

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA**

ESCUELSA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“Relación entre complicaciones obstétricas y depresión en gestantes
atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque entre agosto y
diciembre del 2025”**

Para obtener el título profesional de Médico (a) Cirujano (a)

Línea de investigación: Ciencias de la salud

AUTORES

Llanos Olivera, Anthony David

Manay Davila, Juli Medali

ASESOR

Dr. José Enrique Pecsén Monteza

Lambayeque – Perú 2026

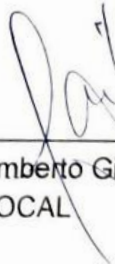
APROBADO POR:



Dr. Hugo A. Urbina Ramírez
PRESIDENTE



Dr. Gustavo Arteparra Paredes
SECRETARIO



Dr. Juan Humberto Giles Añi
VOCAL



Dr. José E. Pecsén Monteza
ASESOR

ACTA DE SUSTENTACIÓN N° 005-2026-FMH-UNPRG

Siendo las 11 : 00 horas del día 23 de FEBRERO del 2026, se reunieron los miembros del jurado evaluador designados mediante Resolución N° 200-2024-D-FMH-UNPRG; conformada por los siguientes docentes:

Presidente: Dr. URBINA RAMIREZ HUGO ADALBERTO
Secretario: Dr. ANTEPARRA PAREDES GUSTAVO ENRIQUE
Vocal: Dr. GILES AÑI JUAN HUMBERTO

Con la finalidad de evaluar y calificar la sustentación de la tesis titulada:
"RELACION ENTRE COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y DEPRESION EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BELEN DE LAMBAYEQUE ENTRE AGOSTO Y DICIEMBRE DEL 2025"
cuyos autores son los Bachilleres:

LLANOS OLIVERA ANTHONY DAVID
MANAY DAVILA JULI MEDALI

Teniendo como Asesor al Dr. JOSE ENRIQUE PECSEN MONTEZA

El acto de sustentación fue autorizado por Resolución N° 097-2026-D-FMH-UNPRG de fecha 20 de febrero del 2026.

Después de la sustentación y absueltas las preguntas y observaciones de los miembros de jurado se procedió a la calificación respectiva otorgándoseles la calificación de 17 (DIÉCISIETE) en escala vigésima y 87 (OCHEENTA Y SIETE) en la escala centesimal, Nivel: BUENO

Por lo que quedan APTOS para optar el título profesional de Médico Cirujano de acuerdo con la Ley Universitaria 30220 y la normatividad vigente de la Facultad de Medicina Humana y la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Siendo las 11 : 50 horas se da por concluido el presente acto académico, dándose conformidad al presente, con la firma de los miembros del jurado.

Dr. URBINA RAMIREZ HUGO ADALBERTO
PRESIDENTE

DR. ANTEPARRA PAREDES GUSTAVO ENRIQUE
SECRETARIO

Dr. GILES AÑI JUAN HUMBERTO
VOCAL



CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo, JOSÉ ENRIQUE PECSÉN MONTEZA usuario revisor de:

Tesis

Trabajo de Suficiencia Profesional

Trabajo Académico

Titulado RELACIÓN ENTRE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BELÉN DE LAMBAYEQUE ENTRE AGOSTO Y DICIEMBRE DE 2025

Cuyo(s) autor(es) es(son):

ANTHONY DAVID LLANOS OLIVERA DNI° 73318997

JULI MEDALI MANAY DAVILA DNI° 47621646

declaro que la evaluación realizada por el Programa informático, ha arrojado un porcentaje de similitud 16 %, verificables en el Resumen del Reporte Automatizado de similitudes que se acompaña.

El(La/Los/Las) suscrito(a/s/as) analizó y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas dentro del porcentaje de similitud permitido no constituyen plagio y que el documento cumple con la integridad científica y con las normas para el uso de citas y referencias establecidas en los protocolos respectivos.

Se cumple con adjuntar el Recibo Digital a efectos de la trazabilidad respectiva del proceso.

