05%), menor que depresión mayor (23,48%), depresión mayor (25,91%) y mayor que depresión mayor (5,18%). Además, 28,96% presentaron controles prenatales inadecuados. Las gestantes que presentaron depresión fueron 31,09%, de los cuales 10,06% presentaron controles prenatales inadecuados. Los resultados mediante la prueba de Chi cuadrado, evidenció que no es estadísticamente significativo el nivel de depresión y los controles prenatales ($p > 0.05$) (Moscosso & Villena, 2021).

2. MARCO CONCEPTUAL

La depresión prenatal es definida como un episodio depresivo mayor no psicótico que varía desde síntomas leves hasta graves, ocurriendo durante la gestación (Dadi et al., 2020). De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5ta edición (DSM-5), hay nueve síntomas que forman parte de los criterios diagnósticos. Estos abarcan alteraciones emocionales como el decaimiento del estado anímico y la pérdida de interés en actividades cotidianas. También incluyen cambios físicos como alteraciones en el peso y el apetito, problemas de sueño (ya sea dormir demasiado o muy poco), y cambios en la actividad psicomotora. Adicionalmente, se consideran síntomas como el agotamiento persistente, sentimientos intensos de culpa o inutilidad, dificultades cognitivas que afectan el pensamiento y la toma de decisiones, y finalmente, la presencia de pensamientos sobre la muerte, que pueden variar desde ideas suicidas generales hasta planes concretos de autolesión (American Psychiatric Association, 2018).

Según el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) para detectar la depresión prenatal, los médicos deben usar una herramienta estándar al menos una vez durante la gestación (Jahan et al., 2021). De acuerdo con los criterios del DSM-5, el diagnóstico de depresión mayor requiere la manifestación de al menos cinco síntomas durante un periodo mínimo de dos semanas. Es indispensable que entre estos síntomas se presente al menos uno de los siguientes: estado de ánimo deprimido o pérdida significativa de interés o placer en las actividades. Estos síntomas deben representar un cambio notable respecto al funcionamiento previo del individuo y generar un deterioro significativo en las áreas social, laboral u otros aspectos importantes de la vida. Es fundamental destacar que, para establecer este diagnóstico, los síntomas no deben ser atribuibles al uso de sustancias, otras condiciones médicas o, en este contexto específico, al embarazo (American Psychiatric Association, 2018; Jahan et al., 2021).

La depresión prenatal puede producir complicaciones maternas, fetales y neonatales, siendo un factor de riesgo para el retraso del crecimiento fetal, baja puntuación de Apgar, neurodesarrollo fetal alterado, parto pretérmino, bajo peso al nacer y muerte fetal. Además, aumenta el riesgo de consumo de alcohol, tabaquismo, conductas poco saludables, así como una menor participación en los programas de control prenatal (Dadi et al., 2020; Martínez-Paredes & Jácome-Pérez, 2019).

El tratamiento para la depresión prenatal consta de psicoterapia y farmacoterapia. La psicoterapia es el tratamiento de primera línea en cuadros depresivos leves, mientras que la farmacoterapia se recomienda en cuadros depresivos moderados o graves. El tratamiento farmacológico de elección son los inhibidores de la recaptación de serotonina, destacándose entre ellos la fluoxetina, dado que los estudios no han evidenciado relación con efectos teratogénicos (Martínez-Paredes & Jácome-Pérez, 2019).

La Norma Técnica de Salud denominada Atención Integral de Salud Materna del MINSA, describe al control prenatal como las actividades ejecutadas por un profesional capacitado en atención prenatal que pertenece a un establecimiento de salud. La atención prenatal reenfocada consiste en un abordaje integral de supervisión del embarazo que debe iniciarse antes de la semana catorce de gestación, implementando un conjunto de intervenciones orientadas a identificar oportunamente signos de alarma y factores de riesgo, mientras promueve activamente el autocuidado y la cooperación familiar. Este enfoque incorpora perspectivas de género e interculturalidad y un estricto respeto por los derechos humanos, asegurando un adecuado seguimiento de posibles complicaciones (Ministerio de Salud, 2013).

De acuerdo con la normativa técnica vigente, los establecimientos de salud deben brindar un mínimo de seis controles prenatales a cada gestante. Se establece que la primera o segunda consulta debe ser realizada por un médico especialista en ginecología y obstetricia o, en caso de no contar con este especialista, por un médico cirujano. Esta disposición tiene como propósito realizar un examen físico general y completo que permita identificar cualquier trastorno que pudiera asociarse con complicaciones del embarazo (Ministerio de Salud, 2013).

Un control prenatal adecuado proporciona beneficios para la salud materno perinatal, principalmente mediante la reducción de la morbi-mortalidad. Este impacto se alcanza por dos formas: primero, a través del diagnóstico y manejo de complicaciones relacionadas al embarazo; y segundo, mediante la detección temprana de gestantes con alto riesgo, facilitando su referencia oportuna a centros especializados. En contraste, la ausencia o inadecuación de los controles prenatales incrementa significativamente los riesgos de mortalidad materna y perinatal, ya que limita las posibilidades de identificar y prevenir tempranamente factores de riesgo y complicaciones asociadas al embarazo (World Health Organization, 2016).

CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS

1. MATERIALES

1.1. Universo

Mujeres gestantes que residen en Nuevo Chimbote.

1.2. Población

Mujeres gestantes en el tercer trimestre, que residen en Nuevo Chimbote y son atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.

1.3. Unidad de análisis

Mujeres gestantes en el tercer trimestre, que residen en Nuevo Chimbote y son atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025, que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

1.4. Muestra

Se calculó el tamaño de muestra con una potencia del 80% utilizando el programa Epidat, obteniendo como resultado 136 participantes, que permita detectar una proporción de controles prenatales adecuados del 70% en las mujeres con depresión y del 90% en las mujeres sin depresión tomando como referencia el estudio previo de Moscoso Bedregal y Villena Salazar, así como datos del ENDES 2023. Además, se consideró una prevalencia de depresión del 31% y un nivel de confianza del 95% (ANEXO 1). Además, las participantes fueron seleccionadas mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia.

La muestra estuvo constituida por dos grupos de participantes. El primer grupo fueron los casos, conformada por las gestantes del tercer trimestre con el inadecuado control prenatal, y el segundo grupo fueron los controles, representada por las gestantes del tercer trimestre con el adecuado control prenatal. Ambos grupos fueron atendidos en el C.S. Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.

1.5. Criterios de inclusión y exclusión para casos

a. Criterios de inclusión para casos

- Gestantes adultas de 18 - 49 años.
- Gestantes del tercer trimestre de embarazo (28 - 40 6/7 semanas).
- Gestantes con carnet de control prenatal.
- Gestantes que acepten participar y firmar el consentimiento informado.
- Antecedente de depresión antes de la gestación.
- Gestantes con menor a seis controles prenatales.

b. Criterios de exclusión para casos

- Gestantes con mayor o igual seis controles prenatales.
- Gestantes con complicaciones obstétricas.
- Gestante con enfermedad mental distinta a la depresión.
- Gestante que consume sustancias psicoactivas.
- Gestante con diagnóstico de depresión prenatal.
- Gestante que consume sustancias psicoactivas.

1.6. Criterios de inclusión y exclusión para controles

c. Criterios de inclusión para controles

- Gestantes adultas de 18 - 49 años.

- Gestantes del tercer trimestre de embarazo (28 - 40 6/7 semanas).
- Gestantes con carnet de control prenatal.
- Gestantes que acepten participar y firmar el consentimiento informado.
- Antecedente de depresión antes de la gestación.
- Gestantes con mayor o igual a seis controles prenatales.

d. Criterios de exclusión para controles

- Gestantes con menos de seis controles prenatales.
- Gestantes con complicaciones obstétricas.
- Gestante con diagnóstico de depresión prenatal.
- Gestante que consume sustancias psicoactivas.

2. METODOLOGÍA

2.1. Diseño de estudio

El presente proyecto de investigación es un estudio observacional y analítico de casos y controles. Es observacional porque no se intervendrá en las variables, sino únicamente evaluarán; es analítico porque busca la asociación entre dos variables; y de casos y controles porque parte del desenlace a la exposición. Por ello, primero se identificarán los grupos de casos (inadecuado control prenatal) y de controles (adecuado control prenatal), y se comparará la frecuencia de depresión (ANEXO 2).

