

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**NIVEL DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD “LA TULPUNA” DURANTE
EL PERIODO DE PANDEMIA. CAJAMARCA 2020.**

**Para optar el título profesional
de Obstetra**

Presentado por el bachiller:

Junchaya Goicochea, Martín Eugenio

Asesora:

Dra. Obsta. Silvia Isabel Sánchez Mercado

Cajamarca–Perú

2020

Copyright © 2021 by
Martín Eugenio Junchaya Goicochea
Derechos Reservados

SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

Angélica, por ser la mejor mamá del mundo y por ser mi apoyo incondicional, a mi papá, Martín, por ser la fortaleza de la familia.

Mis abuelos: María, Mario, Augusto y Petronila, que está en el cielo, y demás familiares, por su apoyo y comprensión.

Mis hermanos, Fabricio y Piero, por ser el motor de mi vida para poder salir adelante.

Martín

SE AGRADECE A:

Dios, por la vida y sus bendiciones.

La Universidad Nacional de Cajamarca, mi Alma Máter, por formar parte de mi vida académica la cual encaminó mi desarrollo como profesional de Obstetricia.

Los docentes, por las enseñanzas y experiencias brindadas.

Mi asesora Dra. Obsta. Silvia Sánchez Mercado, por el tiempo dedicado, apoyo y orientación en el desarrollo de esta investigación.

Martín

LISTA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
LISTA DE CONTENIDOS.....	v
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I	11
EL PROBLEMA.....	11
1.1. Planteamiento del problema:.....	11
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Objetivos	14
1.3.1. Objetivo general	14
1.3.2. Objetivos específicos.....	14
1.4. Justificación.....	14
CAPÍTULO III	41
DISEÑO METODOLÓGICO	41
3.1. Diseño y tipo de estudio.....	41
3.2. Área de estudio	41
3.3. Población.....	41
3.5. Unidad de análisis	43
3.6. Criterios de inclusión	43
3.7. Criterios de exclusión	43
3.8. Procedimientos y técnicas de recolección de datos	43
3.9. Descripción del instrumento.....	44
3.10. Procesamiento y análisis de datos.....	45
3.11. Principios éticos.....	46

CONCLUSIONES.....	62
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

RESUMEN

Las emergencias sanitarias mundiales como la provocada por el COVID – 19 pueden generar problemas psicológicos; por lo cual se planteó el objetivo de comparar el nivel de depresión, ansiedad y estrés de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna durante el periodo de pandemia, en Cajamarca - 2020, fue de tipo no experimental, corte longitudinal y prospectivo, realizada en 38 gestantes, se aplicó el instrumento para la recolección de datos titulado Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21). Los principales resultados fueron: las características sociodemográficas predominantes de la población están tener una edad de 18 a 25 años (55,3%), estado civil conviviente (65,8%), grado de instrucción secundaria completa (31,6%), ocupación ama de casa (78,9%) y religión católica (81,6%); entre las condiciones obstétricas representativas durante la segunda fase y tercera fase de transmisión estuvieron cursar el segundo trimestre (92,1 %) primer y tercer trimestre (100,0%) respectivamente, además de ser secundíparas (39,5%). En cuanto a los niveles de depresión de las gestantes, se determinó que fueron más altos en la tercera fase de transmisión de la pandemia, en comparación a la segunda fase ($p=0,001$); encontrándose casos principalmente de depresión leve (28,9%) y moderada (18,4%). Respecto a los niveles de ansiedad de las gestantes fueron más altos en la tercera fase de transmisión de la pandemia, en comparación a la segunda fase ($p=0,001$); hallándose casos sobre todo de ansiedad leve (39,5%) y moderada (13,2%). Y finalmente, los niveles de estrés de las gestantes fueron más altos en la tercera fase de transmisión de la pandemia, en comparación a la segunda fase ($p=0,000$); existiendo casos especialmente de estrés leve (13,2%). Por lo que se llegó a la conclusión de afirmar la hipótesis, señalando que sí existe incremento en el nivel de depresión, ansiedad y estrés en las gestantes atendidas en el Centro de Salud “La Tulpuna” durante el periodo de la pandemia, en Cajamarca - 2020.

Palabras claves: Nivel de depresión, ansiedad, estrés, pandemia, fases de transmisión, gestantes.

ABSTRACT

Global health emergencies such as the one caused by COVID - 19 can generate psychological problems; Therefore, the objective of comparing the level of depression, anxiety and stress of pregnant women treated at the La Tulpuna Health Center during the pandemic period, in Cajamarca - 2020, was set. It was non-experimental, longitudinal and prospective, performed in 38 pregnant women, the instrument for data collection entitled Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21) was applied. The main results were: the predominant sociodemographic characteristics of the population are having an age of 18 to 25 years (55,3%), cohabiting marital status (65,8%), complete secondary education (31,6%), occupation housewife (78,9%) and Catholic religion (81,6%); Among the representative obstetric conditions during the second and third phase of transmission were the second trimester (92,1%), first and third trimesters (100,0%) respectively, in addition to being secondary (39,5%). Regarding the levels of depression in pregnant women, it was determined that they were higher in the third phase of transmission of the pandemic, compared to the second phase ($p = 0.001$); finding cases mainly of mild depression (28,9%) and moderate (18,4%). Regarding the anxiety levels of pregnant women, they were higher in the third phase of transmission of the pandemic, compared to the second phase ($p = 0,001$); finding cases above all of mild (39,5%) and moderate (13,2%) anxiety. And finally, the stress levels of pregnant women were higher in the third phase of transmission of the pandemic, compared to the second phase ($p = 0.000$); there are especially cases of mild stress (13,2%). Therefore, it was concluded to affirm the hypothesis, noting that there is an increase in the level of depression, anxiety and stress in pregnant women treated at the "La Tulpuna" Health Center during the period of the pandemic, in Cajamarca - 2020.

Keywords: Depression level, anxiety, stress, pandemic, transmission phases, pregnant people.

INTRODUCCIÓN

La pandemia del COVID 2019 ha provocado que la población en general presente problemas psicológicos como ansiedad, depresión y estrés. A pesar que día tras día se ha incrementado el conocimiento sobre el SARS – CoV - 2, este solo se centra en los aspectos genéticos y epidemiológicos, dejando de lado la repercusión en la salud mental que este genera, principalmente en grupos de riesgo como las embarazadas (1,2).

Por sí solo, el proceso de gestación provoca en las mujeres ansiedad y estrés, originada por el desconocimiento de lo que ocurre en el organismo durante el embarazo, los signos o síntomas de alarma que podrían complicar su salud y lo que ocurrirá durante el parto, sin mencionar lo que piensa respecto al futuro, al ejercer su maternidad y a lo largo del crecimiento de su bebé. A esto se añade actualmente, la coyuntura mundial originada por la enfermedad del coronavirus (COVID-19), induciendo a las mujeres embarazadas a sentir preocupación por contagiarse, por lograr recibir atención de los servicios de salud y ante la situación económica en las familias generadas por las medidas de confinamiento que tomó el gobierno central, ocasionando cuadros de depresión, ansiedad y estrés, las cuáles afecta principalmente a la salud mental de las madres gestantes y lactantes. Los efectos que puede generar estas situaciones de estrés, ansiedad y depresión durante la etapa prenatal son diversos, siendo exacerbados por la situación de pandemia. Estas consecuencias se asocian a complicaciones obstétricas como abortos, partos prematuros, preeclampsia, entre otros; daños en el desarrollo fetal como bajo peso, etc.; así como también, puede provocar un proceso de lentificación de la madurez del niño que a lo largo puede acarrear problemas emocionales y de comportamiento durante la infancia y la adolescencia (3,4).

Frente a esta perspectiva, la salud mental de la mujer gestante, debe ser parte indispensable en la evolución de la salud integral, siendo esta un indicador para el desarrollo sostenible, puesto que las personas mentalmente saludables confían y cuidan su propia salud, esto sirve para aprender y afrontar las presiones cotidianas, contribuyendo positivamente con sus familias, la comunidad y la sociedad. Razón por la cual en el presente estudio se tuvo como objetivo Comparar el nivel de depresión, ansiedad y estrés de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna durante el periodo de la pandemia, en Cajamarca - 2020.

Para ello, la presente tesis se encuentra estructurada de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA, donde se detalla el planteamiento y formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO, en el que se adjunta los antecedentes y las teorías de la investigación, así como la hipótesis y la definición y operacionalización de las variables.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO, el que muestra el diseño y tipo de estudio, población y muestra de la investigación, el instrumento de recolección de datos utilizado y la forma de procesamiento y análisis de los datos recogidos en la investigación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN, en el

cual se presentan las tablas de frecuencia y los indicadores estadísticos utilizados para el análisis de los resultados; así como también, la discusión de estos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES, finalmente, se expone las conclusiones a las que se llegó con el trabajo de investigación y algunas recomendaciones dirigidas a diferentes entidades de la región, las cuales están enfocadas a enfrentar a tan grave problema de salud pública

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema:

El 31 de diciembre del 2019 se marcó un hito en la historia a nivel mundial, el cual fue causado por el brote de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) (1). El rápido incremento de los casos confirmados y muertes ha provocado que la población en general presente problemas psicológicos como ansiedad, depresión y estrés. Pese a que día tras día se incrementa el conocimiento sobre el COVID - 19, este solo se centra en los aspectos genéticos y epidemiológicos dejando de lado la repercusión en la salud mental que este genera, principalmente en grupos de riesgo como las embarazadas (2).

Es importante cuidar la salud mental durante el embarazo o el período perinatal, ya que las alteraciones psicológicas pueden tener repercusiones en la salud física de la gestante y la del bebé a lo largo de toda su vida (5), más aún en el contexto actual que se atraviesa debido a la pandemia provocada por el SARS-CoV-2.

Un claro ejemplo de lo que estas situaciones de emergencias sanitarias puede provocar en la población se registra en el año 2003, debido al brote del síndrome respiratorio agudo grave (SARS) donde se informaron problemas de salud mental estos incluyeron depresión persistente, ansiedad, ataques de pánico e incluso tendencias suicidas, además indicaron que las personas mayores y personas con enfermedades crónicas, niños, adolescentes, proveedores de salud pueden presentar mayor nivel de estrés (6).

China realizó una investigación en sus 194 ciudades en la cual reportaron que el 16.5% tenían síntomas depresivos moderados a severos, 28.8% señaló síntomas de ansiedad moderada a severa, y un 8.1% de personas informaron niveles de estrés moderados a severos (7). En España por su lado, manifestaron que los niveles de depresión, ansiedad y estrés han sido bajos en general al principio de la alarma, pero se prevé que la sintomatología aumentará según vaya transcurriendo el confinamiento (8).

En Sudamérica, los países como Colombia indicaron que existen casos de estrés, temor, ansiedad, pérdida del sueño, consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas y aumento de situaciones de violencia, las cuales son algunas de las consecuencias generadas por la pandemia y como resultado de tener una vida en cuarentena (9). Chile, gracias a su estudio, determinó que los principales motivos de consulta por su plataforma virtual fueron: ansiedad (38%), seguido por estrés (20%) y luego depresión (15%). Además, otro dato preocupante brindado por la Asociación Psiquiátrica Americana señala que el 15% de las personas que sufrieron depresión, en algún momento intentaron suicidarse (10).

En Perú, el 06 de marzo del 2020 se registró el primer caso de SARS - CoV - 2, muchas medidas fueron establecidas desde el Gobierno Central, entre estas la cuarentena. Pese a los esfuerzos mostrados, día a día esta cifra va en aumento por lo cual podría generar crisis para el sistema de salud. Sin embargo, también existe preocupación en la población por la exposición al virus en la calle o el transporte público, también por la falta de ingresos económicos, el acceso a los servicios de salud y las medidas de prevención tomados por el gobierno; situaciones que se ven reflejadas en el incremento de los niveles de estrés, depresión, ansiedad, confusión y temor (11). Cifras reveladas por la Defensoría del pueblo indicaron que hubieron más de 4 millones de personas con algún tipo de problema en la salud mental, es decir un 15% (12). Las enfermedades neuropsiquiátricas representan al 17,5% del total de carga de enfermedad, encontrándose en primer lugar y produciendo una pérdida de 1 010 594 años de vida saludable (AVISAS), es decir, 33,5 años perdidos por cada mil habitantes (MINSa, 2014). La cantidad de AVISAS perdidos por discapacidad (894 376) es mayor que aquella perdida por mortalidad prematura. Se estima que, en el Perú existen 295 mil personas con limitaciones permanentes para relacionarse con los demás por dificultades en sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas. De éstas, el 67,8% (200 mil personas) presenta discapacidad moderada y severa (INEI, 2013). El problema de salud mental que mayor carga de enfermedad genera es la depresión unipolar, que causa la pérdida de 224 535 AVISAS (3,9% del total), determinando 7,5 años perdidos por cada mil habitantes, especialmente en el componente de discapacidad (13).

Por otro lado, el embarazo es una etapa donde se genera situaciones de tensión y ansiedad, causados por una serie de adaptaciones que puede ser desequilibrante para la madre (14), en relación a la ansiedad esta se puede manifestar en más del 13% de las gestantes, siendo esta la causa de morbilidad psiquiátrica más común en esta etapa (15). Además de los cambios fisiológicos que suelen ocurrir durante el embarazo, las gestantes tienen que soportar toda la carga mental de la coyuntura, pudiendo generar una serie de complicaciones tanto para la madre como para el feto. En la madre se puede observar el deterioro del autocuidado y el aumento de conductas de riesgo como el consumo de tabaco y alcohol, incrementando el riesgo de preeclampsia y otras patologías que amenazan su bienestar; para el feto, se puede evidenciar casos de parto prematuro, deterioro del sistema nervioso fetal, Apgar bajo al nacer (3 - 7 puntos), recién nacido con talla baja para edad gestacional, entre otros (15,16); peor aún ocurrirá, si a esto se añade un factor estresante más provocado por la coyuntura de la pandemia actual

Respecto a Cajamarca, se ha registrado durante el periodo del 30 de abril al 19 de julio del 2020, un total de 167 casos de gestantes infectados por la enfermedad del Coronavirus (COVID -19), siendo la población más afectada los jóvenes con un 59% (106), seguido por la población adulta con un 36% (65), y finalmente los adolescentes con 5% (9), el lugar de contagio más frecuente fue el origen comunitario, y según el tipo de ocupación, la ama de casa fue el sector más vulnerable con 99 casos (17).

En ese sentido, al no existir estudios a nivel local sobre el impacto emocional que provoca la pandemia en la población, principalmente en las mujeres embarazadas, se realizó la presente investigación para determinar el nivel de depresión, ansiedad y estrés en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, así como determinar si estos niveles se incrementaron durante las fases de transmisión de la pandemia.