Lambayeque, 23 de FEBRERO del 2026



Nombres y Apellidos: JOSE ENRIQUE PECSÉN MONTEZA

DNI°: 16710447

ASESOR

Defina la modalidad con [X]

Adjuntar

- Reporte Automatizado de similitudes
- Recibo Digital

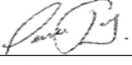
relacion entre complicaciones obstetricas y depresión en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque agosto y diciembre del 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

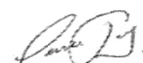
16%	17%	6%	5%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	6%
2	sochog.cl Fuente de Internet	1%
3	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	comunicacion-cientifica.com Fuente de Internet	1%
6	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	www.slideshare.net Fuente de Internet	1%
8	apirepositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	<1%
9	Submitted to Universidad Catolica San Antonio de Murcia Trabajo del estudiante	<1%
10	Submitted to Universidad de Yacambú Trabajo del estudiante	<1%


Dr. José E. Pecsén Monteza
DNI: 16710447
ASESOR

11	revista.nutricion.org Fuente de Internet	<1 %
12	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	Submitted to Universidad Wiener Trabajo del estudiante	<1 %
14	core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
15	repositorioinstitucional.buap.mx Fuente de Internet	<1 %
16	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
17	Submitted to Universidad Privada Antenor Orrego Trabajo del estudiante	<1 %
18	consultorsalud.com Fuente de Internet	<1 %
19	tesis.sld.cu Fuente de Internet	<1 %
20	Espinola Matta, Bertha Jannet. "Deserción al uso de métodos anticonceptivos y factores biosocioculturales de mujeres en edad fértil, puesto salud san juan, Chimbote 2011", Universidad Católica los Ángeles de Chimbote (Peru) Publicación	<1 %
21	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
22	Submitted to Universidad Nacional de Tumbes	<1 %



23

dspace.ucacue.edu.ec

Fuente de Internet

<1 %

24

es.scribd.com

Fuente de Internet

<1 %

25

renati.sunedu.gob.pe

Fuente de Internet

<1 %

26

www.scielo.br

Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas

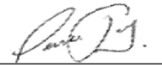
Activo

Excluir coincidencias

< 15 words

Excluir bibliografía

Activo



Dr. José E. Pecsén Monteza

DNI: 16710447

ASESOR



Recibo digital

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

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Anthony David Y Juli Medali, Llanos Olivera Y Manay Davila
Título del ejercicio: Quick Submit
Título de la entrega: relacion entre complicaciones obstetricas y depresión en gest...
Nombre del archivo: recibo_digital_INFORME_DE_TESIS_ ANTHONY_LLANOS_- _JULI_...
Tamaño del archivo: 1.18M
Total páginas: 42
Total de palabras: 8,230
Total de caracteres: 46,422
Fecha de entrega: 17-feb-2026 10:49a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 2881485267

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA
ESCUELSA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

"Relación entre complicaciones obstétricas y depresión en gestantes
atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque entre agosto y
diciembre del 2025"

Para obtener el título profesional de Médico (a) Cirujano (a)

Línea de investigación: Ciencias de la salud

AUTORES

Llanos Olivera, Anthony David
Manay Davila, Juli Medali

ASESOR

Dr. José Enrique Pecesén Monteza

Lambayeque – Perú 2026

Dr. José E. Pecesén Monteza
DNI: 16710447
ASESOR

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotros, Anthony David Llanos Olivera y Juli Medali Manay Davila, investigadores principales, y Dr. José Enrique Pecsén Monteza, asesor del trabajo de investigación “RELACIÓN ENTRE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y DEPRESIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BELÉN DE LAMBAYEQUE ENTRE AGOSTO Y DICIEMBRE DEL 2025”, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demuestre lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que tuviera lugar que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 17 de FEBRERO del 2026