2.2. Definición y operacionalización de variables

| VARIABLE | DEFINICIÓN OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICION | DIMENSIONES | INDICADOR |
|---------------------------------------|---|------------------------|--------------------|------------------------------|----------------------------|
| INDEPENDIENTE | | | | | |
| Depresión Prenatal | Se diagnostica depresión mayor mediante la presencia de cinco de los nueve síntomas declarados en dos semanas y que tienen una influencia negativa considerable en el funcionamiento previo. Y que los síntomas no deben ser atribuibles a otra condición médica y, en este contexto, al embarazo (American Psychiatric Association, 2018). | Cualitativa dicotómica | Nominal | Sin depresión: < 8 puntos | PHQ-9 |
| | | | | Con depresión: ≥ 8 puntos | |
| DEPENDIENTE | | | | | |
| Número de Controles Prenatales | La normativa técnica vigente indica que todo establecimiento de salud debe brindar 6 controles prenatales como mínimo a cada gestante (Ministerio de Salud, 2013). | Cualitativa dicotómica | Nominal | Inadecuado: < 6 CPN | Carnet de control prenatal |
| | | | | Adecuado: ≥ 6 CPN | |
| COVARIABLES | | | | | |
| Edad materna | Edad cronológica de la gestante registrada en su carnet de control prenatal (ASALE & RAE, s. f.). | Cuantitativa discreta | Razón | 18 – 29 años | Carnet de control prenatal |
| | | | | 30 – 49 años | |

| | | | | | |
|----------------------------|--|------------------------|---------|---|----------------------------|
| Edad gestacional | Es el tiempo de duración de la gestación, se estima desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha actual, expresado en semanas más días (Ministerio de Salud, 2013). | Cuantitativa continua | Razón | 28 - 40 6/7 semanas | Carnet de control prenatal |
| Número de hijos | Número de hijos que viven en la actualidad, después del nacimiento (Ministerio de Salud, 2000). | Cuantitativa discreta | Razón | 0 hijos | Carnet de control prenatal |
| | | | | 1 – 2 hijos | |
| | | | | 3 – 5 hijos | |
| Estado civil | Condición de la persona definida por sus relaciones de parentesco y convivencia de acuerdo a las diversas formas de unión conyugal (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019). | Cualitativa politómica | Nominal | Soltera | Carnet de control prenatal |
| | | | | Conviviente | |
| | | | | Casada | |
| | | | | Viuda | |
| | | | | Separada | |
| | | | | Divorciada | |
| Nivel educativo | Definida por el conjunto de programas educativos máximos que ha llevado una persona (UNESCO, 2024). | Cualitativa politómica | Nominal | Analfabeta | Carnet de control prenatal |
| | | | | Inicial | |
| | | | | Primaria | |
| | | | | Secundaria | |
| | | | | Superior | |
| Violencia de pareja | Conductas de la pareja o expareja que provocan daños físicos, sexuales o psicológicos, tales como la agresión física, coerción sexual, maltrato psicológico y conductas de control (Organización Mundial de la Salud, 2021). | Cualitativa dicotómica | Nominal | Tamizaje positivo: 15 – 24 puntos. O si la pregunta 4 y/o 7 son positivas, incluso si el total fuera < 15 | WAST |
| | | | | Tamizaje negativo: 8 – 15 puntos. | |

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ha sido validado para identificar la depresión en mujeres embarazadas en contextos culturales limitados, como en países de ingresos bajos y medianos. Además, su versión en español ha sido validada en gestantes peruanas (Smith et al., 2022). Esta escala evalúa nueve síntomas basados en el DSM-IV, los cuales siguen vigentes en el DSM-5 (Kroenke et al., 2001; Smith et al., 2022). Este instrumento de tamizaje es aplicado en dos momentos durante la gestación, el primer momento es en el primer trimestre o en el primer contacto y el segundo momento es en el tercer trimestre de la gestación (Ministerio de Salud, 2024).

El PHQ-9 consta de 9 ítems y los participantes califican con qué frecuencia durante las últimas 2 semanas experimentaron cada ítem: "no en absoluto" (0), "varios días" (1), "más de la mitad de días" (2), o "casi todos los días" (3), y la sumatoria da una puntuación entre 0 y 27 (Kroenke et al., 2001; Smith et al., 2022). Dicha puntuación determina la gravedad de los síntomas depresivos de la siguiente manera: 0 - 4 (ausencia del trastorno), 5 - 9 (depresión leve), 10 - 14 (depresión moderada), 15 - 19 (depresión moderadamente grave) y 20 - 27 (depresión grave) (Kroenke et al., 2001).

Los estudios de validación originales establecieron como punto de corte óptimo, para identificar casos probables de trastorno depresivo mayor, un puntaje mayor o igual a 10, con una sensibilidad y especificidad del 88% (Kroenke et al., 2001). Sin embargo, el estudio validado en Perú indica que el punto de corte óptimo es mayor igual a 8, con una sensibilidad y especificidad del 61% y 62% respectivamente; además, el alfa de Cronbach fue de 0,80 considerando todos los ítems (Smith et al., 2022).

La Versión adaptada del Woman Abuse Screening Tool (WAST) se utiliza como tamizaje en mujeres en situación de violencia de pareja o expareja; y su versión en español ha sido validada en países de la región como Chile (Binfa et al., 2018). Su uso es recomendado por la “Guía técnica para el cuidado de la salud mental de mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja” del Ministerio de Salud del Perú (Ministerio de Salud, 2021).

Consta de 8 preguntas tipo Likert que interroga sobre el grado de estrés existente en la relación, la dificultad para resolver discusiones y la existencia de episodios violentos a nivel emocional, psicológico, físico o sexual y cuyas posibles respuestas se disponen en tres niveles que van de menor a mayor gravedad, siendo la respuesta menos deseable evaluada con 3 puntos, la intermedia con 2 puntos y la más deseable con 1 punto; interpretándose como un tamizaje negativo si es entre 8 – 15 puntos y un tamizaje positivo si es mayor igual a 15 a 24 puntos o si la pregunta 4 y/o 7 son positivas, incluso si el total fuera < 15 ; con una sensibilidad y especificidad del 100% y 96,43% respectivamente; además, el alfa de Cronbach fue de 91,5% considerando todos los ítems (Binfa et al., 2018; Ministerio de Salud, 2021).

2.4. Procedimientos para la recolección de datos

Luego de recibir la aprobación del proyecto por parte del comité de ética perteneciente a la Escuela Profesional de Medicina Humana (EPMH) de la Universidad Nacional del Santa (UNS) (ANEXO 2) y la autorización para la ejecución del proyecto, se solicitó el permiso de acceso a la sala de espera de consultorios externos del Centro de Salud Yugoslavia al director de la EPMH para su coordinación interinstitucional con la jefatura de Obstetricia del establecimiento (ANEXO 3). Luego de su aprobación, se

procedió a recolectar los datos aplicando los instrumentos mediante la realización de una entrevista en un lugar privado para garantizar la intimidad y confidencialidad de las gestantes, asegurando así respuestas válidas. Se leyó el consentimiento informado a las participantes (ANEXO 4), y se solicitó su firma voluntaria por escrito. Además, se les informó que pueden hacer preguntas en cualquier momento durante la entrevista, y que tienen derecho a negarse, retirarse en cualquier momento y abstenerse de responder a cualquier pregunta que no quisieran sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Se contó con dos formatos impresos para los recolectores de datos, el primer formato se usó para aplicar las encuestas PHQ-9 y WAST a las gestantes del tercer trimestre y el segundo formato se usó para registrar los datos personales y obstétricos obtenidos del carnet de control prenatal, además de registrar el puntaje de las encuestas realizadas.

2.5. Procesamiento, análisis e interpretación de datos

Los datos obtenidos durante la entrevista fueron anotados en las fichas de recolección de datos, para su digitalización y tabulación en una hoja de cálculo del software Microsoft Excel 2021, y así finalmente ser importado al software RStudio para su análisis estadístico, según las pruebas estadísticas seleccionadas.

Se estimaron frecuencias en porcentaje y medias con desviación estándar de las características generales de la población, así como de las variables de análisis y variables confusoras. Se estimó la frecuencia de la edad materna por etapa de vida, estado civil, nivel educativo, número de hijos agrupado, gestantes con número de controles prenatales adecuados e inadecuados, depresión durante la gestación, gravedad de la depresión y tamizaje para violencia de pareja. Además, se estimó las

medias con desviación estándar para la edad materna, tiempo de llegada al centro de salud, edad gestacional, número de controles prenatales, puntaje obtenido en el PHQ-9 y puntaje obtenido en el WAST.

Se diferenciaron las características generales de las gestantes según el número de controles prenatales y según depresión, expresándose en frecuencias con porcentaje y medias con desviación estándar de acuerdo a lo descrito anteriormente. Adicionalmente se aplicó las pruebas estadísticas de suma de rangos de Wilcoxon para las variables numéricas, prueba de chi cuadrado de independencia para comparar proporciones en muestras relacionadas, y el test exacto de Fisher cuando había valores observables esperados menores iguales a 5.

Se utilizó la prueba Chi-cuadrado para comparar las proporciones de depresión entre las gestantes con un número de controles prenatales inadecuados y las que tuvieron un número de controles prenatales adecuado e identificar diferencias estadísticamente significativas. Por otro lado, se aplicó la prueba de Wilcoxon para analizar la asociación entre la puntuación obtenida en el PHQ-9 y el número de controles prenatales; así como el test exacto de Fisher para analizar la asociación entre la gravedad de la Depresión y el número de controles prenatales.

También, se hizo un modelo de regresión logística de Poisson bivariado entre la variable depresión prenatal y número de controles prenatales con el fin de calcular la medida de asociación Odds Ratio con un intervalo de confianza al 95%. Como último paso, se ajustó el modelo para cada variable confusora y se observó si había asociación estimando el Odds Ratio con un intervalo de confianza del 95%.