1.2. Formulación del problema

¿Existe incremento en el nivel de depresión, ansiedad y estrés de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna durante el periodo de la pandemia, en Cajamarca - 2020?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Comparar el nivel de depresión, ansiedad y estrés de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna durante el periodo de la pandemia, en Cajamarca - 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir las características socio demográficas de las gestantes en estudio.
- Identificar las condiciones obstétricas de la población gestante.
- Comparar los niveles de depresión de las gestantes entre la segunda y tercera fase de transmisión del periodo de pandemia por SARS - CoV – 2.
- Comparar los niveles de ansiedad de las gestantes entre la segunda y tercera fase de transmisión del periodo de pandemia por SARS - CoV – 2.
- Comparar los niveles de estrés de las gestantes entre la segunda y tercera fase de transmisión del periodo de pandemia por SARS - CoV – 2.

1.4. Justificación

El proceso de gestación provoca en las mujeres, sobre todo en las primerizas, ansiedad y estrés, originada por el desconocimiento de lo que ocurre en el organismo durante el embarazo, los signos o síntomas de alarma que podrían complicar su salud y lo que ocurrirá durante el parto, sin mencionar lo que piensa respecto al futuro, al ejercer su maternidad y a lo largo del crecimiento de su bebé.

Además, la coyuntura mundial originada por la enfermedad del coronavirus (COVID-19), ha provocado que la población, principalmente las mujeres embarazadas, sientan preocupación por contagiarse y por lograr recibir atención de los servicios de salud, a ello se suma la intranquilidad que generó la pandemia a nivel económico en las familias por las medidas que ha venido tomando el gobierno, pudiendo generar cuadros de depresión, ansiedad y estrés, las cuáles

afecta principalmente a la salud mental de las madres gestantes y lactantes.

En ese sentido, la presente investigación beneficia a las mujeres y a sus familias, puesto que se identificó si la situación actual de pandemia ha provocado el incremento de los niveles de ansiedad, estrés y depresión en las gestantes; para que, de esta manera, se desarrollen y refuercen las estrategias que les permita manejar estas situaciones, teniendo como prioridad la vigilancia de su salud y la del niño por nacer y orientándola a tomar medidas de autocuidado.

Frente a esta perspectiva, la salud mental de la mujer gestante, debe ser parte indispensable en la evolución de la salud integral, siendo esta un indicador para el desarrollo sostenible, puesto que las personas mentalmente saludables confían y cuidan su propia salud, esto sirve para aprender y afrontar las presiones cotidianas, contribuyendo positivamente con sus familias, la comunidad y la sociedad.

Es así que, en coordinación con el equipo de atención de salud, así como el área de psicología, se logrará mejorar la calidad de vida de la población gestante frente a esta pandemia; además, el sistema de salud podrá fortalecer sus esfuerzos, principalmente en la población vulnerable, como es el caso de las gestantes, desarrollando actividades que promueva la salud mental.

Finalmente, la investigación es pertinente pues se está generando evidencia científica para la comunidad, teniendo en cuenta ejes temáticos de prioridad, cómo es la salud materna y el COVID 19, la cual es una enfermedad que recién se está conociendo, sirviendo como base a futuras investigaciones enfocadas en el tema.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Wu y cols. (China 2020), en su investigación buscaron examinar el impacto del brote de enfermedad de coronavirus de 2019 en la prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad y los factores de riesgo correspondientes entre las mujeres embarazadas en China; realizaron un estudio multicéntrico transversal para identificar problemas de salud mental durante el embarazo utilizando la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Los resultados fueron que las mujeres embarazadas evaluadas después de la declaración de la epidemia de la enfermedad por coronavirus de 2019 tenían tasas significativamente más altas de síntomas depresivos (26,0% frente a 29,6%, $p = 0,02$) que las mujeres evaluadas antes de la declaración de la epidemia. Estas mujeres también eran más propensas a tener pensamientos de autolesión ($p = 0,005$). Las mujeres embarazadas que tenían bajo peso antes del embarazo, primíparas, menores de 35 años, empleadas a tiempo completo, en la categoría de ingresos medios y que tenían un espacio adecuado para vivir tenían un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos y de ansiedad durante el brote. Concluyendo que los eventos de salud pública que amenazan la vida, como el brote del SARS - CoV - 2, pueden aumentar el riesgo de enfermedad mental entre las mujeres embarazadas, incluidos los pensamientos de autolesión (18).

López P y cols. (Chile 2020), realizaron una revisión narrativa de diferentes investigaciones indexadas con la finalidad de analizar la evidencia científica existente durante la pandemia sobre los riesgos maternos y perinatales relacionados con el COVID-19. Entre los diferentes resultados señalados por los autores, exponen que los escasos estudios muestran un significativo aumento de síntomas de depresión y ansiedad en las mujeres gestantes, puesto que el contexto de urgencia, de alarma, de estado de catástrofe, altera a toda la población y, en este sentido, las gestantes son altamente sensibles. Por lo que llegaron a la

conclusión que el contexto COVID-19 aporta varios desafíos para la práctica de la matronería: implementación de métodos de prevención del contagio a la gestante y a su entorno cercano; adecuación de la preparación al parto en caso de positividad; prevención del estrés y desgaste emocional materno desde el inicio de la gestación hasta el postparto; adecuación de cuidados al recién nacido y evaluación de nuevos protocolos (19).

Osma S y cols. (Colombia 2019), en su investigación la cual tenía como objetivo determinar la prevalencia de depresión y ansiedad gestacional, así como sus variables asociadas en mujeres de Bucaramanga y Floridablanca, fueron un total de 244 gestantes las que participaron en dicho estudio, presentaron una edad promedio de 24.8 años, la prevalencia de depresión y ansiedad fueron de 24.6% y 25.8% respectivamente, la depresión se encontraba asociada con antecedentes familiares de depresión, la presencia de ansiedad con el consumo de alcohol, presencia de violencia psicológica y no tener confianza en su pareja; llegando a la conclusión de que la ansiedad y depresión están fuertemente relacionadas (20).

Ramos B y cols. (México 2019), realizaron una investigación con el objetivo de describir la prevalencia de depresión en mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en el Hospital Rural IMSS – Prospera, región Huasteca Sur, Tamazunchale. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal; se realizó un muestreo por conveniencia, con 50 gestantes; recolectándose la siguiente información: el 32% de gestantes son adolescentes con edad promedio de 17 años, el 68% se encuentra en el tercer trimestre de embarazo y el 32% en el segundo trimestre; en relación a los factores de riesgo de depresión, 18% presenta antecedentes familiares, 16% cursa un embarazo no deseado. En la puntuación global de la escala de Edimburgo, el 8% presenta sospecha de depresión. Llegando a la conclusión de que la detección oportuna de depresión en gestantes favorece a una atención integral para el binomio madre - hijo (21).

De Molina y cols. (España 2015), su investigación tuvo como objetivo conocer el nivel de ansiedad y miedos ante el parto de 78 gestantes, en relación al Apgar, peso del neonato, la percepción del dolor de parto y la forma de finalizar el mismo. Se midió la variable ansiedad con el Cuestionario Ansiedad - Estado de Spielberg y con una Escala Visual Analógica, con la que se midió también la percepción del dolor y su alivio. Para medir los miedos se confeccionó un cuestionario ad hoc. Los resultados mostraron que un 30% de las mujeres presentaron un nivel de ansiedad alto, aun así, esto no condicionó la forma de finalizar el parto (p-valor: 0.983) y el

Apgar al nacer (p-valor: 0.869); pero si se relacionó significativamente la ansiedad con mayor miedo al dolor de parto (p-valor: .041) y una peor valoración del tratamiento para su alivio. Una detección adecuada y sistemática de la ansiedad con una Escala Visual Analógica, sencilla y fácil de aplicar, permitiría a matronas identificar a las mujeres susceptibles de cuidados específicos dirigidos a disminuir la ansiedad y el miedo y así mejorar su experiencia ante el parto (22).

Ricardo C y cols. (Colombia 2013), realizaron una investigación, la cual tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados de tamizaje positivo para depresión y ansiedad; su estudio fue de tipo transversal, en la cual la muestra estaba constituida por 189 gestantes con alto riesgo obstétrico, atendidas en un centro de referencia en Medellín (Colombia). Los resultados que obtuvieron fueron que el tamizaje positivo para depresión fue en el 61,4% y para ansiedad fue en el 40,7% de la población estudiada. Se encontró asociación entre el tamizaje positivo de depresión con los antecedentes de la misma (OR = 7,1; IC 95%: 2,6-19,2); el maltrato psicológico (OR = 8,7; IC 95%: 2-38,5); tener pareja disfuncional (OR = 5,1; IC 95%: 1,9-13,8), y tener hijos menores de cinco años (OR = 4,9; IC 95%: 1,8-13,4). Respecto al tamizaje positivo para ansiedad se encontró asociación con haber sido víctima de situaciones sociales adversas (OR = 1,85; IC 95%: 1,03-3,34) o haber vivido un desastre natural (OR = 2,11; IC 95%: 1,0-4,5) llegando a la conclusión de que el tamizaje positivo para depresión y ansiedad es alto en las gestantes con embarazos de alto riesgo, por lo cual se indica tener precaución ante la manifestación de dichos síntomas (23).

Díaz M y cols. (Venezuela 2013), realizaron un estudio la cual tuvo como objetivo analizar los niveles de depresión y ansiedad en embarazadas que acudieron a la consulta de perinatología y medicina materno-fetal de un Hospital Materno Infantil entre junio–agosto 2012. Fue de tipo correlacional, transversal y no experimental, con una muestra de 236 embarazadas excluyendo aquellas con diagnóstico anterior de depresión o ansiedad, enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada, a quienes se les aplicaron los Test de Hamilton para la depresión y ansiedad. Los resultados señalaron que el 56,4% pertenecen al estrato socioeconómico, el 81% tenía una relación de pareja estable y 54,2% tenía un embarazo deseado, de las cuales 67,3% tuvo algún nivel de ansiedad y el 66,1% algún nivel de depresión. Llegaron a la conclusión que las embarazadas con pareja inestable, tienen un riesgo 8,5 veces mayor de presentar ansiedad y 6,5 veces mayor de presentar depresión, con respecto a las que tienen pareja estable (24).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Rojas D (Huancayo 2018), realizó una investigación con el objetivo investigar la frecuencia de ansiedad y depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Libertad. El estudio fue de tipo descriptivo, observacional, transversal y prospectivo; la muestra estuvo constituida por 214 gestantes seleccionada por conveniencia. Los resultados que indicó el investigador fue que el 39.7% de la población presentaron ansiedad ligera, 26.6% ansiedad moderada, 11.6% ansiedad severa y 5.1% ansiedad muy severa; en relación a la depresión el 39.7% presentó depresión ligera, 16.8% depresión moderada, 11.7% depresión severa y 5.1% depresión muy severa. Y dentro de los factores de riesgo para presentar Depresión y Ansiedad en la gestación son la edad de 21 - 30 años, edad gestacional en el tercer trimestre y ser primigesta (25).

Torres T y Guevara Y (Iquitos 2018), su investigación tuvo como objetivo identificar el nivel de ansiedad que presentan las gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos. La muestra estaba constituida por 300 gestantes adolescentes y adultas que cumplieron con los criterios de elegibilidad. Los resultados que obtuvo el investigador fueron que un 22,7% de las gestantes adolescentes y adultas presentaron un nivel sobre el promedio de ansiedad estado y el 1,7% un nivel alto; mientras que 14,3% presentó ansiedad rasgo sobre promedio y el 3,7% un nivel alto de ansiedad rasgo; por lo que concluyó que las gestantes adolescentes y adultas que acuden a un Centro de Salud de la ciudad de Iquitos presentan niveles de ansiedad estado - rasgo en porcentajes muy similares. (26).

Ríos F (Piura 2016), en su investigación tenía como objetivo determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca. El estudio que realizó fue de tipo no experimental, con diseño descriptivo, su muestra estuvo constituida por 78 gestantes; el instrumento que empleó fue la Escala de depresión ansiedad elaborados por Zung. Entre sus resultados señaló que el nivel de ansiedad de las adolescentes embarazada fue ansiedad marcada en el 60% y ansiedad mínima en el 13%, el nivel de depresión fue de un nivel moderado para el 42% y ligeramente deprimido para el 31%; las adolescentes que presentaron mayores niveles de ansiedad y depresión fueron las que tuvieron edades entre 17 y 18 años de edad y 15 y 16 años y las que presentaron niveles de ansiedad y depresión marcados fueron las que se encontraban en el II y III trimestre de embarazo (27).

Arroyo M (Ica 2016), En su estudio de tipo descriptivo y corte transversal, tuvo como objetivo determinar si el embarazo es un factor condicionante para la Ansiedad y Depresión en las gestantes atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Augusto Hernández Mendoza. Encontrando como resultado que la aplicación del test de Zung para identificar depresión arroja que la mayoría de las gestantes están dentro del rango normal y no presentan depresión, el 20% de gestantes están ligeramente deprimidas y un 14.74% de gestantes están moderadamente deprimidas. En relación a la ansiedad, el investigador aplicó el test de Beck, señalando que el 37.89% presentó ansiedad severa y un 24.21% presentó ansiedad muy baja. Llegando a concluir que no hay demasiadas gestantes deprimidas, no existiendo casos de depresión severa. Por otra parte, la ansiedad está casi presente en todas las gestantes tamizadas, de tipo moderada y severa (28).

Ventocilla V (Juliaca 2015), realizó un trabajo de investigación con el objetivo de describir los niveles de depresión que presentan las madres gestantes de la Micro Red Juliaca, la muestra estuvo conformada por 72 madres gestantes entre las edades de 16 a 28 años. El investigador indicó los siguientes resultados: la mayoría de madres gestantes presentan un nivel de depresión ligera (55.6%), seguido del nivel de no depresión (22.2%) y depresión moderada y grave con 15.3% y 6.9% (29).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Depresión

Según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales(DSM) y la Organización Mundial de Salud definen a la depresión como un trastorno mental frecuente que es caracterizado por pérdida de interés, presencia de tristeza, falta de autoestima, puede presentarse trastornos del sueño o apetito, falta de concentración, sensación de cansancio. La depresión leve se puede tratar sin medicamentos, cuando esta se torna grave se necesita del apoyo de los medicamentos y psicoterapia (30,31).