BACH. ANTHONY D. LLANOS OLIVERA
Investigador principal



BACH. JULI MEDALI MANAY DAVILA
Investigador principal



DR. JOSÉ ENRIQUE PECSÉN MONTEZA
ASESOR

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
Formulación del problema de investigación	5
Objetivos	5
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
Justificación	5
CAPITULO I: DISEÑO TEÓRICO	6
ANTECEDENTES	6
INTERNACIONALES	6
NACIONALES	6
LOCALES.....	8
BASES TEÓRICAS	9
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS.....	9
DEPRESIÓN	11
DEFINICIÓN DE VARIABLES	12
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	17
CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO.....	18
TIPO DE INVESTIGACIÓN	18
POBLACIÓN Y MUESTRA	18
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	20
ANÁLISIS DE PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	21
ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	22
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	23
RESULTADOS	23
DISCUSION	27
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES.....	30
CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	37

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre las complicaciones obstétricas y la depresión en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque entre agosto y diciembre del 2025. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio no experimental, descriptivo, prospectivo y correlacional. La población estuvo conformada por 228 gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia en el Hospital Belén de Lambayeque durante el período agosto a diciembre del 2025. Se evaluaron características psicosociodemográficas y obstétricas, se determinó la presencia de depresión en las pacientes utilizando el Inventario de Depresión de Beck II modificado. Se evaluó la relación entre las complicaciones obstétricas y la depresión a través del chi-cuadrado estadístico, considerando un valor de significancia $p < 0,05$. **Resultados:** En la población estudiada se evidenció que el grupo etario predominante correspondió a gestantes no añosas (20–34 años) con 70,6%, seguido de adolescentes (18%). La mayoría fue conviviente (71,9%), presentó nivel educativo secundario (60,1%) y no laboraba (89%). Se identificó que el 38,2% de las gestantes tuvo un embarazo no planificado y el 23,7% presentó antecedente de gestación no evolutiva. Las complicaciones obstétricas se registraron en el 32,9% de la muestra, siendo los trastornos hipertensivos los más frecuentes (11,8%). La prevalencia de depresión fue de 31,1%. **Conclusiones:** Se encontró una asociación altamente significativa entre la depresión y las complicaciones obstétricas.

Palabras clave: Depresión en gestantes, complicación obstétrica, salud mental materna, atención prenatal

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between obstetric complications and depression in pregnant women attended at Hospital Belén de Lambayeque during the period from August to December 2025. **Materials and Methods:** A non-experimental, descriptive, prospective, and correlational study was conducted. The study population consisted of 228 pregnant women attended at the Gynecology and Obstetrics Department of Hospital Belén de Lambayeque. Psychosociodemographic and obstetric characteristics were evaluated, and the presence of depression was assessed using the modified Beck Depression Inventory II. The relationship between obstetric complications and depression was analyzed using the chi-square test, considering a significance level of $p < 0.05$. **Results:** In the study population, the predominant age group was non-advanced maternal age (20–34 years), accounting for 70.6%, followed by adolescents (18%). Most participants were cohabiting (71.9%), had secondary education (60.1%), and were not employed (89%). Unplanned pregnancy was reported in 38.2% of cases, and 23.7% had a history of non-evolutive gestation. Obstetric complications were identified in 32.9% of the sample, with hypertensive disorders being the most frequent (11.8%). The prevalence of depression was 31.1%. **Conclusions:** A highly significant association was found between depression and obstetric complications

Keywords: Depression in pregnancy, obstetric complications, maternal mental health, prenatal care.

INTRODUCCIÓN

Se define la depresión como un trastorno psiquiátrico que se caracteriza por síntomas psicológicos como la pérdida de la motivación, estado de tristeza continua, sensación de desesperanza, autoestima baja, sensación de culpa, pérdida del disfrute de actividades que antes eran consideradas placenteras, etc. (1) Afecta a diferentes poblaciones, entre ellas, a mujeres en edad reproductiva, incluyendo a aquellas que están embarazadas. Las causas de la depresión durante el embarazo pueden ser diversas, incluyendo factores hormonales, estrés físico y emocional, edad, embarazo no deseado, ser madre soltera, problemas económicos, antecedente de depresión, falta de apoyo familiar, violencia doméstica (2, 3).