2.6.Ética de la investigación

Esta investigación respeta los principios éticos básicos del informe Belmont, garantizando la autonomía de los participantes mediante la previa información del estudio, donde tengan la libertad de elegir su participación mediante la firma voluntaria del consentimiento informado. En el proceso, se respeta la intimidad y confidencialidad de las participantes, ya que la entrevista se realizará en un entorno privado, además de asegurar la protección de los datos recolectados y tener el derecho negarse, retirarse en cualquier momento y abstenerse de responder a cualquier pregunta que no quisieran. También se respeta el principio de beneficencia, dado que la investigación busca detectar la depresión durante el tercer trimestre de la gestación, lo cual contribuye al conocimiento científico, minimizando los riesgos para las gestantes durante su participación. Asimismo, se observa el principio de no maleficencia y justicia, puesto que se corrigió la metodología del estudio para maximizar los beneficios de la investigación sin perjudicar a las participantes, y se capacitó a los investigadores para aplicar los instrumentos adecuadamente (Solis et al., 2023). Al finalizar, se le entregará un afiche informativo al centro de salud sobre la importancia de la salud mental durante la gestación, y los beneficios de tener un adecuado control prenatal.

Este estudio respeta las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, elaboradas por los Consejos de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Asimismo, el proceso será evaluado por el Comité de Ética de la EPMH de la UNS, lo cual garantiza el cumplimiento de los aspectos éticos relacionados a esta investigación. Declaramos que la presente investigación es sin fines de lucro, no teniendo vínculo con ninguna otra institución.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. RESULTADOS

TABLA 1: *Características de las gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.*

| Características | N = 140¹ |
|---|----------------------------|
| Edad materna² | 27.2 (6.4) ² |
| Edad materna agrupada | |
| Joven (18 – 29 años) | 99 (70.7%) |
| Adulto (30 – 49 años) | 41 (29.3%) |
| Estado civil | |
| Casada | 15 (10.7%) |
| Conviviente | 98 (70.0%) |
| Soltera | 27 (19.3%) |
| Nivel educativo | |
| Primaria | 12 (8.6%) |
| Secundaria | 74 (52.9%) |
| Superior | 54 (38.6%) |
| Tiempo que demora en llegar al centro de salud² | 22.3 (14.2) ² |
| Edad gestacional² | 34.0 (3.6) ² |
| Número de hijos² | 1.1 (1.3) ² |
| Número de hijos agrupado | |
| 0 hijos | 60 (42.9%) |
| 1 – 2 hijos | 59 (42.1%) |
| 3 – 5 hijos | 21 (15.0%) |
| Numero de controles prenatales² | 6.0 (2.5) ² |
| Tipo de control prenatal | |
| Inadecuado (< 6 controles) | 60 (42.9%) |
| Adecuado (≥ 6 controles) | 80 (57.1%) |

¹ frecuencia (%) ² media (DE) * También se considera positivo si la pregunta 4 y/o 7 son positivas, incluso si el total fuera menor a 15 puntos.

TABLA 1 (continuación)

| Características | N = 140¹ |
|-------------------------------------|----------------------------|
| Puntuación PHQ-9² | 6.7 (3.9) ² |
| Depresión prenatal | |
| Sin depresión (< 8 puntos) | 84 (60.0%) |
| Con depresión (≥ 8 puntos) | 56 (40.0%) |
| Gravedad de la depresión | |
| Ausencia del trastorno | 62 (44.3%) |
| Depresión leve | 33 (23.6%) |
| Depresión moderada | 42 (30.0%) |
| Depresión moderadamente grave | 3 (2.1%) |
| Puntaje WAST² | 8.9 (1.7) ² |
| Violencia de pareja | |
| Negativo (8 – 15 puntos) | 135 (96.4%) |
| Positivo (15 – 24 puntos) * | 5 (3.6%) |

¹ frecuencia (%) ² media (DE) * También se considera positivo si la pregunta 4 y/o 7 son positivas, incluso si el total fuera menor a 15 puntos.

En la Tabla 1, respecto a las características generales de la población, se analizaron 140 gestantes del tercer trimestre atendidas en el servicio de Obstetricia del Centro de Salud Yugoslavia, siendo la edad media de las participantes 27,2 años, con una desviación estándar de $\pm 6,4$ años; dentro de las cuales la mayoría eran mujeres jóvenes (70,7%). Respecto al estado civil, se evidenció que gran parte fueron convivientes (70%); además, hubo un gran predominio del nivel educativo secundario (52,9%). Otra característica evidenciada es que el tiempo que demoran las gestantes en llegar al centro de salud tiene una media de 22 minutos, con una desviación estándar de ± 14 minutos. La edad gestacional media fue de 34 semanas, con una desviación estándar de $\pm 3,6$ semanas. De estas gestantes, el número de controles prenatales promedio que tuvieron fue de 6, con una desviación estándar de $\pm 2,5$ controles prenatales,

existiendo un predominio de gestantes con un número de controles prenatales adecuado (57,1%). Por otro lado, la media de hijos de las gestantes fue de 1 con una desviación estándar de ± 1 hijo, encontrándose que la mayor cantidad no habían tenido hijos (42,9%). Evaluando el puntaje obtenido en el PHQ-9 para detectar depresión, la media fue de 6.7 puntos con una desviación estándar de $\pm 3,9$ puntos. De esos puntajes obtenemos que la mayoría no tenían depresión (60%) según el punto de corte de nuestro estudio. Por otra parte, según la gravedad, se detectó mayoritariamente una ausencia del trastorno (44,3%), y en segundo lugar estuvo la depresión moderada (30%). Por último, en el puntaje obtenido en el WAST para tamizar la violencia de pareja, la media fue de 8,9 puntos con una desviación estándar de $\pm 1,7$ puntos; encontrándose casi en su totalidad un tamizaje negativo (96,4%).

TABLA 2: Características según el número de controles prenatales y su asociación bivariada en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.

| Característica | Número de Controles prenatales | | p-valor ³ |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| | Adecuado (N = 80 ¹) | Inadecuado (N = 60 ¹) | |
| Edad materna² | 27.0 (6.5) ² | 27.4 (6.2) ² | 0.632 |
| Edad materna agrupada | | | 0.555 |
| Joven (18 – 29 años) | 55 (68.8%) | 44 (73.3%) | |
| Adulto (30 – 49 años) | 25 (31.2%) | 16 (26.7%) | |
| Estado civil | | | 0.282 |
| Casada | 8 (10.0%) | 7 (11.7%) | |
| Conviviente | 60 (75.0%) | 38 (63.3%) | |
| Soltera | 12 (15.0%) | 15 (25.0%) | |
| Nivel educativo | | | 0.009 |
| Primaria | 2 (2.5%) | 10 (16.7%) | |
| Secundaria | 43 (53.8%) | 31 (51.7%) | |
| Superior | 35 (43.8%) | 19 (31.7%) | |
| Tiempo que demora en llegar al centro de salud² | 22.1 (14.2) ² | 22.5 (14.3) ² | 0.898 |
| Edad gestacional² | 35.0 (3.6) ² | 32.6 (3.2) ² | <0.001 |
| Número de hijos² | 1.0 (1.2) ² | 1.4 (1.4) ² | 0.052 |
| Número de hijos agrupado | | | 0.264 |
| 0 hijos | 39 (48.8%) | 21 (35.0%) | |
| 1 – 2 hijos | 30 (37.5%) | 29 (48.3%) | |
| 3 – 5 hijos | 11 (13.8%) | 10 (16.7%) | |
| Puntaje WAST² | 8.9 (1.3) ² | 9.0 (2.1) ² | 0.757 |
| Violencia de pareja | | | >0.999 |
| Negativo | 77 (96.2%) | 58 (96.7%) | |
| Positivo | 3 (3.8%) | 2 (3.3%) | |

¹ frecuencia (%) ² media (DE) ³ prueba de la suma de rangos de Wilcoxon; prueba de chi cuadrado de independencia; test exacto de Fisher.

En la Tabla 2, describimos las características de las gestantes según el número de controles prenatales. Iniciando con aquellas que tuvieron un número de controles prenatales adecuados, la edad media fue 27 años con una desviación estándar de $\pm 6,5$ años, la mayoría fueron jóvenes (68,8%), estado civil conviviente (75%), nivel educativo secundario (53,8%), edad gestacional promedio de 35 semanas con una desviación estándar de $\pm 3,6$ semanas; sin embargo, la mayor cantidad no tenían hijos (48,8%) y la media de puntaje obtenido en el WAST fue 8,9 puntos con una desviación estándar de $\pm 1,3$ puntos siendo la mayoría un tamizaje negativo (96,2%). Mientras que en aquellas que tuvieron un número de controles prenatales inadecuado, la edad media fue 27,4 años con una desviación estándar de $\pm 6,2$ años, la mayoría eran jóvenes (73,3%), estado civil conviviente (63,3%), nivel educativo secundario (51,7%), edad gestacional promedio de 32,6 semanas con una desviación estándar de $\pm 3,2$ semanas; sin embargo, la mayor cantidad de mujeres tenían entre 1 a 2 hijos (48,3%) y la media de puntaje obtenido en el WAST fue 9 puntos con una desviación estándar de $\pm 1,3$ puntos siendo la mayoría un tamizaje negativo (96,7%). Como características comunes tenemos al tiempo promedio de demora en llegar al centro de salud que fue 22 minutos con una desviación estándar de ± 14 minutos y al número de hijos que en promedio fue 1 con una desviación estándar de ± 1 hijo. Finalmente, se aplicó la prueba de suma de rangos de Wilcoxon para las variables numéricas Edad Materna, Tiempo que demora en llegar al centro de salud, Edad Gestacional, Número de Hijos y Puntaje WAST; la prueba de Chi cuadrado para las variables Edad Materna por Etapa de Vida, Estado Civil y Número de Hijos agrupado; y finalmente, el test exacto de Fisher se utilizó para aquellas variables con valores observados menores iguales a 5 que son Nivel Educativo y Tamizaje. Todas estas pruebas resultaron estadísticamente no significativas.