El tratado de Ey H, citado por Cabana A (2018) aún vigente define a la depresión como “una especie de enlentecimiento de los procesos psíquicos de la ideación que reduce el campo de la conciencia y los intereses” (32).

2.2.1.1. Signos y síntomas relacionados con la depresión

Entre los signos y síntomas más comunes de este trastorno se puede encontrar (30)

- Tristeza patológica: alcanzando un nivel alto que puede interferir tanto en lo social como sexual.
- Desgano y anhedonia: actitud apática, no existen ganas de hacer nada.
- Ansiedad: experimenta un extraño disgusto, cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa.
- Insomnio: no se logra conciliar el sueño.
- Alteraciones del pensamiento: imagina enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones.
- Alteraciones somáticas: dolores crónicos, constipación y sudoración nocturna.
- Alteraciones del comportamiento: el paciente puede permanecer quieto o tranquilo y explotar en violentas crisis de angustia o de llanto.
- Modificaciones del apetito y del peso: la mayoría de los pacientes pierde el apetito.
- Pensamiento suicida: preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.
- Disminución de la energía: se produce un cansancio injustificado. Las personas suelen estar más fatigados por la mañana que por la tarde.

2.2.1.2. Depresión durante el embarazo

En Chile encontraron que el 30% de las embarazadas presentaban cuadros inespecíficos de depresión y ansiedad, pero con cuadros específicos la prevalencia de los trastornos depresivos se manifestaba en una cifra cercana al 10%. Los signos y síntomas de depresión durante el embarazo son semejantes a los observados en los que presentan en otras instancias de la vida, por eso se hace indispensable conocer los síntomas mayores (33).

SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN MAYOR

• Ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, casi todos los días por dos semanas, y/o
• Pérdida de interés en, o de la capacidad de gozar de, actividades que la persona habitualmente disfruta
Otros síntomas que pueden presentarse
• Fatiga o falta de energía
• Inquietud o sensación de enlentecimiento
• Sentimientos de culpa o minusvalía
• Dificultades para concentrarse
• Alteraciones del sueño
• Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

Fuente: modificado de American Psychiatric Association, 2000

Cabe resaltar que durante el embarazo se puede presentar algunas molestias como: astenia, alteraciones del sueño del apetito, labilidad emocional, los mimos que se pueden encontrar durante la depresión. Otras patologías medicas como anemia, diabetes gestacional y disfunción tiroidea las que a menudo se asocian a síntomas depresivos. Por lo cual es recomendado explorar los síntomas psíquicos de depresión mayor, como por ejemplo anhedonia, la desesperanza y la ideación suicida (33)

2.2.1.3. Riesgos de no tratar la depresión materna durante la gestación

La depresión durante la gestación puede generar cambios en la conducta tales como abandono del control prenatal, deterioro de autocuidado, no sigue indicaciones médicas, consumo de tabaco y alcohol, lo que puede transcribirse en un mal desenlace obstétrico. También puede afectar negativamente el desarrollo del feto, además de que la depresión se asocia a un riesgo mayor de parto pretérmino, recién nacidos pequeños para edad gestacional (33).

La depresión en la gestación puede acarrear complicaciones luego del parto, en el desarrollo de los niños, además de que en hijos de madres deprimidas puede presentar un 4,7 veces más de estar deprimidos (33).

POSIBLES RIESGOS DE LA DEPRESIÓN NO TRATADA EN EL EMBARAZO

Recaída de la Depresión Materna	Mal autocuidado, malos cuidados prenatales Abuso de sustancias Suicidio Depresión Post-Parto
Embarazo y problemas durante el parto	Pre-eclampsia Parto Prematuro Bajo peso al nacer Alteraciones del eje hipotálamo-hipofisario
Efectos a largo plazo para el niño	Niveles elevados de cortisol Pobre adaptación al estrés Problemas a nivel cognitivo y conductual

Fuente: Guía "Uso de psicofármacos durante el embarazo y la lactancia" 2016 (34).

2.2.1.4. Tratamiento de la depresión durante el embarazo

La salud mental de la mujer embarazo es elemental, para poder disminuir los riesgos para el desarrollo del embrión/feto. Además, la gestante tiene que interrumpir el consumo de tabaco, nicotina y alcohol (33).

Intervenciones psicoterapéuticas

Gestantes con diagnóstico de depresión leve o moderada pueden tratarse con psicoterapia, las técnicas de relajación, terapia cognitivo-conductual, psicoterapia son útiles para tratar este trastorno. En cuanto a lo anímico suele tratarse con terapia cognitivo-conductual o la psicoterapia interpersonal. Puede existir terapias grupales o individuales (33).

Farmacoterapia

Se recomienda el uso cuando existe depresión moderada o severa. No se cuenta con estudios sobre la eficacia de los antidepresivos. En la práctica aún sigue siendo válida la recomendación de evitar lo posible durante las 12 primeras semanas de gestación el consumo de psicofármacos, debido a la probabilidad de teratogenicidad. Por ende, es útil conocer la clasificación según la Food and Drug Administration (FDA) (33).

GRADO DE RIESGO QUE REPRESENTA PARA EL FETO EN EL USO DE FÁRMACOS DURANTE EL EMBARAZO

Categoría	Interpretación
A	Estudios controlados revelan que no hay riesgo fetal
B	No hay evidencia de riesgo en humanos
C	No se puede excluir eventual riesgo fetal
D	Existe evidencia positiva de riesgo, aunque los beneficios potenciales pueden superar los eventuales riesgos
X	Contraindicación absoluta en el embarazo

Fuente: Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos de América

Los fármacos utilizados en el tratamiento del trastorno depresivo son los inhibidores selectivos de serotonina (ISRS) excepto la paroxetina, son una buena opción, ya que actúan de forma segura inclusive cuando es usado en el primer trimestre de la gestación. La FDA señaló una advertencia entre el riesgo del desarrollo de hipertensión pulmonar persistente y el consumo de los ISRS, existe un aumento de 6 veces de desarrollar dicha patología a partir de la semana 20 de gestación (33).

2.2.2. Ansiedad

La ansiedad es definida según Jarne A, cols y citado por Díaz M, cols. (23) como un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma en el individuo que hace que se sienta molesto. En este estado el individuo se siente en peligro.

Gandara y Fuentes citado por Maldonado A (2018) define a la ansiedad como “un sentimiento subjetivo que implica la presencia de aprensión, tensión, inquietud, temor indefinido, inseguridad o miedo, a modo de anticipación indefinida de un peligro ante una amenaza más o menos objetiva” (35).

Se calcula que el 25% de la población mundial sufre algún trastorno de ansiedad, y la edad más frecuente para presentarlo esta entre los 20-40 años, siendo el género más afectado la población femenina, esto es debido a las diferencias socioculturales, hormonales y neuroquímicas (36).

El trastorno de ansiedad se considera como las perturbaciones psiquiátricas más

frecuentes, las cuales se consideran por presentar miedo excesivo a situaciones que no presentan peligro real, pero consume muchos recursos de salud por lo que se convierte en un factor para trastornos cardiovasculares. Todo se basa neurobiológicamente, los síntomas y trastornos de ansiedad pueden aparecer de la siguiente manera: desorden de ansiedad, ataques de pánico, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, fobia social, otras fobias y estrés postraumática (37).

La ansiedad es un síntoma psiquiátrico común. Se hace patológica cuando ocurre junto con otros trastornos como depresión, o cuando los síntomas y comportamientos relacionados con ella son tan graves y ocurren con tal frecuencia que interfieran en su actividad cotidiana (38).

Un cierto nivel de ansiedad es importante para el desarrollo de actividades diarias, pero esta se vuelve patológica cuando incrementan estos parámetros (39). Para esta respuesta interactúan tres sistemas de respuesta (40):

A) Respuesta cognitiva

La ansiedad normal se presenta como pensamientos o sentimientos de miedo, preocupación, mientras que la ansiedad psicopatológica se entiende como una catástrofe inminente y se puede manifestar como desordenes de pánico.

B) Respuesta fisiológica

Actúan principalmente dos sistemas, autónomo y somático. Como consecuencia puede producir aumentos en la actividad cardiovascular, electrotérmica, el tono musculoesquelético y la frecuencia respiratoria.

C) Respuestas motoras

El aumento de respuestas tanto fisiológica como cognitivas producen cambios motores, divididas en directas (tics, temblores, inquietud, tartamudeo, etc.), indirectas (conductas de escapes o evitación producto de la ansiedad).

2.2.2.1. Factores de riesgo

En la mayoría de patologías mentales existen factores que incrementan la probabilidad de sufrir alguna alteración, tenemos entre ellas (41):

- Sexo: las mujeres presentan dos veces mayor riesgo mayor que los hombres.
- La familia: Paciente que viven con padres con un nivel de conocimiento bajo tienen más probabilidades de sufrir ansiedad.
- Genética: Paciente con historial familiar de algún grado de ansiedad, posee un 25% de padecer este mal.
- Factores culturales: ambientes donde existe menos conexión social.
- Factores socioeconómicos o étnicos: el pertenecer a alguien grupo étnico minoritario puede incrementar el riesgo.

2.2.2.2. Síntomas de la ansiedad

Dentro de los síntomas de ansiedad se encuentran (42):

- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Trastornos del sueño (dificultad para poder dormir y como consecuencia un sueño insatisfactorio).

2.2.2.3. Ansiedad y embarazo

Embarazo, nacimiento y lactancia generan alteraciones fisiológicas dentro de estas se encuentran los cambios múltiples hormonales y el sistema de neurotransmisores. Algunas son causadas por el consumo de los agonistas B adrenérgicos como la terbutalina. La ansiedad se asocia con el aumento del riesgo de sufrir preeclampsia y los recién nacidos con un bajo peso están asociados (37).

La presencia de altos niveles de ansiedad materna en la fase prenatal y postnatal, a pesar de no haber sido directamente asociada a la condición de bajo peso (10). Por otro lado, la pandemia ansiedad en diversas partes del mundo durante la gestación se asocian con cuadros de depresión, náuseas, vómitos, parto prematuro, y mayor riesgo de preeclampsia (43). La depresión perinatal tiene mayor asociación con ansiedad, cronicidad y discapacidad que en otras etapas de la vida y es poco reconocida a pesar de su alta prevalencia y sus graves efectos en la

salud de la madre y el feto (44).

Dos teorías que explican la posible relación entre los factores psicosociales y niveles de hormona liberadora de corticotropina (CRH): el primero, la ansiedad y estrés estimulan la producción de CRH placentaria. La segunda, la CRH placentaria afecta el eje hipotálamo- hipófisis-adrenal materno, lo que podría dar origen de los síntomas de ansiedad. Otros estudios indican que la activación del eje HPA y el sistema nervioso autónomo, tanto madre como feto, pueden desencadenar el trabajo de parto. Algunos estudios postulan que la activación crónica del eje HPA y el sistema nervioso autónomo, tanto de la madre como del feto, activan respuestas tempranas que podrían desencadenar el trabajo de parto (36).

Felipe L, Gonzales E, Cols. Citado por Diaz M, cols. (23) menciona sobre la sobreactivación del sistema nervioso que puede provenir de problemas endógenos o exógenos momentáneos, lo que desencadenaría en la activación del sistema simpático y endocrino, al segregarse hormonas provenientes de las glándulas suprarrenales.

Clasificación de los diferentes trastornos de ansiedad en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (45):

-Trastorno de ansiedad por separación: Miedo a ansiedad intensos y persistentes relativos el hecho de tener que separarse de una persona con la que le une el vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares.

-Mutismo selectivo: Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones.

-Fobia específica: Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente prácticamente e inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica

-Trastorno de ansiedad social: Miedo y ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la personas se expone al posible escrutinio por parte de otros.

-Trastorno de angustia: presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o

preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias.

-Agorafobia: Miedo o ansiedad acusado que aparecen prácticamente siempre respecto a dos más situaciones prototípicamente agorafóbicas. La persona teme a o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia.

-Trastorno de ansiedad generalizada: Ansiedad y preocupación excesivas, persistente y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobre activación fisiológica.

-Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/ medicación: se caracteriza la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante i poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas.

-Trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad médica: presencia de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es una consecuencia pato fisiológica.

-Otros trastornos de ansiedad especificados: presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún trastorno de ansiedad que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de estos trastornos. Se especificará la razón concreta por la que no se cumplan todos los criterios diagnósticos.

-Trastorno de ansiedad no específico: presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún trastorno de ansiedad que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de estos trastornos. No se especifican las causas por falta de información.

2.2.2.4. Tratamiento

Se recomienda la psicoterapia como primera línea cuando esta patología afecta al ámbito familiar, laboral y personal, además se debe evaluar el costo beneficio y dar el tratamiento más adecuado e individualizado (37).

2.2.3. Estrés

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estrés como «el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción». Se trataría de un sistema de alerta biológico para supervivencia. Ejemplos de estrés es el cambiar de trabajo, hablar en público, presentarse a una entrevista, aunque esto viene determinado por el estado físico y psíquico de cada individuo (44).

Hans Selye (1926) citado por Quispe S. (46) introdujo en el ámbito de la salud en la década de los 20 a 30, el término “stress”, el cual lo define como una “respuesta antes la presencia de una estímulo o situación estresante”. Los síntomas pueden generar en el individuo problemas internos, como conflictos, insatisfacciones, dificultad para relacionarse socialmente, etc. (47).

Selye describe estrés como un sistema de fases (46):

Fase de alarma: para Nogareda (2007) y Álvarez et al (2001) citado por Cerrón S (48) esta fase es caracterizada por un estado de movilización general, por tal motivo se activa el sistema eje hipotalámico-hipófisis-suprarrenal (HHS)

Fase de resistencia: ocurre equilibrio dinámico entre el medio interno y el externo del individuo, por lo cual el organismo intenta vencer.

Fase de agotamiento: disminución progresiva del organismo, frente la exposición del estrés prologando, generando pérdida de las capacidades fisiológicas.

El organismo se pone en alerta o alarma, luego se desencadena la etapa de resistencia y si esta actividad dura demasiado, se puede producir el daño y colapso, fase de agotamiento.

Estudios en humanos especialmente en experiencias de abuso infantil pueden presentar cuadros depresivos. Por otra parte, el estrés en etapas tempranas del desarrollo, en conjunto con factores genéticos predisponen a la vulnerabilidad frente a la depresión y ansiedad (49).

Se puede considerar al estrés con la relación de dos situaciones del medio externo o interno(estresores) y la respuesta del individuo a dichos eventos. Dentro de los eventos se puede encontrar el apoyo social, el afrontamiento, el estilo de vida, etc. En tal sentido el estrés sirve y es necesario para la adaptación al medio (49).