A nivel mundial, la prevalencia de la depresión durante el embarazo varía considerablemente, situándose entre el 15% y el 65%. (4) Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), en países en desarrollo, entre el 20% y el 40% (5) de las mujeres presentan depresión en la gestación o en el puerperio. (6). En Latinoamérica, la prevalencia de casos de depresión durante la gestación es del 29% (7).

En Perú, en 2018 - 2019, la prevalencia de depresión en el embarazo fue de 6.8%. (8) Otros estudios demostraron que, en el primer trimestre, la prevalencia de depresión severa es del 6% y de 11% en el tercer trimestre; en depresión moderada, es alrededor de 19% y 21%, respectivamente; y en el segundo trimestre, la depresión moderada tuvo una prevalencia del 17% (6).

Las complicaciones obstétricas aumentan el riesgo de mortalidad materna tanto durante el embarazo como en el período postparto (9), siendo las más comunes la preeclampsia, hipertensión gestacional, restricción del crecimiento uterino (RCIU), parto prolongado, parto pretérmino y desprendimiento prematuro de placenta. (10, 11,12, 13)

Debido a que la investigación sobre las complicaciones obstétricas en gestantes y su relación con la depresión sigue siendo muy limitada, se consideró importante realizar esta investigación ya que podría proporcionar una comprensión más completa del impacto de la salud mental sobre el desarrollo del embarazo y motivar el desarrollo de intervenciones efectivas

para prevenir y tratar la depresión en gestantes, con el objetivo de mejorar los resultados maternos e infantiles en el país.

Por ello se formuló el problema de investigación: ¿Cuál es la relación entre las complicaciones obstétricas y la depresión en gestantes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Belén de Lambayeque entre agosto y diciembre del 2025?.

Por lo tanto, el objetivo planteado de este estudio fue determinar la relación entre las complicaciones obstétricas y la depresión en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque entre agosto y diciembre del 2025. Los objetivos específicos fueron i) Identificar las principales características sociodemográficas: edad, lugar de procedencia, grado de instrucción, condición laboral, estado civil en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque, entre agosto - diciembre de 2025. ii). Identificar las complicaciones obstétricas: preeclampsia, hipertensión gestacional, restricción del crecimiento uterino, parto prolongado, parto pretérmino y desprendimiento prematuro de placenta en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque, entre agosto y diciembre de 2025. iii). Identificar la presencia de depresión en gestantes atendidas en el hospital Belén de Lambayeque, entre agosto y diciembre de 2025. iv). Hallar la relación entre las complicaciones obstétricas y la depresión en las gestantes atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque, entre agosto y diciembre de 2025.

Este estudio busca demostrar que existe mayor nivel de complicaciones obstétricas en gestantes que padecen depresión y de esta manera, enfatizar la importancia de la salud mental en la gestación para mejorar los resultados obstétricos y reducir la tasa de mortalidad materna, así como la carga sobre los sistemas de salud, influyendo positivamente en las políticas de salud pública y la formación de profesionales. Además, ya que no existen trabajos sobre el tema realizados en la región Lambayeque, es importante dar el primer paso para poder identificar el impacto que tiene la depresión sobre la gestación

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES

INTERNACIONALES

Coo y colaboradores (16) en el 2021 en Chile, publicaron un estudio que buscaba evaluar la prevalencia de la presencia de cuadros depresivos. Se realizó un estudio cuantitativo con diseño de medidas repetidas y con una muestra conformada por 158 gestantes con más de 24 semanas de embarazo. Se utilizó un cuestionario de variables sociodemográficas y obstétricas y la Escala de Depresión de Edimburgo. Como resultados, se obtuvo que el 13,9% de las participantes presentó niveles altos de depresión.