TABLA 3: Características según depresión prenatal y su asociación bivariada en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.

| Característica | Depresión prenatal | | p-valor ³ |
|---|---|---|----------------------|
| | Sin depresión (N = 84 ¹) | Con depresión (N = 56 ¹) | |
| Edad materna² | 27.4 (6.3) ² | 26.9 (6.5) ² | 0.491 |
| Edad materna por etapa de vida | | | 0.363 |
| Joven (18 – 29 años) | 57 (67.9%) | 42 (75.0%) | |
| Adulto (30 – 49 años) | 27 (32.1%) | 14 (25.0%) | |
| Estado civil | | | 0.074 |
| Casada | 10 (11.9%) | 5 (8.9%) | |
| Conviviente | 63 (75.0%) | 35 (62.5%) | |
| Soltera | 11 (13.1%) | 16 (28.6%) | |
| Nivel educativo | | | 0.416 |
| Primaria | 5 (6.0%) | 7 (12.5%) | |
| Secundaria | 46 (54.8%) | 28 (50.0%) | |
| Superior | 33 (39.3%) | 21 (37.5%) | |
| Tiempo que demora en llegar al establecimiento² | 23.6 (14.7) ² | 20.4 (13.3) ² | 0.139 |
| Edad gestacional² | 34.4 (3.6) ² | 33.3 (3.5) ² | 0.079 |
| Número de hijos² | 1.1 (1.3) ² | 1.2 (1.3) ² | 0.717 |
| Número de hijos agrupado | | | 0.887 |
| 0 hijos | 37 (44.0%) | 23 (41.1%) | |
| 1 – 2 hijos | 34 (40.5%) | 25 (44.6%) | |
| 3 – 5 hijos | 13 (15.5%) | 8 (14.3%) | |
| Puntaje WAST² | 8.5 (0.9) ² | 9.4 (2.4) ² | 0.01 |
| Violencia de pareja | | | 0.083 |
| Negativo | 83 (98.8%) | 52 (92.9%) | |
| Positivo | 1 (1.2%) | 4 (7.1%) | |

¹ frecuencia (%) ² media (DE) ³ prueba de la suma de rangos de Wilcoxon; prueba de chi cuadrado de independenciam; test exacto de Fisher.

En la Tabla 3, describimos las características de las gestantes según la depresión prenatal. Iniciando por aquellas gestantes sin depresión, donde la edad media fue de 27 años con una desviación estándar de $\pm 6,3$ años, la mayoría fueron jóvenes (67,9%), estado civil conviviente (75%), nivel educativo secundario (54,8%), tiempo promedio de demora en llegar al centro de salud que fue 23 minutos con una desviación estándar de ± 14 minutos, edad gestacional promedio de 34 semanas con una desviación estándar de $\pm 3,6$ semanas; sin embargo, la mayor cantidad no tenían hijos (44%) y la media de puntaje obtenida en el WAST fue 8.5 puntos con una desviación estándar de $\pm 0,9$ puntos siendo la mayoría un tamizaje negativo (98,8%). Mientras que en aquellas gestantes con depresión, la edad media fue 26,9 años con una desviación estándar de $\pm 6,5$ años, la mayoría eran jóvenes (75%), estado civil conviviente (62,5%), nivel educativo secundario (50%), tiempo promedio de demora en llegar al centro de salud que fue 20 minutos con una desviación estándar de ± 13 minutos, edad gestacional promedio de 33,3 semanas con una desviación estándar de $\pm 3,5$ semanas; sin embargo, la mayor cantidad tenían entre 1 a 2 hijos (44,6%) y la media de puntaje obtenido en el WAST fue 9,4 puntos con una desviación estándar de $\pm 2,4$ puntos siendo la mayoría un tamizaje de violencia de pareja negativo (92,9%). Como características en común fue el número de hijos en promedio fue de 1 con una desviación estándar de ± 1 hijo. Finalmente, se aplicó la prueba de suma de rangos de Wilcoxon para las variables Edad Materna, Tiempo que demora en llegar al establecimiento, Edad Gestacional, Número de Hijos y Puntaje WAST; la prueba de Chi cuadrado para las variables Edad Materna por Etapa de Vida y Número de Hijos agrupado; y finalmente, el test exacto de Fisher se utilizó para aquellas variables con valores observados menores iguales a 5 que son Estado Civil, Nivel Educativo y Tamizaje. Todas estas pruebas resultaron estadísticamente no significativas.

TABLA 4: Asociación entre la depresión prenatal y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.

| Característica | Control prenatal | | p-valor ² |
|---------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| | Adecuado (N = 80 ¹) | Inadecuado (N = 60 ¹) | |
| Depresión prenatal | | | <0.001 |
| Sin depresión | 66 (82.5%) | 18 (30.0%) | |
| Con depresión | 14 (17.5%) | 42 (70.0%) | |

¹ frecuencia (%) ² prueba chi cuadrado de independencia.

En la Tabla 4, analizamos la asociación entre la depresión y el número de controles prenatales, observándose que en el grupo de gestantes con un número de controles prenatales adecuado (≥ 6), un 17,5% tuvieron depresión, a comparación de las gestantes que tuvieron un número de controles inadecuado (< 6) donde se evidenció que un 70% tuvo depresión. Esta diferencia de proporciones analizada mediante la prueba Chi-cuadrado fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$), lo que significa que existe asociación entre la depresión y el número de controles prenatales inadecuado.

TABLA 5: Análisis bivariado entre la puntuación PHQ-9 y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.

| Característica | Número de Control prenatal | | p-valor ³ |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| | Adecuado (N = 80 ¹) | Inadecuado (N = 60 ¹) | |
| Puntuación PHQ-9² | 5.0 (3.0) ² | 9.0 (3.8) ² | <0.001 |

¹ frecuencia (%) ² media (DE) ³ prueba de la suma de rangos de Wilcoxon.

En la Tabla 5, analizamos la asociación entre la puntuación obtenida en el PHQ-9 y el inadecuado número de controles prenatales mediante la prueba de suma de rangos de Wilcoxon obteniéndose un resultado estadísticamente significativo ($p < 0,001$), de donde se infiere que a mayor puntuación en el PHQ-9, el número de controles prenatales será inadecuado, es decir menor a 6 controles.

TABLA 6: Análisis bivariado entre la gravedad de la depresión y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.

| Característica | Número de Control prenatal | | p-valor ² |
|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| | Adecuado (N = 80 ¹) | Inadecuado (N = 60 ¹) | |
| Gravedad de la depresión | | | <0.001 |
| Ausencia del trastorno | 48 (60.0%) | 14 (23.3%) | |
| Depresión leve | 21 (26.2%) | 12 (20.0%) | |
| Depresión moderada | 11 (13.8%) | 31 (51.7%) | |
| Depresión moderadamente grave | 0 (0.0%) | 3 (5.0%) | |

¹ frecuencia (%) ² test exacto de Fisher.

En la Tabla 6, determinamos la asociación entre la gravedad de la depresión y el inadecuado número de controles prenatales mediante el Test exacto de Fisher obteniéndose un resultado estadísticamente significativo ($p < 0,001$), es decir, que a mayor gravedad de la depresión habrá menos de 6 controles prenatales. Adicionalmente, se encontró que en aquellas gestantes que tenían un número de controles prenatales adecuado, la mayoría no tenían depresión (60%), mientras que en aquellas que tenían un número de controles prenatales inadecuado, la mayor parte (51,7%) tenía depresión moderada.

TABLA 7: Regresión de Poisson simple y ajustada por covariables entre la depresión prenatal y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.

| | Regresión simple | | | Regresión ajustada* | | |
|---------------------------|------------------|--------------|------------|---------------------|--------------|------------|
| | OR | IC 95% | Valor de p | OR | IC 95% | Valor de p |
| Depresión prenatal | | | | | | |
| Sin depresión | 1.00 | | | 1.00 | | |
| Con depresión | 11.00 | 5.08 – 25.23 | <0.001 | 17.65 | 6.63 – 53.74 | <0.001 |

*Ajustado por edad materna, edad gestacional, número de hijos, estado civil, nivel educativo.