2.2.3.1. Signos y síntomas del estrés

Para Bonvin, Meinhardt (2001) y Vargas (2004) citado por Cerrón S (48) dentro de estos se encuentran:

-Mentales o cognitivos: olvidos frecuentes, falta de concentración, desmotivación, falta de toma de decisiones, trastornos del sueño.

-Fisiológica o motora: Presencia de diarreas, tensión muscular, modificación del apetito, disminución de la libido, cefalea.

-Emocionales o psicológicos: Inestabilidad emocional, preocupación excesiva, crisis de llanto, sentimientos de culpa.

2.2.3.2. Tipos de estrés

Existen dos tipos de estrés definidos (50):

Eutrés o estrés positivo: catalogado como un estado que pone en alerta al organismo para su adaptación frente la situación estresante.

Distrés o estrés negativo: es lo opuesto al eutrés, caracterizado como malestar, sentimiento de tristeza lo cual podría conllevar a un compromiso en la salud de la persona.

La clasificación según Bonvin, Meinhardt (2011) y Vargas (2006) citado por Cerrón S. (48): Estrés leve: reacción momentánea y necesaria frente a una situación de peligro

Estrés moderado: estrés de "fondo" puede ocasionarlo distintas fuentes de tensión a nivel individual, emocional, familiar o social.

Estrés severo: tipo de estrés más destructor y más patológico, producido por un estar expuesto al estrés de manera prolongado y de esta forma paraliza los procesos de degeneración del organismo.

2.2.3.3. Estrés y gestación

Los estresores son los estímulos, condiciones o situaciones que generan estrés estas son:

-Estresores internos al embarazo: la gestante posee muchos cambios ya sea modificaciones metabólicas metabólica y hormonales, además de una serie de molestias. En esta categoría se presentan los temores en relación consigo mismas, en relación con el bebé y con el parto. Entre el temor relacionado con el propio estado se encuentra el miedo a complicaciones obstétricas, malestar debido a las náuseas y vómitos, temor a sufrir dolor en el parto, temor a quedar embarazada de nuevo. Entre los temores relacionados al bebé: sufrimiento del feto, temor a abortar, temor a que el niño nazca con malformaciones, embarazo gemelar, temor a que nazca prematuro. Entre los temores relacionados con el parto: empezar a gritar durante el parto, a no colaborar, temor a desgarrarse durante el parto, temor a tener complicaciones y morir durante el parto (49).

-Estresores externos al embarazo: se encuentran las preocupaciones por el acceso a servicios de salud, estresores económicos, laborales, estresores familiares y los estresores referentes a su relación de pareja. El factor familiar es importante ya que debido a diversos estudios el 38% de la población femenina sufrió violencia intrafamiliar. Entre los estresores relacionados con la pareja: los problemas con su pareja durante el embarazo, a la actitud negativa de su pareja, si el embarazo le causo problemas en su relación. Entre los estresores de tipo escolar/laboral se hallan: preocupación por el desempleo, problemas escolares o laborales que le están generando hospitalización (49).

El estrés durante la gestación puede generar el riesgo de parto pretérmino, preeclampsia, diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas y hemorragia post parto en las gestantes, además puede influir sobre el peso del feto especialmente en el segundo trimestre (4). Dentro de las repercusiones a futuro con el niño por nacer se encuentran los problemas con la memoria, el aprendizaje, trastornos psicóticos y del desarrollo de personalidad (51). Aumenta el riesgo de enfermedades mentales, mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, cáncer, asma (52).

La hiperactividad simpática con descarga de catecolaminas, característica de la primera fase del estrés, crea perturbaciones en el embarazo: 1. Aborto espontáneo,

malnutrición fetal y retardo en el crecimiento intrauterino. 2. Parto prematuro, ruptura prematura de membranas y distocia hipertónica. 3. Hipertensión. Otras afecciones ocasionadas por el agotamiento del simpático por estrés crónico, pueden generar fenómenos de inhibición inmunitaria y conducta anormal, los resultados son: las infecciones, prolongación del embarazo y distocia hipotónica (inercia uterina), problemas de alimentación, adicción, rechazo de ayuda médica y social (14).

2.2.3.4. Reducción del estrés en el embarazo

Las molestias fisiológicas causadas por la gestación (cansancio, náuseas, poliuria, dolores de espalda) pueden conllevar al cuadro de estrés, para reducir esto, debe tener la mentalidad que estos síntomas son pasajeros. Muchas de las mujeres gestantes experimentan inestabilidad ya sea por factores hormonales lo que se considera dentro de lo normal, pero a veces esta inestabilidad dificulta hacer las tareas. Se recomienda que las mujeres mejoren los hábitos, una dieta sana, dormir lo adecuado y evitar consumir sustancias nocivas (alcohol, tabaco, drogas). El ejercicio físico, yoga, meditación e imaginación guiada mejora el estado físico y previene algunas molestias propias del embarazo. Además de aliviar el estrés y lo más importante contar con el apoyo familiar (48).

2.2.3.5. Estrés y COVID-19 en gestantes

La experiencia en la gestante infectada por el coronavirus cursa en su mayoría sin síntomas, salvo a que existe aumento por la preocupación durante el embarazo y postparto. El distanciamiento social obligatorio requiere el uso de la telemedicina en el control prenatal y de esta manera evitar la posibilidad de contagio (53).

2.2.4. Pandemia por Coronavirus (COVID-19)

2.2.4.1. Descripción de la enfermedad

El nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (COVID 2019) causante de la emergencia de salud pública la cual apareció en diciembre del 2019 en Wuhan es declarada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud, debido a la propagación en el

resto de países (54,55).

La mayoría de pacientes experimentan la enfermedad, pero leve solo un 20% evoluciona a su forma grave. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran: fiebre (90%), tos (76%), dolor muscular (44%), síntomas menos frecuentes: anosmia, expectoración, cefalea, diarrea, presencia de neumonía con infiltrados bilaterales es muy frecuente en pacientes sintomáticos. Los cambios a nivel analítico son aumento de LDH, linfopenia y leucopenia, PCR y proteinuria. Las complicaciones son neumonía grave, síndrome de distrés respiratorio agudo y alteraciones cardíacas (53).

Caso especial se genera en las gestantes debido a que no parecen tener mayor susceptibilidad para contraer la infección, pero aun los datos existentes son limitados. Si es que se presentaran complicaciones en la gestante, se debe de tratar de manera precoz y se debe evaluar la presencia de comorbilidades, ya sea hipertensión, diabetes, enfermedades cardiopulmonares, inmunosupresión (paciente con infección VIH, pacientes que reciben tratamiento con corticoides) (54).

2.2.4.2. Fases de la Pandemia

La Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud establecen 6 fases de alerta pandémica cuando un virus es una amenaza (56):

Fase 1: No se ha notificado que un virus de influenza que circula entre los animales cause infección en los seres humanos.

Fase 2: Indica que un virus de gripe animal que circula entre animales domésticos o salvajes ha causado infecciones en humanos.

Fase 3: Se caracteriza por la existencia de un virus de gripe animal o mezcla de animal humano que ha causado casos esporádicos o pequeños grupos de casos en humanos, pero no ha ocasionado un nivel de transmisión entre personas suficiente para provocar brotes a nivel comunitario.

Fase 4: se caracteriza por la transmisión comprobada de persona a persona de un virus de influenza animal o animal - humana capaz de asociarse con causar "brotes a nivel de la comunidad". La capacidad de causar brotes sostenidos de la enfermedad en una comunidad es signo de un aumento significativo del riesgo de pandemia.

Cualquier país que sospeche o haya comprobado un evento de esta naturaleza debe consultar urgentemente con la OMS para que la situación pueda evaluarse conjuntamente y para que el país afectado pueda decidir si hay que poner en marcha una operación de contención rápida de la pandemia. La fase 4 indica un aumento significativo del riesgo de pandemia, sin que ésta sea necesariamente inevitable.

Fase 5: propagación de persona a persona del virus en, al menos, dos países de una región de la OMS. Si bien la mayoría de los países no se verán afectadas en esta etapa, la declaración de la fase 5 es una señal fuerte de que una pandemia es inminente y de que se dispone de poco tiempo para concluir la organización, la comunicación y la ejecución de las medidas planificadas de mitigación.

Fase 6: La fase pandemia indica que ha habido brotes en al menos otro país en otra región. Esta fase muestra que se aproxima una pandemia global.

La fase 1 y 2 forman parte del periodo Inter pandémico, las fases 3, 4 y 5 están dentro del periodo de alerta pandémica y por último la fase 6 pertenece al periodo pandémico.

2.2.4.3. Mecanismo de transmisión

Actualmente se dispone de la información que su origen fue zoonótico, pero ahora la transmisión es vertical de persona a persona, por gotas respiratorias, por contacto cercano con una persona infectada a una distancia menor de 2 metros o por contacto directo con superficies contaminadas por secreciones de personas infectadas. No se han evidenciado el virus en fluidos genitales, ni en la leche materna. El periodo de incubación habituales es de 4 a 6 días, pero puede variar entre 2 y 14 días (54).

2.2.4.4. Diagnóstico clínico

Los signos y síntomas de COVID-19 son inespecíficos, puede extenderse de un caso asintomático a una neumonía severa y muerte. La manifestación clínica más frecuente es el síndrome gripal (fiebre, tos, dificultad respiratoria), inicia con fiebre leve, alza térmica la cual persiste entre 3-4 días, posterior descenso. El diagnóstico depende de la evaluación clínica, epidemiológica y del examen físico (57).

2.2.4.5. COVID-19 y gestación

Las mujeres experimentan cambios inmunológicos y fisiológicos debido al embarazo, los cuales puedan hacerlas más vulnerables a infecciones respiratorias virales. Diversos estudios demuestran que las mujeres gestantes con diversas enfermedades respiratorias están propensas al desarrollo de complicaciones obstétricas (57). La mayoría de pacientes gestantes infectadas por SARS-CoV-2 cursaran de forma leve asintomática (58).

El Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), fue relacionado durante la gestación con el aumento de riesgo de aborto espontaneo, parto prematuro y restricción del crecimiento intrauterino. En la actualidad, los estudios que involucran pequeño número de gestantes con COVID-19 indican pocas complicaciones maternas y neonatales (43).

2.2.4.6. Tipos de transmisión

2.2.4.6.1. Transmisión vertical

Hay escasa evidencia de la transmisión vertical (antes, durante o tras el parto por lactancia materna) en mujeres que adquieren la infección durante el tercer trimestre de embarazo. La infección perinatal sí puede tener efectos adversos sobre los recién nacidos, como pérdida del bienestar fetal, parto prematuro, distrés respiratorio, trombocitopenia junto con alteración de la función hepática e incluso muerte (54).

2.2.4.6.2. Transmisión horizontal

El riesgo de transmisión horizontal (por gotas o por contacto), a través habitualmente de un familiar próximo infectado, es igual que en la población general (54).

El Gobierno peruano ha planteado diferentes fases en el mecanismo de transmisión de la enfermedad (59); para lo cual, con fines de la investigación se trabajará con la segunda y tercera fase de transmisión, las cuales se detalla a continuación:

Fase 1: Llega el primer caso

Aparece la enfermedad en el país con el paciente cero, portador que llega desde el extranjero el día 06 de marzo del 2020. Este ciudadano fue aislado durante 14 días y, actualmente, se ha recuperado de la enfermedad. La primera fase de transmisión tiene una duración de un día.

Fase 2: Transmisión focalizada

Los casos son importados por personas que llegan del extranjero y estos, a su vez, contagian a personas que han tenido contacto con ellos. El tiempo de duración de esta fase fue de diez días, desde el 07 hasta el 16 de marzo del 2020.

Fase 3: Transmisión comunitaria

Las primeras personas con la enfermedad ya han contagiado a su grupo más cercano y estos a otros. En esta etapa, se pierde el trazo de contagios y ya hay pacientes con el virus que no tienen antecedentes de viaje ni contacto con una persona infectada. El Perú se encuentra en esta fase desde el 17 de marzo, por lo que el Gobierno Central tomó como medida para frenar el avance del COVID-19 declarar en estado de emergencia a todo el país

Fase 4: Transmisión sostenida

Existen grandes brotes locales de transmisión que afectan a muchas localidades y la enfermedad se contagia exponencialmente. El Perú aún no se encuentra en esta fase.

2.2.4.7. Clasificación de la gravedad y criterios de ingreso en gestantes con COVID - 19

Según la gravedad de las infecciones respiratorias en casos leves/moderados/severos se puede clasificar el ingreso. Se utilizarán la escala de gravedad CURB-65 (54):

Infección leve: Enfermedad que cursa con síntomas a nivel de vías respiratorias altas y puede causar síntomas inespecíficos como fiebre o dolor muscular, CURB=0. Se puede dar alta según la situación obstétrica siguiendo recomendaciones específicas.

Infección moderada: curso con un cuadro de Neumonía leve, la cual está confirmada con radiografía de tórax y sin signos de gravedad. SaO2 aire ambiente >90%. No necesidad de vasopresores ni asistencia ventilatoria. Escala CURB-65 ≤1. En Maternidad, se indicará ingreso a sala de hospitalización.

Infección grave: cursa con neumonía grave: falla de ≥1 órgano o SaO2 aire ambiente 2 puntos. Un quiz SOFA (qSOFA) con 2 de las siguientes 3 variables clínicas puede identificar a pacientes graves: Glasgow 13 o inferior, Presión sistólica de 100 mmHg o inferior y frecuencia respiratoria de 22/min o superior.

Shock séptico: Hipotensión arterial que persiste tras volumen de resucitación y que requiere vasopresores para mantener PAM ≥65 mmHg y lactato ≥2mmol/L (18 mg/dL) en ausencia de hipovolemia. Puede usarse la escala SOFA (Sepsis-related, Organ Failure Assessment) para la valoración de la gravedad de la Sepsis.

CRITERIOS DE INGRESO
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre persistente > 38°C a pesar de paracetamol • Radiografía de tórax con signos de neumonía • Gestantes con comorbilidades: HTA crónica, EPOC, DBT pregestacional, inmunosupresión (trasplantada, infección por el VIH con <350 CD4, tratamiento prolongado con corticoides (equivalente a >20 mg y >2 semanas), tratamiento inmunosupresor, neutropenia, etc.) (Valoración cuidadosa con infectólogo) • Escala de gravedad CURB-65 con puntuación total ≥1 (Cada ítem puntua 1): <ul style="list-style-type: none"> C Confusión aguda U Urea > 19mg/dl R ≥30 RPM B Presión sistólica ≤90 mmHg o diastólica ≤60 mmHg 65 Edad ≥ 65 (no aplica) • Criterios de ingreso en UCI (Tabla 2)

Fuente: Hospital Sant Joan Déu. Coronavirus (COVID-19) y embarazo. Protocolo de Medicina Materno Fetal de Barcelona.España. 9:6-7

2.2.4.8. Complicaciones fetales

Datos actuales no muestran riesgo de aborto o pérdida gestacional en gestantes infectados con COVID-19. No existe evidencia de transmisión intrauterina, es poco probable que pueda producir defectos congénitos. Existen pocos casos de partos prematuros en paciente infectados con COVID-19, la mayoría de estos casos son respetáramos por complicaciones respiratorias y preservar la salud materna.