NACIONALES

Acosta B. y colaboradores (17), en el año 2015 en Iquitos (Perú), buscaron la relación entre factores socioeconómicos, sociodemográficos, obstétricos y la depresión en gestantes adolescentes; utilizándose el método cuantitativo, no experimental, con diseño descriptivo correlacional; obteniéndose que el 62.2% conviven con su pareja, el 55,6% tiene un ingreso mensual menor a 500 soles, el 86,7% es adolescente tardía, 83.3% eran procedentes de zonas urbanas, el 81,1% fueron nulíparas, en lo que respecta a la depresión se encontró que el 74,4% del total de gestante sí presentaron depresión. Llegando a la conclusión que el estado civil tiene una relación significativa con la depresión ($p = 0,018$); al igual que el ingreso económico mensual y la depresión ($p = 0,000$).

Lena M y colaboradores (18) en Lima en el año 2009 buscaron establecer la prevalencia de depresión durante la gestación y las características sociodemográficas y obstétricas relacionadas, a través de un estudio descriptivo transversal con asociación simple encontrándose que la mayoría de pacientes era conviviente en un 60,4%, su nivel educacional más frecuente fue secundaria completa con un 61%, la relación de pareja fue buena en un 89.6%, el embarazo fue planificado en un 43,7%, el 43% sufre de complicaciones durante el embarazo, encontrándose relación significativa entre el embarazo no planificado y la depresión ($p= 0,029$), y también se

encontró una relación entre la depresión mayor y las complicaciones durante el embarazo ($p= 0,029$).

Campos L. (3) en Perú en el año 2017, buscó identificar los principales factores que se asocian a la depresión perinatal , realizó un estudio analítico, transversal y observacional. Se obtuvo como resultados que la depresión tiene una prevalencia de 41%, además encontró que la depresión se asocia a algunos factores demográficos como la edad, estado civil y el nivel educativo y algunos factores psicosociales como ausencia de apoyo familiar, inestabilidad económica, insatisfacción conyugal , agresión doméstica y el embarazo no planificado; llegando a la conclusión que la violencia de doméstica es un factor predictor de depresión perinatal ($p=0.000$) ($OR=16.915$)

Saravia M. (19) publicó un estudio en el año 2016 en Lima, buscó establecer la relación entre las complicaciones obstétricas y los grados de depresión durante el embarazo. Se realizó un estudio cuantitativo, correlacional y retrospectivo con diseño transversal, donde participaron 75 gestantes con diagnóstico de depresión durante su consulta con el psicólogo y que presentaron alguna complicación. El 14.7% de las gestantes tenía un nivel de depresión moderada y el 85.3%, leve. Como resultado, se encontró una relación muy significativa entre la depresión moderada y las complicaciones obstétricas hipertensivas ($p=0.000$), incluyendo, desprendimiento prematuro de placenta ($p=0.015$), preeclampsia ($p=0.007$); concluyendo que existe una relación significativa entre las complicaciones obstétricas hipertensivas y la depresión moderada en gestantes.

Mendoza y Muñoz (20) en el 2018 en Perú, publicaron un estudio donde buscaron conocer el nivel de depresión en mujeres embarazadas y factores asociados. Este estudio fue descriptivo, observacional, prospectivo y de corte transversal y la muestra estuvo conformada por 62 gestantes a quienes se les aplicó el test de Hamilton para valorar el nivel de depresión. Como resultados se obtuvo que la depresión se presentó en un 66,2% como moderada, 25,8% leve, 4,8% severa y el 3,2% no estaba deprimida; el 53,38% de gestantes con

depresión moderada y el 4,76% con depresión leve eran solteras. El nivel de depresión en embarazadas de 15 a 22 años fue de 16% severa y 24% moderada. Concluyendo que la depresión es una condición predominante durante la gestación y que se presenta con mayor frecuencia con un nivel moderado y en pacientes de entre 15 y 22 años.