En la Tabla 7, en el modelo de regresión de Poisson sin ajustar entre la depresión prenatal y el inadecuado número de controles prenatales se encontró que las gestantes del tercer trimestre con depresión tuvieron 11 veces más posibilidades (OR=11.00, IC95%: 5.08-25.23) de tener un número de controles prenatales inadecuado en comparación de las gestantes que no tenían depresión. Este resultado fue estadísticamente significativo ($p < 0.001$). Al momento de ajustar con las variables confusoras, este efecto se mantuvo siendo que el grupo con depresión tuvo 17 veces la probabilidad (OR=17.6, IC95% 6.63 – 53.74) de tener un inadecuado control, siendo igualmente estadísticamente significativo ($p < 0.001$).

TABLA 8: Regresión de Poisson simple y ajustada por covariables entre la gravedad de la depresión y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.

| | Regresión simple | | | Regresión ajustada* | | |
|--|------------------|--------------|------------------|---------------------|--------------|------------------|
| | OR | IC 95% | Valor de p | OR | IC 95% | Valor de p |
| Gravedad de la depresión | | | | | | |
| Ausencia del trastorno | | | | | | |
| Depresión leve | 1.96 | 0.77 – 4.98 | 0.155 | 1.72 | 0.58 – 5.00 | 0.315 |
| Depresión moderada y moderadamente grave | 10.60 | 4.43 – 27.26 | <0.001 | 11.70 | 4.42 – 34.17 | <0.001 |

*Ajustado por edad materna, edad gestacional, número de hijos, estado civil, nivel educativo.

En la Tabla 8, en el modelo de regresión de Poisson sin ajustar entre la gravedad de la depresión y el inadecuado número de controles prenatales se encontró que las gestantes del tercer trimestre con depresión moderadamente grave tuvieron 10.60 veces más posibilidades (OR=10.60, IC95%: 4.43 – 27.26) de tener un inadecuado número de controles prenatales. Este resultado fue estadísticamente significativo ($p < 0.001$). Al momento de ajustar con las covariables, las gestantes con depresión moderadamente grave tuvieron 11.70 veces la probabilidad (OR=17.6, IC95%: 4.42 – 34.17) de tener un inadecuado número de controles prenatales, indicando que el efecto se mantuvo siendo igualmente estadísticamente significativo ($p < 0.001$).

TABLA 9: Regresión de Poisson simple y ajustada por covariables entre cada covariables y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.

| | Regresión simple | | | Regresión ajustada* | | |
|---------------------------------|------------------|-------------|------------|---------------------|-------------|------------|
| | OR | IC 95% | Valor de p | OR | IC 95% | Valor de p |
| Edad materna agrupada | | | | | | |
| Joven (18 – 29 años) | 1.00 | | | 1.00 | | |
| Adulto (30 – 49 años) | 0.80 | 0.38 – 1.67 | 0.556 | 0.82 | 0.33 – 2.01 | 0.660 |
| Estado civil | | | | | | |
| Casada | 1.00 | | | 1.00 | | |
| Conviviente | 0.72 | 0.24 – 2.22 | 0.562 | 0.80 | 0.25 – 2.70 | 0.713 |
| Soltera | 1.43 | 0.40 – 5.20 | 0.581 | 1.99 | 0.49 – 8.50 | 0.342 |
| Nivel educativo | | | | | | |
| Primaria | 1.00 | | | 1.00 | | |
| Secundaria | 0.14 | 0.02 – 0.60 | 0.017 | 0.17 | 0.02 – 0.73 | 0.032 |
| Superior | 0.11 | 0.02 – 0.46 | 0.007 | 0.12 | 0.02 – 0.57 | 0.015 |
| Número de hijos agrupado | | | | | | |
| 0 hijos | 1.00 | | | 1.00 | | |
| 1 – 2 hijos | 1.80 | 0.86 – 3.78 | 0.119 | 1.81 | 0.78 – 4.29 | 0.168 |
| 3 – 5 hijos | 1.69 | 0.61 – 4.66 | 0.308 | 1.59 | 0.43 – 5.85 | 0.483 |
| Puntuación WAST | 1.03 | 0.84 – 1.27 | 0.761 | 1.05 | 0.85 – 1.31 | 0.637 |

*Ajustado por edad materna, edad gestacional, número de hijos, estado civil, nivel educativo.

En la Tabla 9, en el modelo de regresión de Poisson simple y ajustado entre cada covariable y el inadecuado número de controles prenatales, se encontró en las gestantes del tercer trimestre la no asociación significativa entre la edad materna joven, estado civil casada, nivel educativo primaria y no tener hijos con el inadecuado número de controles prenatales (OR=1). En el análisis de regresión de Poisson simple se evidenció la no asociación significativa de la edad materna adulta (OR= 0.80; IC95%: 0.38 – 1.67; p=0.556), estado civil conviviente (OR= 0.72; IC95%: 0.24 – 2.22; p=0.562), estado civil soltera (OR= 1.43; IC95%: 0.40 – 5.20; p=0.581), nivel educativo secundaria (OR= 0.14; IC95%: 0.02 – 0.60; p=0.017), nivel educativo superior

(OR= 0.11; IC95%: 0.02 – 0.46; p=0.007), tener 1 - 2 hijos (OR= 1.80; IC95%: 0.86 – 3.78; p=0.119), tener 3 - 5 hijos (OR= 1.69; IC95%: 0.61 – 4.66; p=0.308), y la puntuación WAST (OR= 1.03; IC95%: 0.84 – 1.27; p=0.761) con respecto al inadecuado número de controles prenatales; y al ajustarlo según las covariables, el efecto se mantuvo para la edad materna adulta (OR=0.82; IC95%: 0.33–2.01; p=0.660), estado civil conviviente (OR=0.80; IC95%: 0.25–2.70; p=0.713), estado civil soltera (OR=1.99; IC95%: 0.49–8.50; p=0,342), nivel educativo secundario (OR=0.17; IC95%: 0.02–0.73; p=0.032), nivel educativo superior (OR=0.12; IC95%: 0.0 –0.57; p=0.015), tener 1-2 hijos (OR=1.81; IC95%: 0.78–4.29; p=0.168), tener 3-5 hijos (OR=1.59; IC95%: 0.43–5.85; p=0.483) y la puntuación WAST (OR=1.05; IC95%: 0.85–1.31; p=0.637) con respecto al inadecuado número de controles prenatales.

2. DISCUSIÓN

En este estudio de diseño observacional-analítico de casos y controles se evaluó la asociación entre la depresión y el inadecuado número de controles prenatales en una población de gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia.

Se evidenció que existe una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el inadecuado número de controles prenatales; además, la frecuencia de depresión fue de 40% mientras que la prevalencia de un número de controles inadecuado fue de 42,9%.

Nuestro estudio demostró la asociación estadísticamente significativa de las gestantes con depresión e inadecuado número de control prenatal mediante la prueba de chi cuadrado ($p < 0,001$) además de aplicar la regresión de Poisson simple (OR=11.00, IC95%: 5.08-25.23; $p < 0,001$) y ajustada (OR=17.6, IC95% 6.63 – 53.74; $p < 0,001$). Este resultado coincide con un estudio de cohorte prospectivo realizado en el Noreste de Etiopía en el cual se evidenció la asociación mediante el análisis de regresión logística bivariada (COR= 2,33; IC95%: 1.734 – 3.140; $p < 0,20$) y la regresión multivariado ajustado por covariables (AOR=1,96; IC95%=1.220-3.162; $p < 0,05$) (Beyene et al., 2023); además, el estudio observacional analítico realizado en Perú encontró asociación entre los síntomas depresivos y una atención prenatal inadecuada mediante la prueba de chi cuadrado ($p < 0,05$) (Castilla, 2023). Sin embargo, estos resultados contrastan con los estudios que no encontraron asociación significativa, como en el estudio de cohorte retrospectivo realizado Estados Unidos en el cual se evidenció la no asociación mediante la prueba de Chi-cuadrado ($p = 0,053$), esto puede deberse a las diferencias metodológicas, como el diseño del estudio, la población de 2341 gestantes del I, II y III trimestre, el agrupar las dimensiones del índice de adecuación de la utilización de la atención prenatal para considerar “adecuado” y “menos que adecuado” control prenatal y el punto de

corte de 10 puntos para el PHQ-9 (Sidebottom et al., 2017). El estudio transversal realizado en el Sur de Etiopía encontró que se asocian los síntomas depresivos durante el embarazo con un mayor riesgo de tener un mayor número de atenciones prenatales no programadas (aRR: 1,41; IC95%: 1,20-1,65; $p < 0.001$) y un aumento del número total de visitas de atenciones prenatales (aRR: 1,23; IC95%: 1,12-1,36; $p < 0.001$) mediante la regresión de Poisson, teniendo como diferencias metodológicas a la población de 1311 gestantes en el segundo o tercer trimestre, la frecuencia de las visitas de atención prenatal se expresó como la relación entre el número de visitas de atención prenatal reales y el número total de visitas de atención prenatal recomendadas por la OMS para la edad gestacional dada (Bitew et al., 2016). Por último, el estudio observacional descriptivo realizado en Arequipa encontró que no hay relación entre la depresión y el número de controles prenatales ($p > 0.05$), siendo las diferencias metodológicas el diseño de estudio, la población fue de 328 gestantes del tercer trimestre de un hospital y el instrumento usado para medir la depresión que fue la Escala de depresión de Hamilton (Moscoso & Villena, 2021).