Estudios en gestantes con otros tipos de neumonía vírica están relacionados a RCIU, parto prematuro y pérdida de bienestar fetal (54).

Zhut et al. describe que de 10 neonatos de 9 mujeres embarazadas con COVID-19, 4 de ellos fueron a término, 6 prematuros, 2 pequeños y 1 grande para edad gestacional, 6 de ellos desarrollaron síndrome de distrés respiratorio, 2 padecieron de fiebre y 2 con trombocitopenia (58).

2.2.4.9. Complicaciones maternas

El embarazo presenta un estado de hipercoagulabilidad, y el COVID altera la coagulación por ende esto se asociaría con el aumento de riesgo de tromboembolismo venoso, además esto se incrementaría con el estado de inamovilidad (58).

2.2.4.10. Recomendaciones generales para las gestantes

-Las recomendaciones establecidas son (57):

-Lavado frecuente de manos

-Al toser o estornudar cubrirse la nariz y la boca con el codo flexionado.

-Evitar tocarse los ojos, nariz y boca ya que las manos facilitan la transmisión.

-Usar pañuelos desechables para eliminar secreciones respiratorias y tíralo tras su uso

-Evitar aglomeraciones y transporte público.

-Limitar las relaciones sociales.

-Limitar los viajes a los estrictamente necesarios.

2.3. Hipótesis

Hi: Si existe incremento en el nivel de depresión, ansiedad y estrés en las gestantes atendidas en el Centro de Salud “La Tulpuna” durante el periodo de la pandemia, en Cajamarca - 2020.

Ho: No existe incremento en el nivel de depresión, ansiedad y estrés en las gestantes atendidas en el Centro de Salud “La Tulpuna” durante el periodo de la pandemia, en Cajamarca – 2020

2.4. Variables

Variable dependiente:

Depresión, ansiedad y estrés

Variable independiente:

Periodo de pandemia

2.5. Operacionalización de variables

Tipo de variable	Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
Depresión Variable Dependiente	Trastorno compuesto por síntomas típicamente asociados con estado de ánimo disfórico	Nivel de depresión	Sin depresión (0 – 4 pts) Depresión leve (5 – 6 pts) Depresión moderada (7 – 10 pts) Depresión severa (11 – 13 pts) Depresión extremadamente severa (14 a más pts)	Pregunta 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21	Ordinal
Ansiedad Variable Dependiente	La ansiedad es descrita en torno a los síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo	Nivel de ansiedad	Sin Ansiedad (0 – 3 pts) Ansiedad leve (4 – 5 pts) Ansiedad moderada (6 – 7 pts) Ansiedad severa (8 – 9 pts) Ansiedad extremadamente severa (10 a más pts)	Pregunta 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20	Ordinal
Estrés Variable Dependiente	Tendencia a reaccionar a los acontecimientos estresantes con síntomas tales como tensión, irritabilidad y activación persistente, con un bajo umbral para ser perturbado o frustrado	Nivel de estrés	Sin estrés (0 – 7 pts) Estrés leve (7 – 8 pts) Estrés moderado (10 – 13 pts) Estrés severo (14 – 16 pts) Estrés extremadamente severo (17 a más pts)	Pregunta 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18	Ordinal
Periodo de pandemia Variable independiente	Propagación mundial de una nueva enfermedad las personas no tienen inmunidad contra él (OMS 2010).	Fases del periodo de transmisión de la pandemia	Fase 2 Fase 3	Componente II Componente III	Nominal Nominal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El diseño de la presente investigación fue no experimental, corte longitudinal y prospectivo.

No experimental: Porque no hubo manipulación, ni influencia por parte del investigador sobre las variables.

Longitudinal: Porque la recolección de los datos sobre depresión, ansiedad y estrés en gestantes se realizó en dos momentos diferentes de la pandemia (fase 2 y fase 3), en la misma muestra.

Prospectivo: Porque la recolección de los datos se realizó luego de planificar la investigación y en la medida en la que se presentaron.

3.2. Área de estudio

El estudio se realizó en el Centro de Salud “La Tulpuna”, ubicado en Av. Alfonso Ugarte S/N, posee una categoría I - 3, perteneciente a la Red Cajamarca y a la Micro Red Magna Vallejo.

La ciudad de Cajamarca, se encuentra situado en el departamento y distrito de dicho nombre, esta a su vez se encuentra situada a 2750 m.s.n.m. Limita por el norte con la República del Ecuador, por el este con el departamento de Amazonas, por el sur con La Libertad y por el oeste con Lambayeque y Piura.

3.3. Población

La población del presente estudio estuvo conformada por las gestantes atendidas en el Centro de Salud “La Tulpuna” al momento que inició el periodo de pandemia (marzo) en la ciudad de Cajamarca 2020, siendo un total de 200 gestantes.

3.4. Muestra y muestreo

El muestreo utilizado fue el probabilístico, que implicó la selección al azar, es decir, todos los elementos de la población tuvieron la misma posibilidad de ser elegidos.

Para el cálculo de la muestra de la población (200) se empleó la siguiente fórmula, la cual tiene un nivel de confianza del 95% (1.96), una probabilidad de éxito del 50% (0.50), una probabilidad de fracaso del 50 % (0.50) y además presentó un margen de error del 5% (0.05).

$$n = \frac{Z^2 \cdot \left(1 - \frac{\alpha}{2}\right) p \cdot (1 - p) \cdot N}{E^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot \left(1 - \frac{\alpha}{2}\right) p \cdot (1 - p)}$$

Z= nivel de confianza, 95% (1.96)

p= probabilidad de éxito 51% (0.50)

q= probabilidad de fracaso 49% (0.50)

N= población (200)

E= margen de error 5% (0.05)

n= muestra

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (0.50) \times (0.50) \times 200}{(0.05)^2 \times (200 - 1) + (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50}$$

$$n = \frac{192.08}{1.4579} = 131.75$$

$$n = \frac{131.75}{200} = 0.65, \text{ por ende, se ajustó la muestra a 132 gestantes.}$$

Debido a que fue una investigación longitudinal la muestra estuvo sujeta a cambios, se intentó considerar a las 132 gestantes que se atendían en el centro de salud "La Tulpuna", pero del total, 94 participantes se convirtieron en puérperas, quedando 38 gestantes para el estudio, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, y de esta manera se mantendría la unidad de análisis para su posterior estudio.

3.5. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo representada por cada gestante atendida en el Centro de Salud “La Tulpuna” durante los meses de marzo a agosto del 2020.

3.6. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron:

- Gestantes cuyas atenciones prenatales fueron realizadas en el Centro de Salud “La Tulpuna”.
- Gestantes mayores de 18 años.
- Gestantes sin antecedentes de problemas psicológicos.
- Gestantes que aceptaron formar parte del estudio y lo expresen antes de la recolección de los datos.

3.7. Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión considerados fueron:

- Gestantes cuya historia clínica registraron antecedentes de problemas psicológicos.
- Gestantes que durante la recolección de los datos fueron diagnosticadas con infección por SARS – CoV - 2.

3.8. Procedimientos y técnicas de recolección de datos

Para la recolección de datos se realizaron los siguientes pasos:

- En primer lugar, al inicio de la pandemia, se gestionó la autorización de la Micro Red Magna Vallejo para la ejecución de la investigación en el Centro de Salud “La

Tulpuna”, así como también se solicitó permiso en dicho establecimiento para obtener información sobre las gestantes de su jurisdicción.

-Luego, la muestra fue captada de la base de datos SIVIGIP 2020, obtenidos del Centro de Salud “La Tulpuna”. Del total de 200 gestantes, se seleccionaron 132 al azar gestantes, a lo largo de la investigación 94 participantes dejaron de ser gestantes, los cuales fueron excluidas del estudio, quedando así con 38 gestantes, las cuales poseían los criterios de inclusión y exclusión.

-Ante las circunstancias de pandemia y con la finalidad de evitar riesgos de exposición, se procedió a establecer comunicación vía telefónica con las gestantes seleccionadas para la muestra, a las cuales se les informo sobre los objetivos y si desearían formar parte de la investigación, compartiendo sus datos para fines convenientes.

-Después de ello, se aplicó el cuestionario DASS - 21 vía telefónica a las gestantes que manifestaron su participación voluntaria durante la segunda fase de transmisión de la pandemia, entre las fechas 07 al 16 de marzo del 2020. Posteriormente, se les volvió aplicar el mismo cuestionario durante la tercera fase de transmisión de la pandemia, entre las fechas 01 al 15 de agosto del 2020.

-Finalmente, se realizó la tabulación de los datos para su presentación en tablas de frecuencias absolutas y relativas, y su posterior análisis.

-En cuanto a la técnica de recolección de datos, se utilizó la entrevista vía telefónica.

3.9. Descripción del instrumento

El instrumento para la recolección de datos que se utilizó fue un cuestionario titulado Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21) (Anexo N°1), el cual fue extraído de una investigación realizada por Clemente M, la cual fue aplicada en Piura, en el 2020 (60). En relación a la validez del instrumento se tomó en cuenta el trabajo de investigación de Ozamiz N, Dosil M, Picaza N, Idoiaga N (España 2020) en la cual se tomaron de referencia la relación entre las variables ansiedad y estrés ($r = 0,713$), depresión y estrés ($r = 0,698$) y, depresión y ansiedad ($r = 0,681$) de la misma escala y se comprobó la relación estrecha, positiva grande que los factores tenían entre sí. Asimismo, la confiabilidad de las escalas fue medido con

el alfa de Cronbach, para la depresión se obtuvo de $\alpha = 0,76$, ansiedad $\alpha = 0,82$ y para estrés $\alpha = 0,75$ (8).

El instrumento estuvo dividido en 3 componentes, el primero corresponde a los datos generales de las gestantes, el cual consta de 7 ítems, el segundo componente corresponde al cuestionario “Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21)” para su aplicación durante la segunda fase de transmisión de la pandemia (07 al 16 de marzo); y el tercer componente fue el mismo cuestionario DASS-21 que fue aplicado por segunda vez durante la tercera fase de transmisión de la pandemia (01 al 15 de agosto).

El cuestionario “Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21)” está formado por 21 ítems, cada ítem con una valoración de 0 a 3 puntos; posee tres subescalas: la primera escala “Depresión” formado por los ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21; la segunda escala “Ansiedad” formado por los ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20; y la última escala “Estrés”, conformada por los ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18. Respecto a la interpretación a mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología. La siguiente tabla muestra el nivel de depresión, ansiedad y estrés con respecto al puntaje obtenido al finalizar la encuesta.

Resultado	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0-4	0-3	0-7
Leve	5-6	4-5	8-9
Moderado	7-10	6-7	10-13
Severo	11-13	8-9	14-16
Extremadamente severo	>14	>10	>17

3.10. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de los datos fue a través del software estadístico SPSS Statics v.25. El análisis de los datos se realizó teniendo en cuenta los procedimientos de estadística descriptiva e inferencial, para organizar y resumir los datos en tablas de frecuencias absolutas y relativas, y en tablas de contingencia.

Para la interpretación y análisis de datos se planteó las siguientes fases:

Fase descriptiva. Para ello se utilizó la agrupación de los datos para que permitan describir las características de la población estudiada.

Fase inferencial. Se realizó la contrastación y verificación de la hipótesis formulada utilizando la prueba de rangos de Wilcoxon, la cual se trata de una prueba estadística no paramétrica para dos muestras relacionadas, con un nivel de significancia del 5% ($p < 0.05$); esto permitió determinar si existe diferencia significativa en los niveles de estrés, ansiedad y depresión entre la segunda y tercera fase de la pandemia.

3.11. Principios éticos

-Consentimiento o aprobación de la participación. Además de conocer los fines de la investigación, las gestantes manifestaron su autorización verbal para participar en el estudio previo a la aplicación del cuestionario.

-Confidencialidad y anonimato. En ningún momento se reveló la identidad de las gestantes de quienes fueron obtenidos los datos.

-Respeto a la privacidad de las gestantes.

-Respeto a la dignidad humana, la igualdad, la autonomía individual y la libertad de expresión de las gestantes, así como el acceso a la información.

-La veracidad. Se respetó y garantizó en todo momento de la investigación la autenticidad de los datos encontrados, sin alterarlos ni manipularlos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2020.

Edad	nº	%
18 a 25 años	21	55,3
26 a 33 años	11	28,9
34 a 41 años	6	15,8
Estado Civil	nº	%
Soltera	8	21,1
Conviviente	25	65,8
Casada	5	13,2
Grado de instrucción	nº	%
Primaria incompleta	3	7,9
Primaria completa	2	5,3
Secundaria incompleta	8	21,1
Secundaria completa	12	31,6
Superior no universitaria incompleta	1	2,6
Superior no universitaria completa	3	7,9
Superior universitaria incompleta	3	7,9
Superior universitaria completa	6	15,8
Ocupación	nº	%
Ama de casa	30	78,9
Trabajo técnico	1	2,6
Trabajo profesional	3	7,9
Otros	4	10,5
Religión	nº	%
Católica	31	81,6
No católica	6	15,8
Ninguna	1	2,6
total	38	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En la tabla se observa algunas características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud la Tulpuna como la edad, encontrando que el 55,3% de la población pertenece al grupo etario de 18 a 25 años; el 28,9% tiene entre 26 y 33 años y solo 15,8% tiene de 34 a 41 años.

Wu y cols. (2020), señaló en su investigación que las mujeres menores de 35 años tenían mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos (18); mientras que Rojas (2018) señaló que la edad factor de riesgo es de 21 – 30 años (25).

Teniendo en cuenta lo indicado por Wu y cols. (2020) y Rojas (2018), al encontrar un 84,2% de gestantes entre las edades de 18 a 33 años, se puede inferir que estarían propensas a manifestar síntomas de ansiedad, depresión y estrés.

Lo mencionado anteriormente puede constituir un factor importante que atenta contra la salud de la gestante, ya que una persona en estado de depresión o ansiedad se encuentra vulnerable al consumo de sustancias psicoactivas que podrían terminar afectando tanto el desarrollo y crecimiento del niño por nacer, así como, incrementando los casos de preeclampsia y otras patologías que surgen ante estos desequilibrios.