Callo W. (21) en el 2020 en Perú, publicó un estudio donde buscó establecer la prevalencia de la depresión, sus niveles y posibles complicaciones obstétricas. Se realizó mediante un diseño de investigación de campo, con enfoque observacional, prospectivo, de tipo transversal y nivel relacional. Como instrumentos se utilizaron el cuestionario MOS de apoyo social y la escala de desesperanza de Beck. Se trabajó con una muestra formada por 79 gestantes y se obtuvo que el 54.5% presentaba depresión; de ellas, el 34.2% presentaron depresión leve, 19% con depresión moderada y el 1.3% depresión severa. Las conclusiones del estudio indican que la prevalencia de los diferentes niveles de depresión en las gestantes es considerablemente alto, observándose una mayor frecuencia de esta patología en el último trimestre del embarazo.

Pariona E. et al (22) publicaron un estudio de casos y controles en el año 2020 en Perú, buscó investigar los factores psicosociales que se relacionen a la depresión durante la gestación. Se incluyeron en el estudio a todas las mujeres embarazadas entre 18 y 35 años, que acudieron para control prenatal. Se obtuvo como resultado que el 57.14% tenía depresión leve y el 36,73% depresión moderada. Los factores de riesgo asociados ($p < 0.05$) fueron el embarazo no deseado ($OR=3.07$; $IC95\%:1.17-8.03$), presentar antecedentes de depresión durante la infancia ($OR=2.72$; $IC95\%:1.04-7.14$). Concluyendo que los factores asociados a la depresión durante la gestación son el embarazo no deseado y el antecedente de depresión durante la infancia.

LOCALES

Alvarado y Mundaca. (23) publicaron en el 2017 en Chiclayo, un estudio simple descriptivo donde se buscó identificar el nivel de depresión en gestantes. Se aplicó el inventario de depresión de Beck a una muestra de 100 gestantes. Se

obtuvo como resultado que el 42% de las gestantes presenta depresión, de las cuales el 19 % presenta depresión moderada, el 12% severa y un 11%, leve. Concluyendo que la depresión es un problema común en gestantes, con una prevalencia significativa en la muestra estudiada.

Tirado E. (24), en Lambayeque en el año 2016 busco estimar la frecuencia de depresión en mujeres gestantes en un centro de salud de Mórrope, realizó un estudio observacional transversal, dentro de las características epidemiológicas encontró que el 50.93% era conviviente, el 64.81% contaba solo con estudios primarios, el 78,7% era procedente de la urbe del distrito, el 43,52% de gestantes se encontraban en su segundo trimestre del embarazo, el 27,78% de la población solo contaba con dos controles prenatales, el 45,37% su casa estaba construida a base de adobe, el 86,11% de la población no contaba con luz, mientras que el 63,89% no contaba con desagüe. El estudio encontró que el 30,56% tenía riesgo de depresión, concluyendo que el riesgo de depresión en gestantes en la población estudio es elevada, por lo que sugiere realizar un tamizaje en el primer contacto con el sistema de salud.

2. BASES TEÓRICAS

2.1. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

Son trastornos que pueden presentarse en el embarazo, periodo neonatal temprano, trabajo de parto y parto, las cuales pueden afectar gravemente al feto, la madre o ambos (25).

a. Trastornos hipertensivos

Se describen cuatro tipos (26,27):

Síndrome de preeclampsia: La preeclampsia es el incremento de la presión arterial, la cual ocurre posterior a la semana 20 de gestación, está asociada a la pérdida de proteínas en la orina, fallo orgánico clínico o analítico o disfunción útero placentaria. Existen sustancias con potencial vasoconstrictivo que elevan el riesgo de hipertensión arterial los cuales pueden originar cambios vasculares que predisponen a la aparición de esta enfermedad.