Por otro lado, en nuestro estudio también se determinó que la frecuencia de depresión en la población evaluada fue de un 40%, siendo esta frecuencia mayor (70%) entre las gestantes que tenían un control prenatal inadecuado, evidenciándose una asociación estadísticamente significativa. Este hallazgo representa que 56 gestantes (40%) de nuestro estudio tuvieron depresión, resultados similares al estudio de Moscoso y Villena donde 102 gestantes (31,09%) tenía depresión (Moscoso & Villena, 2021); pero distintos al estudio de Beyene y colaboradores, donde 326 gestantes (34,75%) tenía depresión al estudio de Sidebottom y colaboradores, donde 377 gestantes (16%) tenía depresión (Sidebottom et al., 2017); al de estudio de Bitew y colaboradores, donde 387 gestantes (29,5%) tenía depresión (Bitew et al.,

2016); y mucho más distinto al estudio de Castilla, donde 2978 gestantes (38,05%) tenía depresión moderada-severa (Castilla, 2023). Mencionando al estudio realizado en un hospital de Arequipa, este tuvo una muestra de 328 gestantes del tercer trimestre, utilizó la escala de depresión de Hamilton y fue un estudio descriptivo transversal; el ejecutado al Noreste de Etiopía abarcó 938 gestantes del tercer trimestre, usó la Escala de depresión posparto de Edimburgo y tuvo un diseño de cohorte prospectiva; el realizado al Sur de Etiopía tuvo 1311 mujeres entre el segundo y tercer trimestre, utilizó el PHQ-9 y tuvo un diseño transversal; el elaborado en Estados Unidos tuvo 2341 gestantes de cualquier edad gestacional, utilizó también el PHQ-9 con diseño de cohorte retrospectiva; mientras que el estudio peruano que analizó una base secundaria tuvo una muestra de 7933 gestantes, utilizó del mismo modo el PHQ-9 y utilizó un diseño observacional analítico. Estas diferencias en el número y la frecuencia de gestantes con depresión se explican principalmente por las características de la población y herramienta utilizada para detectar depresión, ya que solo tres estudios utilizaron el PHQ-9 mientras que los demás se valieron de otros instrumentos, esto podría generar que sobreestime o subestime la variable de interés debido a desigualdades en la detección de la depresión; por otro lado, el tamaño de la muestra que depende en gran parte de la metodología del estudio hizo que todos tuvieran un tamaño de muestra bastante distinto, siendo dos cohortes, dos transversales y un observacional analítico, lo cual genera mayor o menor representatividad de los datos obtenidos, por lo que es imposible obtener resultados similares. Todo esto conlleva a que en un futuro se estandarice de la manera más óptima los instrumentos a utilizar, así como los diseños metodológicos, para obtener datos que sean extrapolables y replicables en futuros estudios.

Finalmente, en nuestro estudio se encontró que la frecuencia de un inadecuado número de controles prenatales fue de 42,9%, siendo esta frecuencia (42 gestantes) mayor en aquellas que tienen depresión, evidenciándose una asociación estadísticamente significativa. Nosotros definimos un número adecuado de controles prenatales cuando estos son mayores iguales a 6 controles, y número inadecuado de controles prenatales cuando estos son menores a 6 controles, según el MINSA. Sin embargo, las diferencias metodológicas respecto a los controles prenatales se encuentran en los antecedentes como en Beyene y colaboradores que consideraron las visitas de atención prenatal inadecuada cuando estas son menores a 4 controles (Beyene et al., 2023). Sidebottom y colaboradores utilizaron el índice de adecuación de la utilización de la atención prenatal para agrupar en “adecuado” y “menos que adecuado” a los controles prenatales (Sidebottom et al., 2017). Bitew y colaboradores utilizaron 4 dimensiones para definir la atención prenatal, donde la frecuencia de las visitas de atención prenatal se expresó como la relación entre el número de visitas de atención prenatal reales y el número total de visitas de atención prenatal recomendadas por la OMS para la edad gestacional (Bitew et al., 2016). Castilla consideró a la atención prenatal inadecuada al número menor de 8 controles según la OMS (Castilla, 2023), y, por último, Moscoso y Villena al ser un estudio observacional descriptivo su variable fue el número de controles prenatales con punto de corte menor a 6 y mayor igual a 6 controles (Moscoso & Villena, 2021).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES

- Se determinó que existe asociación entre la depresión y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.
- Se determinó que de las 140 gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025, la edad media fue 27,2 años; de las cuales la mayoría eran jóvenes (70,7%), con estado civil conviviente (70%), nivel educativo secundario (52,9%), edad gestacional media de 34 semanas, con número de controles prenatales promedio de 6, existiendo un predominio de gestantes con un número de controles prenatales adecuado (57,1%), demorando en llegar al centro de salud una media de 22 minutos. Por otro lado, la media de hijos de las gestantes fue 1, encontrándose que mayoritariamente no habían tenido hijos (42,9%). Evaluando el puntaje obtenido en el PHQ-9 para detectar depresión, la media fue 6.7 puntos, detectándose que la mayoría no tenían depresión (60%) según el punto de corte de nuestro estudio; mientras que, según la gravedad, predominó la ausencia del trastorno (44,3%), y la depresión moderada (30%). Por último, en el puntaje obtenido en el WAST para tamizar la violencia de pareja, la media fue de 8,9 puntos; encontrándose casi en su totalidad un tamizaje negativo (96,4%).
- Se determinó que de las 60 gestantes del tercer trimestre que tenían un número de controles prenatales inadecuado, atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025, la edad media fue 27,4 años, de las cuáles la mayoría eran jóvenes (73,3%), estado civil conviviente (63,3%), nivel educativo secundario

- (51,7%), edad gestacional promedio de 32,6 semanas, con un número de hijos que en promedio fue 1, donde la mayoría tenía entre 1 a 2 hijos (48,3%), con una media de puntaje obtenido en el WAST de 9 puntos siendo la mayoría un tamizaje negativo (96,7%) y demorando en llegar al centro de salud una media de 22 minutos. Además, no existe asociación bivariada estadísticamente significativa entre ninguna de estas covariables y el número inadecuado de controles prenatales.
- Se determinó que de las 56 gestantes del tercer trimestre con depresión prenatal atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025, la edad media fue 26,9 años, de las cuáles la mayoría eran jóvenes (75%), estado civil conviviente (62,5%), nivel educativo secundario (50%), edad gestacional promedio de 33,3 semanas, con un número de hijos que en promedio fue 1, donde la mayoría tenía entre 1 a 2 hijos (44,6%), con una media de puntaje obtenido en el WAST de 9,4 puntos siendo la mayoría un tamizaje negativo (92,9%) y demorando en llegar al centro de salud una media de 20 minutos. Además, no existe asociación bivariada estadísticamente significativa entre ninguna de estas covariables y la depresión prenatal.
 - La frecuencia de depresión en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025 para el grupo que tenía un número de controles prenatales inadecuado fue del 70% que representan 42 de las 60 gestantes; mientras que en el grupo que tenía un número de controles prenatales adecuado, la frecuencia de depresión fue del 17,5% que representan 14 de 80 gestantes.
 - Nuestro estudio evidenció que existe diferencias significativas de las proporciones analizadas mediante la prueba Chi-cuadrado ($p < 0,001$), lo que significa que existe

- asociación entre la depresión prenatal y el número de controles prenatales inadecuado en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.
- Se demostró que existe asociación entre la puntuación PHQ-9 y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.
 - Se demostró que existe asociación entre la gravedad de la depresión y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025.
 - Se evidenció mediante el modelo de Regresión de Poisson simple y ajustado, que existe asociación entre la depresión prenatal y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025; ya que las gestantes con depresión prenatal tuvieron 11 veces más posibilidades (OR=11.00, IC95%: 5.08-25.23) de tener un número de controles prenatales inadecuado en comparación de las gestantes que no tenían depresión. Al momento de ajustar con las covariables, este efecto se mantuvo siendo que el grupo con depresión tuvo 17 veces la probabilidad (OR=17.6, IC95% 6.63 – 53.74) de tener un inadecuado control, siendo igualmente estadísticamente significativo ($p < 0.001$)
 - Se evidenció mediante el modelo de Regresión de Poisson simple y ajustado, que existe asociación entre la gravedad de la depresión prenatal y el inadecuado número de controles prenatales en gestantes atendidas en el centro de salud Yugoslavia entre noviembre 2024 y enero 2025; ya que las gestantes con depresión moderadamente

grave tuvieron 10.60 veces más posibilidades (OR=10.60, IC95%: 4.43 – 27.26) de tener un inadecuado número de controles prenatales. Al momento de ajustar con covariables, las gestantes con depresión moderada y moderadamente grave tuvieron 11.70 veces la probabilidad (OR=17.6, IC95%: 4.42 – 34.17) de tener un inadecuado número de controles prenatales, indicando que el efecto se mantuvo siendo igualmente estadísticamente significativo ($p < 0.001$).