Así también, se debe mencionar que las gestantes con estados depresivos o ansiosos, así como cualquier persona con estas patologías, pueden tener ciertas conductas que afectan su integridad, provocando autolesiones y pensamientos negativos que podrían terminar orientándola hasta un suicidio, aumentando los casos de mortalidad materna y, por ende, los problemas sociales que esto acarrea.

Respecto al estado civil, el 65,8% son convivientes, el 21,1% son solteras, y en menor porcentaje son casadas (13,2%)

Los resultados son disímiles a los de Heredia (2018), quién indicó en su investigación que su población era en su mayoría gestantes solteras que vivían con su propia familia (41,8%) (61).

Estudiar el estado civil es importante porque brinda una referencia en relación al entorno familiar cercano de la gestante, siendo este tanto un factor desencadenante de problemas psicológicos, así como también se convierte en un punto de apoyo para la superación de estas patologías.

De esa manera, se puede inferir que las gestantes que se encuentran solteras

pueden tener mayor sensación de abandono o desprotección, aún más encontrándose frente a un embarazo, lo que podría provocar que aparezca síntomas de depresión y ansiedad, que, si no son canalizados oportunamente, afectarán el bienestar de la madre y el niño por nacer.

Por otro lado, también es importante mencionar que entre las causas de estrés que pueden surgir en gestantes se encuentra la relación marital (51), puesto que los problemas que pueda tener con su pareja, la afectará psicológicamente, más aún si la relación sentimental ha sido conflictiva, o si tienen preocupaciones económicas; situaciones diferentes en las que podrían estar inmersas la mayor parte de la población en estudio que tiene un estado civil de casada o conviviente.

En relación al grado de instrucción, el 31,6% de gestantes había culminado el nivel secundario, 7,9% ha concluido sus estudios superiores no universitarios y el 15,8% sus estudios superiores universitarios; por otro lado, el 21,1% tiene secundaria incompleta y un 5,3% logró terminar sus estudios primarios.

Así también se puede mencionar que 34,3% de la población tiene un nivel educativo inferior a secundaria. Resultados similares muestra Heredia (2018), cuando encuentra en su investigación que hasta el 31,8% de gestantes tuvieron estudios hasta secundaria (61).

López y cols. (2020), señaló en su investigación que los escasos estudios muestran un significativo aumento de síntomas de depresión y ansiedad en las mujeres gestantes (19).

De esta forma, aproximadamente la tercera parte de la población tendría otro factor de riesgo al tener un nivel de instrucción inferior a secundaria; esto se explicaría, pues las personas que alcanzan mayor nivel de estudios, cuentan con conocimientos y mayor capacidad de análisis para reflexionar ante las situaciones y adversidades que se puedan presentar en su día a día, buscando soluciones para sus problemas; lo que no sucedería con las personas con escasos estudios, quienes podría terminar enfrascándose en situaciones de estrés, ansiedad y depresión.

En cuanto a la ocupación, existe un mayor porcentaje de amas de casa (78,9%), el 7,9% realiza trabajo profesional y el 2,6% trabajo técnico. Heredia (2018) coincide al reportar en su estudio que la mayor parte de su población son amas de casa, pero cuentan con un porcentaje menor de 50,9% (61).

El ser ama de casa puede significar un mayor riesgo para presentar problemas psicológicos como estrés, ansiedad y depresión, ya que esta ocupación implica una pesada carga para la gestante, pues se sabe que es un trabajo rutinario, a veces desagradecido e infravalorado; en ese sentido, gran parte de la población en estudio podría presentar estos problemas.

Sin embargo, no se debe dejar de lado a aquellas personas que cuentan con un trabajo técnico o profesional, la carga laboral también puede ser una causa que desencadene de situaciones de estrés.

Finalmente, al hablar de religión, el 81,6% de gestantes son católicas, el 15,8% son no católicas y el 2,6% no posee ninguna creencia religiosa. La religión hace referencia a las creencias de las personas en cuanto a su Espiritualidad y fe en un Ser Supremo, fe que de alguna manera las orienta a ser personas que realicen cosas buenas con los demás y consigo mismos; de esa forma, su Espiritualidad podría ayudarlas a mejorar sus relaciones interpersonales, buscar nuevos enfoques de solución a los problemas diarios, entre otras cosas que conllevarían a la eliminación o mitigación de causantes de estrés, ansiedad y depresión.

Tabla 2: Condiciones obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2020.

Trimestre de gestación	SEGUNDA FASE DE PANDEMIA		TERCER FASE PANDEMIA	
	nº	%	nº	%
Primer trimestre	3	7,9		
Segundo trimestre	35	92,1		
Tercer trimestre			38	100
Paridad	nº	%	nº	%
Primípara	18	47,4	18	47,4
Secundípara	15	39,5	15	39,5
Múltipara	5	13,2	5	13,2
Total	38	100,0	38	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En la tabla 2 se evidencia algunas características obstétricas, durante la segunda fase del periodo de pandemia por coronavirus, el 7,9% de la población se encuentra en el primer trimestre y un 92,1% en el segundo trimestre; después de un periodo aproximado de 5 meses, durante la tercera fase del periodo de pandemia, 38 de las gestantes (100%) se encontraron en el tercer trimestre.

Al respecto, Rojas (2018), señaló que encontrarse en el tercer trimestre de embarazo es un factor de riesgo para presentar depresión y ansiedad (25).

Es así, que gran parte de la población en estudio, quienes se encuentran en el tercer trimestre de gestación, los cuales están evidenciados durante la tercera fase de pandemia, estarían más propensas a presentar estrés, ansiedad y/o depresión; es probable que esto se deba a la proximidad del parto, siendo este un temor frecuente en las mujeres embarazadas por los procesos fisiológicos y las emociones involucradas en el momento; la coyuntura genera en la gestante preocupación por acceder a los servicios de salud con el temor al contagio tanto de ella como del niño por nacer.

Los problemas psicológicos podrían empeorar, si se añade que, al estar en el tercer trimestre de embarazo, la gestante constantemente pensará en la gran responsabilidad que representa tener un hijo, sobre todo si no cuenta con los recursos económicos que esto demanda; siendo otro factor desencadenante de

estrés, ansiedad y depresión.

En relación a la paridad, el 47,4% era primípara, el 39,5% secundípara y el 13,2% múltipara. Al respecto, Wu y cols. (2020), así como Rojas (2018), señalaron que las mujeres primíparas suelen desarrollar síntomas depresivos y de ansiedad (16, 23).

Tal como se mencionó anteriormente, las mujeres primíparas suelen tener mayor temor porque se enfrentan a un proceso que, aunque les provoca muchos sentimientos afectivos, se trata de algo desconocido para ella, generando diferentes emociones que alteran su tranquilidad. Así también el miedo, prácticamente, innato que las mujeres tienen y sienten al momento de hablar del parto, genera una situación de estrés en las mujeres primerizas especialmente.

Frente a todo esto, existe una variedad de técnicas para el manejo y disminución del estrés, entre estas se puede recomendar el análisis introspectivo de que es lo que genera esta alteración mental, elegir las noticias con cuidado, ejercicios en el hogar como por ejemplo los que se emplean durante la psicoprofilaxis, para que de esta manera también se integre la pareja; durante este brote lo indispensable es mantener la calma y tratar de exponerse menos para evitar el contagio y las posteriores consecuencias.

Tabla 3: Nivel de depresión durante la segunda y tercera fase de la pandemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2020.

Nivel de depresión	Segunda fase de la pandemia		Tercera fase de la pandemia	
	N°	%	N°	%
Sin depresión	37	97,4	1	50,0
Depresión leve	1	2,6	9	28,9
Depresión moderada	0	0,0	1	18,4
Depresión severa	0	0,0	7	0,0
Depresión extremadamente severa	0	0,0	0	2,6
Total	38	100,0	38	100,0
* Z = - 3,276	p=0,001		p<0,05	

* Z = prueba de rangos de Wilcoxon para muestras relacionadas

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En la presente tabla se pone en detalle los datos obtenidos durante dos periodos de tiempo, los cuales son puntos críticos de la pandemia, el primero hace referencia a la segunda fase de transmisión de la pandemia por la enfermedad de coronavirus (Covid-19) la cual tiene una duración de 10 días, 7 al 16 de marzo, el segundo hace mención al periodo, desde el 17 de marzo hasta la actualidad, esta clasificación fue dada por el gobierno nacional de turno (54).

En la presente tabla se observó que durante la segunda fase de la pandemia (del 07 al 16 de marzo), el 97,4% de las gestantes no presentaba ningún nivel de depresión y solo un 2,6% tuvo depresión leve. Mientras que, cinco meses después, durante la tercera fase de la pandemia (del 01 al 15 de agosto), se evidenció que el 28,9% de embarazadas presentó depresión leve, 18,4% depresión moderada y 2,6% depresión extremadamente severa.

Según la prueba de rangos de Wilcoxon para muestras relacionadas, se demuestra que sí existe una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de depresión entre la segunda y tercera fase de la pandemia, evidenciándose que

estos han incrementado, según lo señala la prueba $Z = - 3,276$ y el nivel de significancia $p = 0,001$ ($p < 0,05$).

Resultados similares encontró Wu y cols. (2020) en su investigación, pues señaló que las mujeres embarazadas evaluadas después de la declaración de la epidemia de la enfermedad por coronavirus tenían tasas significativamente más altas de síntomas depresivos (26,0% frente a 29,6%, $p = 0,02$) que las mujeres evaluadas antes de la declaración de pandemia (18).

Ricardo y cols. (2013), mencionaron que el 61,4% de su población tuvo un tamizaje positivo para depresión (22); si se entiende que el 50,0% de las gestantes en estudio tuvieron algún nivel de depresión durante la tercera fase de la pandemia, se evidencia que sus resultados difieren en un 11.4% más. En cambio, Ramos y cols. (2019) sólo encontraron que el 8% de su población presentaba sospecha de depresión (20).

En relación a los niveles de depresión, Rojas (2018), encontró porcentajes más altos en comparación a la presente investigación, tales como: 39.7% de depresión leve, 16.8% depresión moderada, 11.7% depresión severa y 5.1% depresión muy severa. En cambio, Arroyo (2016) indicó que el 20% de su población de gestantes están ligeramente deprimidas y un 14.74% de gestantes están moderadamente deprimidas (28).

Así también, Ventocilla (2015) señaló en su investigación, que la mayor parte de gestantes presentan un nivel de depresión leve (55.6%), seguido del estado de no depresión (22.2%) y depresión moderada y grave con 15.3% y 6.9% (29). Mientras que, Heredia (2018) observó que el caso de depresión leve correspondía al 48,2% de su población de estudio (61).

Definitivamente, la pandemia ha incrementado los niveles de depresión en gestantes y en la población general, las circunstancias atravesadas no tienen precedentes, durante la temporada de mayor contagio de SARS – CoV – 2 se presentó un contexto en el que el futuro era incierto e inseguro, las familias perdieron sus seres queridos, afectando todo esto a la salud mental de la población especialmente a las gestantes.

Las mujeres embarazadas, por el mismo proceso que atraviesan, suelen estar más sensibles a los factores emocionales; esto se vio empeorado ante las circunstancias, pues además del pánico colectivo que se vivió durante la segunda

y tercera fase de la pandemia, las gestantes tuvieron que aislarse, por el riesgo que representa la enfermedad en su estado, obligándolas incluso a no acudir a los establecimientos de salud para el control rutinario de su embarazo.

En ese sentido, las gestantes vivían con el temor constante de contagiarse del COVID – 19, pero además tenían la incertidumbre de saber si su embarazo transcurría sin riesgos ni alteraciones; situación que sin duda ha afectado su salud mental, provocando que aquellas gestantes que no tenían depresión, ahora manifiesten síntomas de esta, en algunos casos hasta severo, la cual puede provocar consecuencias graves en la salud materna y perinatal.

La depresión durante la gestación puede generar cambios en la conducta tales como abandono de los servicios de salud, deterioro del autocuidado, consumo de tabaco y alcohol, lo que puede transcribirse en un mal desenlace obstétrico. También puede afectar negativamente el desarrollo del feto, además se asocia a un riesgo mayor de parto pretérmino, recién nacidos pequeños para edad gestacional, entre otros (33).

Asimismo, la depresión en la gestación puede acarrear complicaciones luego del parto, en el desarrollo de los niños, además de que en hijos de madres deprimidas puede provocar 4,7 veces más depresión (33).

Por lo tanto, el 50,0% de mujeres que tienen depresión durante la tercera fase de la pandemia están expuestas a las consecuencias mencionadas anteriormente, e incluso se podrá evidenciar en un futuro mediano, en los niños que nacerán de estas mujeres, ya que su aprendizaje y desarrollo también depende de su entorno familiar y de las emociones y sentimientos que les transmitan sus padres.

Tabla 4: Nivel de ansiedad durante la segunda y tercera fase de la pandemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2020

Nivel de ansiedad	SEGUNDA FASE DE LA PANDEMIA		TERCERA FASE DE LA PANDEMIA	
	n°	%	n°	%
Sin ansiedad	99	75,0	61	46,2
Ansiedad leve	28	21,2	38	28,8
Ansiedad moderada	5	3,8	23	17,4
Ansiedad severa	0	0,0	7	5,3
Ansiedad extremadamente severa	0	0,0	3	2,3
Total	132	100,0	132	100,0
* Z = - 3,929	p=0,000		p<0,05	

* Z = prueba de rangos de Wilcoxon para muestras relacionadas
Fuente: Instrumento de recolección de datos

En la presente tabla se evidencia que durante la segunda fase de la pandemia (del 07 al 16 de marzo), el 81,6% de las gestantes no presentaba ningún nivel de ansiedad, el 15,8% tuvo ansiedad leve y el 2,6% ansiedad moderada. Mientras que, cinco meses después, durante la tercera fase de la pandemia (del 01 al 15 de agosto), se encontró que el 39,5% de embarazadas presentó ansiedad leve, 13,2% ansiedad moderada, 7,9% ansiedad severa y 2,6% ansiedad extremadamente severa.

Según la prueba de rangos de Wilcoxon para muestras relacionadas, se demuestra que sí existe una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad entre la segunda y tercera fase de la pandemia, evidenciándose que estos han incrementado, según lo señala la prueba $Z = - 3,394$ y el nivel de significancia $p = 0,001$ ($p < 0,05$).