Hipertensión gestacional: Incremento de la presión arterial posterior a la semana 20 de gestación, la cual a diferencia de la preeclampsia, no cursa con pérdida de proteínas en orina. Esta patología puede ser diagnosticada por primera vez antes de las 12 semanas de gestación.

b. **Restricción de crecimiento uterino:** Se refiere a una deficiencia en el crecimiento del producto intrauterino el cual restringe el crecimiento óptimo. Para considerar que existe restricción del crecimiento intrauterino se debe cumplir lo siguiente:

- Desarrollo fetal menor al percentil 10 en base a su edad gestacional correspondiente, además de ello puede ir acompañado de alteraciones en la difusión del feto placentaria.
- Feto con un peso menor al percentil 3 en relación a su edad gestacional correspondiente.

Se a realizado diversos estudios para lograr encontrar la asociación de la depresión materna y esta complicación obstétrica y se a encontrado que existe una una relación con el grado de depresión , el estado socioeconómico, el diagnóstico y tratamiento de depresión previo al embarazo.(13)

c. **Rotura prematura de membranas (RPM):** Se caracteriza por la interrupción del amnios y/o corion antes del inicio del trabajo de parto, de acuerdo con el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), ocurriendo al menos una hora antes del parto. El término "período de latencia" describe el intervalo el cual comprende entre la ruptura del saco amniótico y el inició de la actividad de parto, siendo más largo a menor Edad Gestacional (EG) en el momento de la ruptura. Se habla de período de latencia prolongado cuando este intervalo supera las 24 horas. El manejo conservador o expectante implica extender o mantener el embarazo después de la ruptura de las membranas. Al romperse el saco amniótico se va a producir una pérdida repentina de un líquido transparente a través de la vagina. En algunos casos, la salida de líquido puede ser menor y ocurrir de manera intermitente. Para su diagnóstico, suele ser suficiente la observación directa del líquido en la vagina .(28)

d. **Trabajo de parto prolongado**

Se define como la no progresión del descenso del feto a pesar de contracciones uterinas intensas, debido a causas tanto mecánicas como dinámicas, lo que conlleva a la prolongación del parto por más de 12 horas. Los factores de riesgo que se describen van desde parto domiciliario hasta gestación adolescente y antecedentes de cesárea. La fase latente se considera prolongada cuando la dilatación es menor a 4 cm en presencia de contracciones uterinas por más de 20 horas en primíparas y más de 14 horas en multigestas. Se considera como fase activa prolongada a la dilatación cervical menor a 1 cm/hora. Si la fase dura más de 12 horas en primíparas y 8 en nulípara se considerará fase activa prolongada o lenta. En cambio, si se detiene por más de 2 horas, se considerará detención de la fase activa. El retraso del descenso es cuando el feto desciende menos de 1 cm/hora en nulíparas y 2 cm/hora en multíparas. Si no hay descenso por más de 1 hora, se llamaría detención del descenso. El expulsivo es otra fase que puede verse afectada, si dura más de 2 horas en nulíparas o más de 1 hora en multíparas, se considerará prolongado (29). Se ha evidenciado que las mujeres gestantes tienen un riesgo de fatiga más elevado en relación a las mujeres no gestantes, esto repercute negativamente en la calidad de vida de las mismas encontrándose una relación con la presencia de la depresión y ansiedad. La fatiga elevada durante la gestación puede ser un predictor para el empleo de la cesárea como vía del parto (12)

2.2. DEPRESIÓN:

Se considera un trastorno psiquiátrico del humor. Esta enfermedad afecta al 3.8% (30) de la población mundial, siendo mayor en adultos mayores, en mujeres (30,31) y en poblaciones con bajo ingreso económico (32), entre otros. Este trastorno se caracteriza por síntomas psicológicos como la pérdida de la motivación, estado de tristeza continua, sensación de desesperanza, baja autoestima, sensación de culpa, pérdida del disfrute de actividades que antes eran consideradas placenteras, etc. También se caracteriza por síntomas físicos que van desde la lentificación de movimientos y habla hasta cambios en el apetito y peso. Estos pacientes evitan el contacto con amigos y familia, presentando dificultades en el hogar y trabajo (33).