2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar tamizajes tempranos de depresión en gestantes del tercer trimestre como lo indica la resolución ministerial N°120-2024, y de esta forma sean tratadas en el primer nivel de atención según su gravedad en el establecimiento de salud o ser derivadas, además de reducir la probabilidad de que la gestante no acuda regularmente a sus citas. Esto promueve una mejor eficiencia en el sistema de salud y puede reducir potencialmente la morbilidad, la mortalidad y el costo.
- Se recomienda realizar intervenciones en el primer nivel de atención enfocadas a la detección, prevención y manejo de la depresión prenatal en gestantes el tercer trimestre, teniendo en cuenta la gravedad de la depresión.
- Se recomienda fomentar en los profesionales de la salud la utilización de guías de práctica clínica actualizadas en salud mental para la identificación de la depresión en el tercer trimestre, así como una estandarización en los instrumentos de detección que sean respaldados por la evidencia científica, y enfocarse sobre todo en aquellas gestantes que tengan una gravedad de la depresión moderada o mayor, ya que la gravedad se asocia a un menor número de controles prenatales.

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2018). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5ta Edición). Editorial Médica Panamericana.
- ASALE, R.-, & RAE. (s. f.). *Edad / Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado 4 de julio de 2024, de <https://dle.rae.es/edad>
- Becker, M., Weinberger, T., Chandy, A., & Schumaker, S. (2016). Depression During Pregnancy and Postpartum. *Current Psychiatry Reports*, 18(3), 32. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0664-7>
- Beyene, G., Azale, T., Gelaye, K., & Ayele, T. (2023). Effect of antenatal depression on ANC service utilization in northwest Ethiopia. *Scientific Reports*, 13(1), 14443. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-37382-9>
- Binfa, L., Cancino, V., Ugarte, I., Mella, M., Cavada, G., Binfa, L., Cancino, V., Ugarte, I., Mella, M., & Cavada, G. (2018). Adaptación del instrumento WAST para la detección de violencia doméstica en Centros de Salud. *Revista médica de Chile*, 146(3), 331-340. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000300331>
- Bitew, T., Hanlon, C., Kebede, E., Medhin, G., & Fekadu, A. (2016). Antenatal depressive symptoms and maternal health care utilisation: A population-based study of pregnant women in Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 301. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1099-1>
- Castilla, C. (2023). *Síntomas depresivos y una atención prenatal inadecuada: Sub-análisis de la encuesta demográfica y de salud familiar 2015-2019*. <http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/5946>

- Dadi, A., Wolde, H., Baraki, A., & Akalu, T. (2020). Epidemiology of antenatal depression in Africa: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 251. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02929-5>
- Dagher, R., Bruckheim, H., Colpe, L., Edwards, E., & White, D. (2021). Perinatal Depression: Challenges and Opportunities. *Journal of Women's Health*, 30(2), 154-159. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8862>
- Gentile, S. (2017). Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience*, 342, 154-166. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2015.09.001>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019). *Perú: Tipos y ciclos de vida de los hogares. Censos Nacionales 2017: XII de la Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas*. https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1711/libro.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2024). *Resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023*. <https://www.gob.pe/institucion/inei/campa%C3%B1as/64405-resultados-de-la-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-2023>
- Jahan, N., Went, T., Sultan, W., Sapkota, A., Khurshid, H., Qureshi, I. A., Alfonso, M., Jahan, N., Went, T. R., Sultan, W., Sapkota, A., Khurshid, H., Qureshi, I. A., & Alfonso, M. (2021). Untreated Depression During Pregnancy and Its Effect on Pregnancy Outcomes: A Systematic Review. *Cureus*, 13(8). <https://doi.org/10.7759/cureus.17251>
- Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

- Martínez-Paredes, J., & Jácome-Pérez, N. (2019). Depresión en el embarazo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(1), 58-65. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003>
- Ministerio de Salud. (2000). *Instructivo para el Registro de Datos de la Historia Clínica Materno Perinatal*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321816-instructivo-para-el-registro-de-datos-de-la-historia>
- Ministerio de Salud. (2013). *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/198935-827-2013-minsa>
- Ministerio de Salud. (2021). *Guía técnica para el cuidado de la salud mental de mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/3149441-guia-tecnica-para-el-cuidado-de-la-salud-mental-de-mujeres-en-situacion-de-violencia-ocasionada-por-la-pareja-o-expareja>
- Ministerio de Salud. (2024). *Resolución Ministerial N.º 120-2024-MINSA*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5227902-120-2024-minsa>
- Monterrosa-Castro, Á., Romero-Martínez, S., & Monterrosa-Blanco, A. (2023). Positive maternal mental health in pregnant women and its association with obstetric and psychosocial factors. *BMC Public Health*, 23, 1013. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15904-4>
- Moscosso, H., & Villena, M. (2021). *Depresión y factores asociados a la cantidad de controles prenatales durante la pandemia COVID-19 en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital III Goyeneche Arequipa—2021* [Universidad Católica de Santa María]. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/10939>

- Niel, M., & Payne, J. (2020). Perinatal depression: A review. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 87(5), 273-277. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.19054>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Violencia contra la mujer* [Organización Mundial de la Salud]. Violencia contra la mujer. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Pariona, E., Moquillaza, V., García, J., Cuya, E., Pariona, E., Moquillaza, V., García, J., & Cuya, E. (2020). Factores psicosociales asociados a la depresión en gestantes atendidas en un centro materno infantil peruano, 2018. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(5), 494-507. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262020000500494>
- Pearlstein, T. (2015). Depression during Pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29(5), 754-764. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.04.004>
- Sidebottom, A., Hellerstedt, W., Harrison, P., & Jones-Webb, R. (2017). Prenatal care: Associations with prenatal depressive symptoms and social support in low-income urban women. *Archives of Women's Mental Health*, 20(5), 633-644. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0730-0>
- Smith, M., Sanchez, S., Rondon, M., Gradus, J., & Gelaye, B. (2022). Validation of the patient health Questionnaire-9 (PHQ-9) for detecting depression among pregnant women in Lima, Peru. *Current Psychology*, 41(6), 3797-3805. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00882-2>
- Solis, G., Alcalde, G., & Alfonso, I. (2023). Ética en investigación: De los principios a los aspectos prácticos. *Anales de Pediatría*, 99(3), 195-202. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.06.005>

Stewart, D., & Vigod, S. (2019). Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annual Review of Medicine*, 70(Volume 70, 2019), 183-196.

<https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>

UNESCO. (2024). *Perfil de educación de Perú*. <https://siteal.iiep.unesco.org/pais/peru>

World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

World Health Organization. (2022). *WHO Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>

Zeng, Y., Cui, Y., & Li, J. (2015). Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among Chinese women in their third trimester: A cross-sectional survey. *BMC*

Psychiatry, 15, 66. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0452-7>

CAPÍTULO VII: ANEXOS

ANEXO 1: Cálculo del tamaño de muestra

Tamaños de muestra. Comparación de proporciones independientes:

Datos:

| | |
|---------------------------------|---------|
| Proporción esperada en: | |
| Población 1: | 70,000% |
| Población 2: | 90,000% |
| Razón entre tamaños muestrales: | 2,23 |
| Nivel de confianza: | 95,0% |

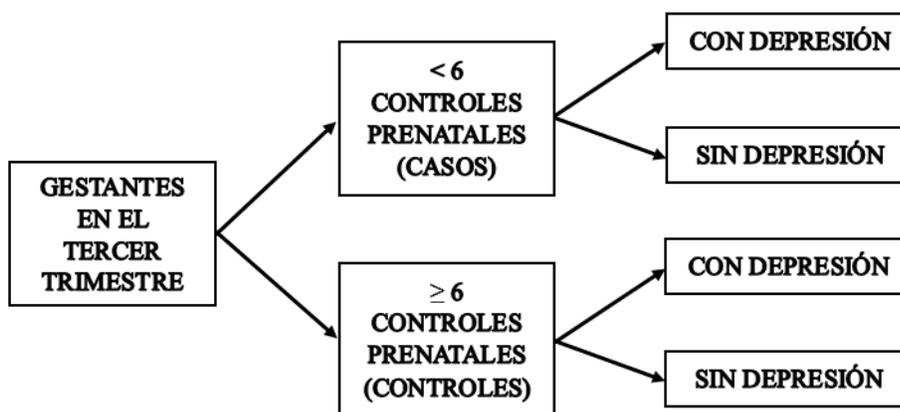
Resultados:

| Potencia (%) | Tamaño de la muestra* | | |
|--------------|-----------------------|-------------|-------|
| | Población 1 | Población 2 | Total |
| 80,0 | 42 | 94 | 136 |

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

Fuente: epidat.

ANEXO 2: Diseño de investigación



Fuente: elaborado por los autores.

ANEXO 3: Constancia de aprobación por el Comité de Ética de la EPMH



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

CONSTANCIA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.