Ricardo y cols. (2013), muestra resultados que difieren en cierta medida con la presente investigación, puesto que encontraron al 40,7% de su población con tamizaje positivo para ansiedad (22); considerando que el total de gestantes que presentaron algún nivel de ansiedad fue el 63,2%, existe una diferencia porcentual de 22,5% menos casos de ansiedad. Al respecto, De Molina y cols. (2015), encontraron que el 30% de mujeres embarazadas tuvieron algún nivel de ansiedad,

señalando que esto también se produce por el miedo al dolor del parto (21). En cambio, Díaz y cols. (2013) halló que el 67,3% de gestantes presentaba ansiedad (23). En cuanto a los niveles de ansiedad, Rojas (2018) también mostró porcentajes un poco más altos en comparación a la presente investigación, pues el 39.7% de su población presentó ansiedad leve, 26.6% ansiedad moderada, 11.6% ansiedad severa y 5.1% ansiedad muy severa (25). En cambio, Torres y Guevara (2018) señalaron un 22,7% de las gestantes con un nivel de ansiedad alto y 14,3% presentó ansiedad bajo (26).

Asimismo, Arroyo (2016) encontró que el 37.89% de su población presentó ansiedad severa y un 24.21% ansiedad leve (28); mientras que Heredia expuso que en su estudio el 91,8% de su población tuvo ansiedad baja (61).

Considerando a todos los investigadores mencionados, claro está que los niveles de ansiedad varían en los diferentes grupos poblacionales y en diferentes circunstancias. Para la investigación, se observó durante la segunda fase de la pandemia, es decir al inicio de la transmisión de esta enfermedad, existía un porcentaje considerable de gestantes con ansiedad leve (15,8%) y moderada (2,6%). Es probable que estos niveles de ansiedad se deban al mismo estado del embarazo, puesto que se trata de una situación que provoca preocupaciones por el bienestar, por la salud del niño por nacer, por pensar en un parto sin contratiempos, por el futuro mismo, etc.; incluso las mismas gestantes podrían estar atravesando alguna situación o circunstancia externa al embarazo que provoque síntomas de ansiedad.

Peor aún, estos niveles de ansiedad se ven incrementados mientras transcurre la pandemia, encontrando niveles de ansiedad leve (39,5%), moderado (13,2%), severo (7,9%) y extremadamente severo (2,6%), pues ha desencadenado múltiples preocupaciones en la población, sobre todo en las gestantes, quienes han tenido que aislarse tratando de proteger su salud. Sin embargo, sabiendo que es innato de las personas pensar en el futuro, es probable que las gestantes al pensar en la situación de pandemia, en el desabastecimiento de los servicios de salud, entre otros factores perciban que su estado de salud y el de su bebé está siendo desprotegido, generando mayor intranquilidad.

Las consecuencias que puede acarrear la ansiedad se asocian con el aumento del riesgo de sufrir preeclampsia y recién nacidos con bajo peso. Los hijos de madres con trastorno de ansiedad tienen un mayor riesgo de sufrir déficit atencional,

inmadurez psicomotora, ansiedad en la niñez y desórdenes de conducta (37).

La presencia de altos niveles de ansiedad materna en la fase prenatal y postnatal también ha sido relacionada con complicaciones obstétricas, como por ejemplo sangrado vaginal y amenazas de aborto, además del desarrollo fetal relacionado a las diferencias en el estándar de reactividad, taquicardias, problemas emocionales y de comportamiento en la infancia y adolescencia (3). Por otro lado, se asocian con efectos secundarios como depresión, náuseas, vómitos, parto prematuro y mayor riesgo de preeclampsia (43).

En ese sentido, la ansiedad puede provocar alteraciones y patologías que complican el embarazo; pero también podrá provocar problemas en las relaciones familiares que, aunado al contexto de catástrofe atravesado por la pandemia, ha aumentado el riesgo en este grupo de mujeres que necesitan ayuda especializada y enfocada en mejorar su salud mental perjudicada en estas circunstancias. Esto permitirá que, la misma gestante promueva su bienestar tomando acciones que le permitan sentirse bien física y emocionalmente, pudiendo prevenir mayores inconvenientes que puedan terminar en desenlaces fatales.

Tabla 5: Nivel de estrés durante la segunda y tercera fase de la pandemia en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna, 2020.

Nivel de estrés	SEGUNDA FASE DE PANDEMIA		TERCERA FASE DE PANDEMIA	
	n°	%	n°	%
Sin estrés	36	94,7	28	73,7
Estrés leve	2	5,3	5	13,2
Estrés moderado	0	0,0	3	7,9
Estrés severo	0	0,0	1	2,6
Estrés extremadamente severo	0	0,0	1	2,6
Total	38	100,0	38	100,0
* Z = - 3,875	p=0,000		p<0,05	

* Z = prueba de rangos de Wilcoxon para muestras relacionadas

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Finalmente, se observa en la tabla que durante la segunda fase de la pandemia (del 07 al 16 de marzo), el 94,7% de las gestantes no presentaba ningún nivel de estrés y sólo el 5,3% tuvo estrés leve. Mientras que, cinco meses después, durante la tercera fase de la pandemia (del 01 al 15 de agosto), se encontró que el 13,2% de embarazadas presentó estrés leve, 7,9% estrés moderado, 2,6% estrés severo y 2,6% estrés extremadamente severo.

Según la prueba de rangos de Wilcoxon para muestras relacionadas, se demuestra que sí existe una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de estrés entre la segunda y tercera fase de la pandemia, evidenciándose que estos han incrementado, según lo señala la prueba $Z = - 3,875$ y el nivel de significancia $p = 0,000$ ($p < 0,05$).

Lozada y Nacarino (2020) coinciden con la presente investigación al señalar que la pandemia viral denominada COVID – 19 produce estrés extremo y ansiedad en gestantes (62).

Esto se refleja en los resultados de la investigación, ya que al inicio de la pandemia solo existía 5.3% de estrés leve, pero ya durante la tercera fase de transmisión hay

un total de 26,3% casos de estrés en sus diferentes niveles, incluso extremadamente severo.

Borja y cols. (2020) señalaron que el estrés afecta a las gestantes durante la pandemia provocada por el COVID – 19 asociándose con síntomas ansiosos y depresivos, generados por el confinamiento y aislamiento, el miedo al contagio y a sus adversas consecuencias.

Otras causas de estrés que menciona son el temor que perciben frente a una eventual transmisión vertical del virus al feto, el estrés específico del embarazo y la necesidad de mantener una higiene extrema para evitar el contagio (63).

El embarazo, por sí solo, es una situación causante de estrés en las mujeres porque suceden múltiples cambios físicos, químicos y emocionales, a los cuales el organismo se tiene que adaptar, así también se aúna la sensación de temor frente a lo que va a ocurrir, a la salud y bienestar del bebé y de ella misma, al parto, e incluso a la muerte.

No siendo esto suficiente, se añade el contexto de la pandemia y la vulnerabilidad que ha provocado en los servicios de salud, llegando a desabastecerse; obligándolas a aislarse sin poder recibir alguna orientación de rutina como normalmente se hacía en los controles prenatales. A esto se añade, el estrés provocado por la afectación a nivel económico y laboral que produjo la pandemia, la misma convivencia permanente de las familias sin actividades recreativas, por el contrario, bombardeadas de noticias nefastas, que en algunos casos deterioró estas relaciones interpersonales; aspectos importantes que influyen en el bienestar emocional de las personas.

Las atenciones prenatales contribuían a brindar no solo información o atención obstétrica, sino también, les brindaba apoyo emocional, seguridad y confianza para que ante cualquier situación de peligro, las gestantes puedan acudir al personal de obstetricia o médico de la institución con la finalidad de establecer medidas en el cuidado de su embarazo; así mismo, permitía a los profesionales de la salud indagar e investigar sobre situaciones que no manifiestan por temor o vergüenza, pero que pueden estar alterando su bienestar emocional, orillándolas a cuadros de estrés, ansiedad o depresión extrema. Durante la pandemia, se ha perdido esa oportunidad que ofrece el control prenatal ante la identificación de sintomatología de riesgo, para tomar la decisión de derivarla oportunamente a un especialista que

le ayude a canalizar sus problemas y emociones, sin dejar que empeore a situaciones mayores, tales como autolesionarse o incluso el suicidio.

Por otro lado, también el estrés puede provocar complicaciones obstétricas como abortos espontáneos, parto pretérmino, preeclampsia, diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas y hemorragia post parto, además puede influir sobre el peso del feto especialmente en el segundo trimestre (4,51).

La pandemia ha empeorado estas situaciones de riesgo, provocando mayores niveles de estrés en las gestantes, sin tener la opción de buscar ayuda en los establecimientos de salud por el confinamiento establecido por el gobierno para la prevención de la transmisión del SARS-CoV-2.

Por lo tanto, los eventos de salud pública que amenazan la vida, como es el caso del SARS- CoV-2, pueden aumentar el riesgo de enfermedad mental en las mujeres embarazadas, acarreando consecuencias, tanto a nivel psicológico, cómo físico, provocando enfermedades que pueden terminar en pensamientos de autolesión, incluso suicidio; o afectando el estado clínico de la gestante y el niño por nacer; por lo que se debe establecer estrategias específicas para todas las mujeres embarazadas, puesto que a lo largo de la pandemia han estado expuestas a problemas psicológicos que de una u otra manera ha afectado su salud física y mental.

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

-Las características sociodemográficas que predominaron fueron edad de 28 a 25 años, estado civil conviviente, grado de instrucción secundaria completa, ocupación ama de casa y religión católica.

-Las principales condiciones obstétricas de la población fueron encontrarse en el tercer trimestre de gestación y ser primíparas.

-Los niveles de depresión de las gestantes fueron más altos en la tercera fase de transmisión de la pandemia, en comparación a la segunda fase ($p=0,001$); encontrándose casos principalmente de depresión leve y moderada.

-Los niveles de ansiedad de las gestantes fueron más altos en la tercera fase de transmisión de la pandemia, en comparación a la segunda fase($p=0,001$); encontrándose casos principalmente de ansiedad leve y moderada.

-Los niveles de estrés de las gestantes fueron más altos en la tercera fase de transmisión de la pandemia, en comparación a la segunda fase ($p=0,000$); encontrándose casos principalmente de estrés leve y moderado.

RECOMENDACIONES

Después de señalar y analizar los resultados de la presente investigación, se brinda las siguientes recomendaciones a:

La Universidad Nacional de Cajamarca, en especial las escuelas de formación de profesionales de salud que a través de un proyecto de extensión social en conjunto con docentes y alumnos, formen grupos organizados que capten a la población de gestantes y otros grupos vulnerables adscritos a los diferentes establecimientos de salud, con la finalidad de hacer seguimiento virtual y que sea de manera periódica, para que de esta manera se brinde un soporte socioemocional que permita incluso la identificación de riesgos para la salud mental, así como su canalización a especialistas.

Los profesionales de obstetricia, para que, durante las atenciones obstétricas, ya sea digitales o presenciales, sean exhaustivos en la identificación de conductas de riesgo, empleando mayor énfasis ante las emergencias sanitarias, o incluso fuera del contexto de la pandemia, para realizar una derivación oportuna, además se podría manejar como eje transversal la salud mental de la gestante en la asignaturas de Obstetricia Perinatal, Psicoprofilaxis Obstétrica para de esta manera salvaguardar la salud integral de la gestante.

La Micro Red de Salud Magna Vallejo junto con sus organismo descentralizados(Centro de Salud La Tulpuna) para implementar un equipo integral en cada establecimiento, que permita el manejo adecuado de la atención de salud mental, tanto en el contexto de la pandemia, como fuera de éste, dirigido a poblaciones de riesgo como las gestantes, ya que se encuentran en una etapa donde los factores externos e internos influyen significativamente en la salud materna y en el futuro crecimiento y desarrollo del niño por nacer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. Suiza; 2020.[citado el 15 de febrero del 2020] Disponible en:
<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. Huarcaya J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19 [Internet]. Vol. 37, Rev Peru Med Exp Salud Publica. Perú; 2020. [citado el 15 de febrero del 2020] Disponible en:
<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/5419>
3. Aguilar S, Barja J, Cerda M. Estrés durante el embarazo como factor de riesgo para el bajo peso del recién nacido Stress during pregnancy as a risk factor for low weight in the newborn [Internet]. Vol. 49, Revista Cubana de Medicina Militar. Lima, Per; 2020.[citado el 18 de febrero del 2020].Disponible en:
<http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/620/496>
4. Brachetti E, Ruperti E, Irigoyen S, Brito F. Efectos del Estrés Materno Intenso y Prolongado Durante el Embarazo y su repercusión Sobre el Neurodesarrollo del Feto[Internet]. Vol. 29, Revista Ecuatoriana de Neurología. Guayaquil, Ecuador; 2020. [citado el 21 de febrero del 2020]. Disponible en: <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2020/11/2631-2581-rneuro-26-02-00023.pdf>
5. Caparrón R. Estrés por la covid-19 durante el embarazo: ¿puede afectar al feto? [Internet]. España; 2020 [citado 11 de febrero de 2020]. Disponible en:
<https://www.heraldo.es/noticias/salud/2020/10/28/estres-por-la-covid-19-durante-el-embarazo-puede-afectar-al-feto-1402422.html>
6. Ojeda H, Gerardo F. COVID-19 y salud mental: mensajes clave [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. Estados Unidos; 2020. [citado el 4 de febrero del 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-salud-mental-mensajes-clave>
7. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China [Internet]. Vol. 17, International Journal of Environmental Research and Public Health. Singapur: MDPI AG; 2020 mar. [citado el 8 de febrero del 2020]. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32155789/>

8. Ozamiz N, Dosil M, Picaza M, Idoiaga N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain [Internet]. Vol. 36, *Cadernos de Saude Publica*. España: Fundacao Oswaldo Cruz; 2020 abr.[citado el 20 de febrero del 2020] Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2020000405013&script=sci_arttext&tlng=en
9. Cifuentes Á, Rivera D, Vera C, Murad R, Sánchez S, Castaño L, et al. Ansiedad, depresión y miedo: impulsores de la mala salud mental durante el distanciamiento físico en Colombia [Internet]. Colombia; 2020. [citado el 20 de febrero del 2020]. Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Informe-3-Ansiedad-depresion-y-miedo-impulsores-mala-salud-mental-durante-pandemia-Estudio-Solidaridad-Profamilia.pdf>
10. Diario Estrategia. Salud mental y COVID-19: El 70% de las mujeres en Chile sufre de estrés debido a la cuarentena [Internet]. 2020.[citado el 15 de febrero del 2020] Disponible en: <http://www.diarioestrategia.cl/tag/wwwpsicologiachilecl>.
11. Lozano A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China [Internet]. Vol. 83, *Revista de Neuro-Psiquiatria*. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020 abr. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972020000100051&script=sci_abstract
12. Defensoría del Pueblo. El derecho a la Salud Mental, supervisión de la implementación de la política pública de atención comunitaria y el camino de la institucionalidad[Internet]. Perú, 2018. [citado el 4 de abril del 2021] Disponible en: <http://www.defensoria.gob.pe>
13. Ministerio de Salud. Lineamientos de política sectorial en salud mental[Internet]. Perú; 2018. [citado el 4 de marzo del 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
14. Díaz R, Aguilar V, Santillán R. Estrés y embarazo [Internet]. Vol. LVI, *Revisión Revisión Revisión Revisión*. México; 2019.[citado el 13 de febrero del 2020] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-1999/od991f.pdf>
15. Martínez J, Jácome N. Depresión en el embarazo [Internet]. Vol. 48, *Revista*