Constancia Nro. 25 - 2024

El presente proyecto de investigación titulado: "DEPRESIÓN EN GESTANTES DEL III TRIMESTRE Y EL INADECUADO CONTROL PRENATAL EN UN ESTABLECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION.", cuyos investigadores son los Bachilleres Asmat Tapia Diana Elizabeth y Timaná Silva Andy Luis, ha sido **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias; pues considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad Nacional del Santa, los lineamientos éticos y científicos, el balance riesgo beneficio, la calificación del equipo investigador, la confidencialidad de los datos, entre otros.

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. Protocolo de investigación versión 02.

Cualquier enmienda, desviación o eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el 05 de setiembre del 2025.

Si aplica, los trámites para renovación deben iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Nuevo Chimbote 05 de setiembre del 2024.

Mg. Guillermo Arana Morales
Presidente del Comité de Ética
en Investigación

ANEXO 4: Autorización para la recolección de datos en el Centro de Salud Yugoslavia

**FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”**

CARTA DE PRESENTACIÓN

Nuevo Chimbote, 4 de Noviembre del 2024

Sra:

Lic. Reyna Margarita Escobedo Zarzosa
Jefa de la Microrred Yugoslavia

**ASUNTO: SOLICITO ACCESO A SALA DE ESPERA DE CONSULTORIO
EXTERNO PARA APLICACIÓN DE ENTREVISTA**

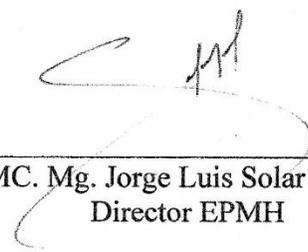
Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo, y al mismo tiempo solicito que a través de su despacho se les autorice y les brinde acceso a la sala de espera de Consultorio Externo a egresados de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Santa para la aplicación de una entrevista privada, información que servirá para el desarrollo de su proyecto de tesis denominado **“DEPRESIÓN EN GESTANTES DEL III TRIMESTRE Y EL INADECUADO CONTROL PRENATAL EN UN ESTABLECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”**, cuyos autores son:

DIANA ELIZABETH ASMAT TAPIA Cod N° 0201724027 DNI N° 71479160
ANDY LUIS TIMANÁ SILVA Cod N° 0201624026 DNI N° 76190336

Motivo por el cual pido a usted les brinde las facilidades necesarias para el desarrollo y ejecución del trabajo de investigación quienes cuentan con la asesoría del Dr. **Armando Deivi More Valladares**.

Con la seguridad de su apoyo y comprensión, le reitero mi consideración y estima personal.

Atentamente


MC. Mg. Jorge Luis Solar Rosell
Director EPMH



ANEXO 5: Consentimiento informado

Fecha: / /

Instituciones: Universidad Nacional del Santa y Centro de Salud Yugoslavia

Investigadores: Diana Asmat Tapia y Andy Timaná Silva, egresados de la Universidad Nacional del Santa.

Título del estudio: “DEPRESIÓN EN GESTANTES DEL III TRIMESTRE Y EL INADECUADO CONTROL PRENATAL EN UN ESTABLECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

Estimada señora:

Se le propone participar en un estudio local de pacientes gestantes del tercer trimestre. Antes que decida participar del estudio es importante que usted sepa por qué se hace esta investigación

El propósito de este documento es proveer información a las participantes de la investigación y los beneficios. Es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Nacional del Santa y aprobado por el comité de ética en investigación de la misma universidad y autorizado para su ejecución.

El propósito del estudio es determinar la asociación entre depresión en gestantes del tercer trimestre y el inadecuado control prenatal. Este estudio permitirá obtener conclusiones que nos ayuden en la detección temprana de la depresión. Si usted decide participar se le asignará una entrevista para ser evaluada por los investigadores, se estima que se completará la evaluación de cada paciente en un promedio de 30 minutos.

Procedimientos:

Si usted acepta participar, se recopilará la información en una ficha de datos. Se procederá a realizar lo siguiente:

1. Una entrevista privada

Riesgo de procedimiento:

La entrevista puede incluir preguntas incómodas para la participante.

Beneficios:

Usted como paciente se beneficiará con un afiche informativo sobre la importancia de la salud mental durante la gestación, y los beneficios de tener un adecuado control prenatal, que se donará al centro de salud Yugoslavia.

Costos e incentivos:

Usted no realizará ningún pago por la entrevista a realizar ni recibirá compensación alguna por su participación en el estudio.

Confidencialidad:

Todos los datos que sean tomados (con su autorización) serán confidenciales. Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

La información obtenida será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor conocimiento de la depresión gestacional. Se contará con el permiso del Comité Institucional de Ética de la Universidad Nacional del Santa cada vez que se requiera el uso de dichos datos.

Derechos del paciente:

Si usted acepta participar en este estudio, se le pide amablemente que complete el resto de este documento (por favor fêchelo y firmelo). Debe obtenerse su consentimiento antes de realizar cualquier forma de registro. Usted recibirá una copia del consentimiento informado y puede pedir información adicional en cualquier momento durante el registro.

La participación es voluntaria. Su tratamiento y la actitud de su médico hacia usted no se afectarán si decide no participar en el estudio. Usted en cualquier momento puede retirarse del estudio.

Si usted tiene alguna duda adicional, llamar a Diana Asmat Tapia (investigador principal) al teléfono 943260276 o puede realizar sus preguntas en cualquier momento de su participación en la entrevista. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Universidad Nacional del Santa mediante el correo comite-etica-epmh@uns.edu.pe y realizar su descargo.

Consentimiento:

Nombre y Apellido de la participante:

_____ **Fecha y Hora:** _____

Firma de la participante: _____

Nombre y apellido del Investigador:

_____ **Fecha y hora:** _____

Firma del investigador: _____

ANEXO 6: Ficha de recolección de datos y cuestionarios

N° de ficha: _____

Fecha: _____

| I. DATOS PERSONALES | | | |
|---|---|-----------------------|-------------------------------|
| Edad materna | _____ años. | | |
| Estado civil | Soltera () Casada () Divorciada () Separada () Viuda () | | |
| Nivel educativo | Analfabeta () Inicial () Primaria () Secundaria () Superior () | | |
| Tiempo que demora en llegar al establecimiento | | | |
| II. DATOS OBSTÉTRICOS | | | |
| Edad gestacional | _____ semanas. | | |
| Número de hijos vivos | _____ hijo(s). | | |
| Numero de controles prenatales | _____ CPN | Inadecuado () | Adecuado () |
| Depresión prenatal | _____ puntos | Sin depresión () | Con depresión () |
| Gravedad de los síntomas depresivos | | 0 - 4 | Ausencia del trastorno |
| | | 5 - 9 | Depresión leve |
| | | 10 - 14 | Depresión moderada |
| | | 15 - 19 | Depresión moderadamente grave |
| | | 20 - 27 | Depresión grave |
| Violencia de pareja | _____ puntos | Tamizaje positivo () | Tamizaje negativo () |

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) – Versión español

En los últimos 14 días, es decir entre el _____ y el día de ayer, usted ha sentido molestias o problemas como:

| | Para nada | Varios días (1 a 6 días) | La mayoría de días (7 a 11 días) | Casi todos los días (12 a más días) |
|--|-----------|--------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| ¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ¿Sentirse desanimada, deprimida, triste o sin esperanza? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ¿Poco apetito o comer en exceso? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| ¿Sentirse mal acerca de sí misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Total: | | | | |

Woman Abuse Screening Tool (WAST) – Versión Español

| CUESTIONARIO | | | PUNTAJE |
|----------------------|---|----------------------------------|------------------------------|
| 1 | En general ¿Cómo describiría su relación de pareja? | | |
| | Estresante (3 puntos) | Un poco estresante (2 puntos) | Nada estresante (1 punto) |
| 2 | Usted y su pareja resuelven las discusiones con: | | |
| | Mucha dificultad (3 puntos) | Algo de dificultad (2 puntos) | Sin dificultad (1 punto) |
| 3 | Al terminar las discusiones usted ¿Se siente decaída o mal con usted misma? | | |
| | Muchas veces (3 puntos) | A veces (2 puntos) | Nunca (1 punto) |
| 4 | Las discusiones ¿terminan en golpes, patadas o empujones? | | |
| | Muchas veces (3 puntos) | A veces (2 puntos) | Nunca (1 punto) |
| 5 | ¿Hay situaciones en las cuales ha sentido miedo de las reacciones de su pareja? | | |
| | Muchas veces (3 puntos) | A veces (2 puntos) | Nunca (1 punto) |
| 6 | Su pareja ¿controla el dinero que usted gasta, o la obliga a realizar trabajo en exceso? | | |
| | Muchas veces (3 puntos) | A veces (2 puntos) | Nunca (1 punto) |
| 7 | Su pareja ¿la insulta, grita, humilla o descalifica verbalmente? | | |
| | Muchas veces (3 puntos) | A veces (2 puntos) | Nunca (1 punto) |
| 8 | ¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas? | | |
| | Muchas veces (3 puntos) | A veces (2 puntos) | Nunca (1 punto) |
| Puntaje total | | | |