- Colombiana de Psiquiatría. Colombia; 2019. [citado el 20 de febrero del 2020]
 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v48n1/0034-7450-rcp-48-01-58.pdf>
16. Rashidi F, Simbar M. Coronavirus pandemic and Worries during Pregnancy; a Letter to Editor. [Internet]. Vol. 8, National Center for Biotechnology Information. Estados Unidos; 2020 mar.[citado el 18 de febrero del 2020]
 Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7075675/>
 17. Dirección Regional de Salud, Epidemiología OR de. Situación Epidemiológica de gestantes durante cuarentena COVID-19. 2020[Internet]. Perú, 2020. [citado el 14 de febrero del 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5148.pdf>.
 18. Wu Y, Zhang C, Liu H, Duan C, Li C, Fan J, et al. Perinatal depressive and anxiety symptoms of pregnant women during the coronavirus disease 2019 outbreak in China [Internet]. Vol. 223, American Journal of Obstetrics and Gynecology. China: Mosby Inc.; 2020 ago [citado 14 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937820305342>
 19. López P, Pantoja L, Mella M, Utreras M, Vergara C. Revisión de los riesgos maternos y perinatales en tiempos de COVID-19. Desafíos para el rol de la Matronería [Internet]. Vol. 85, Revista chilena de obstetricia y ginecología. Chile: SciELO Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID); 2020 sep [citado 14 de febrero del 2020]. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000700018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 20. Osma S, Lozano M, Mojica M, Redondo S. Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca[Internet]. Vol. 22, Colombia; 2019. [citado el 4 de abril del 2021] Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1022097/3586-prevalencia-depresion-ansiedad-10-20190926.pdf>
 21. Ramos B, Bautista J, Ranauro M, González F. Prevalencia de depresión en mujeres gestantes de una institución de salud de la región Huasteca Sur de San Luis Potosí [Internet]. Vol. 10, Tlatemoani. México; 2019. [citado el 20 de febrero del 2020] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7340401>
 22. De Molina I, Rubio L, Roca A, Jimenez M, De la flor M, Sirgo A. Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto; la importancia de su detección [Internet]. España; 2015

- [citado 14 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n13/n13a03.pdf>
23. Ricardo C, Álvarez M, Ocampo M, Tirado A. Prevalencia del tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín, entre enero y agosto de 2013. Factores de riesgo asociados [Internet]. Vol. 66, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Colombia; 2015 abr. [citado el 11 de febrero del 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n2/v66n2a02.pdf>
 24. Diaz M, Amato R, Chávez J, Ramírez M, Rangel S, Rivera L, et al. Depresión y ansiedad en embarazadas [Internet]. Venezuela; 2013. [citado el 24 de febrero del 2020]. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382013000200006
 25. Rojas D. Frecuencia de ansiedad y depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud la Libertad durante el periodo de septiembre a noviembre del 2017 [Internet]. Perú; 2018.[citado el 13 de febrero del 2020] Disponible en: <http://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/UPECEN/146/1/FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2017.pdf>
 26. Torres T, Guevara Y. Ansiedad en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un Centro de Salud en la ciudad de Iquitos-2017 [Internet]. Iquitos, Perú: Universidad Científica el Perú; 2018.[citado el 13 de febrero del 2020] Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/465>
 27. Ríos F. Ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud de Referencia de Ayabaca, 2016 [Internet]. Perú; 2016. [citado el 15 de febrero del 2020]. Disponible en: http://civ.uap.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=51470&shelfbrowse_itemnumber=110603
 28. Arroyo M. Ansiedad y depresión en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Augusto Hernandez Mendoza de EsSalud Ica - 2016 [Internet]. Repositorio Institucional - UAP. Ica, Perú; 2016.[citado el 17 de febrero del 2020] Disponible en: <http://civ.uap.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=49641>
 29. Ventocilla V. Depresión en madres gestantes de la Micro Red Juliaca – Centro de Salud Revolución – 2014 [Internet]. Juliaca, Perú; 2015. [citado el 17 de febrero del 2020]. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/223>

30. Coryell W. Transtornos depresivos. *Carver College of Medicine at University*, marzo 2020. [Internet]. Iowa; 2020. [citado el 20 de febrero del 2020]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>
31. Organización Mundial de la Salud. OMS | Depresión [Internet]. WHO. Suiza; 2017. [citado el 20 de febrero del 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
32. Cabana A. La Depresión: un acercamiento desde el modelo cognitivo de Beck [Internet]. Uruguay, 2018. [citado el 4 de abril del 2020]. Disponible en: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/articulo_revision_la_depresion_un_acercamiento_desde_el_modelo_cognitivo_de_beck.pdf
33. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio [Internet]. Vol. 48, Revista Chilena de Neuro Psiquiatria [Internet]. Vol. 25(6) 1019-1028 Chile; 2014; Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003
34. Zardoya M, Medrano J, Pacheco L. Uso de psicofármacos durante el embarazo y lactancia [Internet]. Vol. 2, España 2016. [citado el 4 de abril del 2021]. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/psicoEmb/Psicofarmacos_embarazo_lactancia.pdf
35. Maldonado A. Niveles de ansiedad en mujeres embarazadas y en estado de puerperio con hospitalización prolongada del Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora". [Internet]. Quito, 2018. [citado el 4 de abril del 2021]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15178/1/T-UCE-0007-PC043-2018.pdf>
36. Serrano S, Campos P, Carreazo N. Asociación entre la ansiedad materna y el parto pretérmino en Lima, Perú [Internet]. Vol. 42, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Lima, Perú; 2016. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2016/cog163f.pdf>
37. Wedel K. Depresión, ansiedad y disfunción familiar [Internet]. Vol. 3, REVISTA MEDICA SINERGIA. Costa Rica; 2018. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms181a.pdf>
38. Silva E, Díaz V, Mejías M. Ansiedad y depresión durante el embarazo [Internet]. Vol.

- 15, Informe Médico. Venezuela; 2013. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_im/article/view/6207/5981
39. Bastillero P. Ansiedad y depresión en madres y padres durante el embarazo y puerperio. Efectos de un programa de intervención. [Internet] Oviedo, 2018. [citado el 4 de abril del 2021]. Disponible en: https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/50390/TD_PatriciaBestilleiroFernandez.pdf?sequence=1&isAllowed=y
40. Martínez C, Inglés C, Cano A, García J. Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang [Internet]. Vol. 18, Universidad Miguel Hernández de Elche. España; 2012. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/232706973_Estado_actual_de_la_investigacion_sobre_la_teor%C3%ADa_tridimensional_de_la_ansiedad_de_Lang_Current_status_of_research_on_Lang's_three-dimensional_theory_of_anxiety
41. Díaz C, Santos L. La ansiedad en la adolescencia. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA) [Internet]. Vol. 6(1): 21-31. España, 2018. [citado el 4 de abril del 2021]. Disponible en: <file:///C:/Users/Mart%C3%ADn/Downloads/Dialnet-LaAnsiedadEnLaAdolescencia-6317303.pdf>
42. El trastorno de ansiedad generalizada. Rev. Fac. Med. (Méx.) [Internet]. 2013 Ago [citado el 4 de abril del 2021]; 56(4): 53-55. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400009&lng=es.
43. Ayala R, Miranda L, Solís T, Valencia N, Cieza L, Amado J. Gestante con COVID 19 moderado y proceso de atención en el recién nacido [Internet]. Vol. 81, Anales de la Facultad de Medicina. Lima, Perú; 2020 jun. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/17694>
44. Guerra A, Dávalos D, Castillo A, Detección de síntomas depresivos en mujeres gestantes de alta complejidad obstétrica y factores correlacionados[Internet]. Colombia, 2017. [citado el 4 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745016300853>
45. Tortella M. Trastornos de ansiedad en el DSM-5 [Internet]. Vertex. 2014. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>
46. Quispe S. Niveles de estrés y clima laboral en los colaboradores de una empresa privada en Lima[Internet]. Perú,2016. [Citado el 4 de abril del 2021]. Disponible en:

<http://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/AUTONOMA/366/1/QUISPE%20GAMI%20O%2C%20SHERLLEY%20KATHERINE%20JULLY%20ROSSMERY.pdf>

47. Pérez D, García J, García T, Vázquez D, Centelles M. Conocimientos sobre estrés. Salud y creencias de control para la Atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Cuba,2014 Sep [citado el 5 de abril del 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300009&lng=es.
48. Cerrón S, De la Cruz I. Estrés y preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica,2014. Huancavelica, Perú: Universidad Nacional de Huancavelica; 2014.
49. Vásquez F. Asociación entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero 2016. [Lima]: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS; 2016.
50. Huayna A, Ramos C, Salas E. Locus de control y estrés percibido en padres de niños con enfermedades crónicas. [Internet] Perú, 2018. [citado el 4 de abril del 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v18n2/v18n2_a04.pdf
51. Cáceres R, Martínez J, Arancibia M, Sepúlveda E. Efectos neurobiológicos del estrés prenatal sobre el nuevo ser. [Internet]. Chile, 2017 [citado el 5 de abril del 2021]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272017000200005&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4067/S071792272017000200005>.
52. Aguirre E, Abufhele M, Aguirre R. Estrés preanatal y sus efectos Fundamentos para la intervención temprana en neuroprotección infantil [Internet]. Vol. 1, Estudios Públicos. Chile; 2016. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/es/revista/estudios-publicos-santiago/articulo/estres-prenatal-y-sus-efectos-fundamentos-para-la-intervencion-temprana-en-neuroproteccion-infantil>
53. Pacheco J. La pandemia de COVID-19 y su impacto en la vida en la Tierra [Internet]. Vol. 1, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Lima - Perú; 2020. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322020000200002&script=sci_arttext&lng=en
54. Hospital Sant Joan Déu. Coronavirus(COVID-19) y embarazo [Internet]. España; 2020. Disponible en: <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/coronavirus-embarazo-informacion-fiable-para-pacientes-durante-gestacion-parto-posparto>

55. Organización Mundial de la Salud. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. Suiza; 2020 abr. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
56. Ministerio de Salud. Plan Nacional de reforzamiento de los servicios y contención del COVID-19 [Internet]. Perú; 2020. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1087582>
57. Matzumura J, Sandoval I, Meza L. Recomendaciones en gestantes durante la pandemia COVID-19 [Internet]. Vol. 9, Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. Lima, Perú; 2020. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/191>
58. Ministerio de la Sanidad. Información Científica. Enfermedad por Coronavirus, COVID 19 [Internet]. España; 2020. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>
59. Gobierno del Perú. Coronavirus: fases de transmisión de la enfermedad | Gobierno del Perú [Internet]. Lima, Perú; 2020 jul. Disponible en: <https://www.gob.pe/8788-presidencia-del-consejo-de-ministros-coronavirus-fases-de-transmision-de-la-enfermedad>
60. Ortiz M. Ansiedad, depresión y estrés como factores de riesgo de amenaza de parto pretermino en el Hospital de Apoyo II-Sullana en los años 2019-2020 [Internet]. Piura, Perú; 2020. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/6132>
61. Heredia Y. Condición del estado civil y nivel de ansiedad y depresión en gestantes adolescentes. Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca 2018 [Internet]. Cajamarca, Perú; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2276>
62. Lozada J, Nacarino J. Ansiedad en gestantes durante la pandemia del COVID-19 [Internet]. Trujillo, Perú; 2020 [citado 22 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/gom209l.pdf>
63. Romero B, Puertas JA, Mariño C, Peralta MI. Variables del confinamiento por COVID-19 predictoras de sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres embarazadas [Internet]. Medicina Clínica. España; 2020 nov [citado 22 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775320307429>

ANEXO N°1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ECUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA



CUESTIONARIO

El presente cuestionario es parte de una investigación y tiene por objetivo Determinar si el nivel de depresión, ansiedad y estrés en gestantes atendidas en el Centro de Salud “La Tulpuna” se incrementa durante el periodo de pandemia en Cajamarca 2020.

Por lo que solicito responder cada una de las siguientes preguntas de manera clara y veraz. Toda la información será registrada de forma anónima y de manera confidencial.

I. Datos generales

Edad: _____

Estado Civil

Soltera () Casada () Conviviente () Otros ()

Grado de instrucción

Sin instrucción ()
Primaria completa ()
Primaria incompleta ()
Secundaria completa ()
Secundaria incompleta ()
Superior universitaria completa ()
Superior universitario incompleta ()
Superior no universitario completa ()
Superior no universitario incompleta ()

Ocupación

Ama de casa () Trabajo técnico () Trabajo profesional () Comerciante () Otros ()

Religión:

Católico () No católico () Ninguno ()

Trimestre de embarazo

Primer trimestre () Segundo trimestre () tercer trimestre ()

Paridad:

Primer hijo () segundo hijo () tercer hijo a más hijos ()

**II. Cuestionario “Depression Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21)”,
(07 al 16 de marzo)**

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted *durante la semana pasada*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 No me aplicó
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

1. Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar.....	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8. Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10 Sentí que no tenía nada por que vivir.....	0	1	2	3
11 Noté que me agitaba	0	1	2	3
.				
12 Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
.				
13 Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
.				
14 No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
.				
15 Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
.				
16 No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
.				
17 Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
.				
18 Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19 Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20 Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21 Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	0	1	2	3

III. Cuestionario “Depression Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21)”, (01 al 12 de agosto)

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted *durante la semana pasada*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 No me aplicó
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

1. Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar.....	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8. Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10 Sentí que no tenía nada por que vivir.....	0	1	2	3
11 Noté que me agitaba	0	1	2	3
.				
12 Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
.				
13 Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
.				
14 No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
.				
15 Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
.				
16 No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
.				
17 Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
.				
18 Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19 Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20 Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21 Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	0	1	2	3