La depresión suele ser de causa multifactorial, dentro de los factores de riesgo que desencadenan o provocan esta enfermedad, tenemos a los ambientales, como aumento de periodos de estrés; a los genéticos o familiares, por ejemplo familias que presentan depresión; a los biológicos, desbalance neuroquímico, enfermedades crónicas, etc (34).

La Guía de Práctica Clínica de la depresión del MINSA (Perú) menciona que los síntomas y signos de la depresión deben estar presentes por al menos 2 semanas, estos son descritos como (35):

- Humor depresivo: Caracterizado por variados grados de tristeza, con sensación de minusvalía, con pérdida de confianza o cambios emocionales repentinos
- Anhedonia: Incapacidad para sentir placer o disfrutar actividades que normalmente resultan placenteras.
- Disminución de la energía: Sensación de fatiga o agotamiento que dificulta la realización de actividades cotidianas, se puede referir cansancio injustificado principalmente por las mañanas.
- Agitación o enlentecimiento
- Alteraciones del sueño: puede haber tanto hipersomnia como insomnio
- Ideación suicida: una de las más preocupantes que se caracteriza por pensamientos sobre el deseo de morir, y dependiendo de la planificación varía su gravedad.
- Conducta suicida: comportamiento lesivo y auto infligido con la intención de morir.

2.3. DEFINICIÓN DE VARIABLES

PREECLAMPSIA

- **Definición Conceptual:**

- “Cifras tensionales sostenidas por arriba de 140/90 asociado a proteinuria en embarazadas con edad gestacional mayor a 20 semanas.” (36)

- **Definición operacional**

- Si: Complicación obstétrica de preeclampsia
- No: Sin complicación obstétrica de preeclampsia

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

- **Definición conceptual**

- “Se define como una hipertensión presente antes del inicio del embarazo o que se diagnostica antes de la semana 20 de gestación.”
(26)

- **Definición operacional**

- Si: Con complicación obstétrica de hipertensión gestacional
- No: Sin complicación obstétrica de hipertensión gestacional

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

- **Definición conceptual**

- “La interrupción del amnios y/o corion antes del inicio del trabajo de parto” (28)

- **Definición operacional**

- Si: Presentó la complicación obstétrica de rotura previa de membranas.
- No: No presentó la complicación obstétrica de rotura previa de membranas.

PARTO PRETÉRMINO

- **Definición conceptual**

- “Aquel que ocurre antes de la semana 37 de gestación” (37)

- **Definición operacional**

- Si: Presentó la complicación obstétrica de parto pretérmino.
- No: No presentó la complicación obstétrica de parto pretérmino.

RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO UTERINO

- **Definición conceptual**

- “Deficiencia en el crecimiento fetal que implica una falla en el feto para alcanzar todo su potencial de crecimiento establecido genéticamente”
(13)

- **Definición operacional**

- Si: Presentó la complicación obstétrica de RCIU

- No: No presentó la complicación obstétrica de RCIU

TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

- **Definición conceptual**

- “La no progresión del descenso del feto a pesar de contracciones uterinas intensas, debido a causas tanto mecánicas como dinámicas, lo que conlleva a la prolongación del parto por más de 12 horas” (12)

- **Definición operacional**

- Si: Presentó la complicación obstétrica de parto prolongado
- No: No presentó la complicación obstétrica de parto prolongado

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II MODIFICADO

- **Definición conceptual**

- “Es un cuestionario autoadministrado que mide la severidad de la depresión en adolescentes y adultos..” (38)

- **Definición operacional**

- 1 - 20: Sin depresión
- 21 - 63: Con depresión

EDAD:

- **Definición conceptual**

- “Tiempo que ha vivido una persona”. RAE .(39)

- **Definición operacional**

- Adolescente: 10-19 años
- Mujer no añosa: 20 - 35 años
- Añosa: más de 35

GRADO DE INSTRUCCIÓN

- **Definición Conceptual**

- “Cuantificación del nivel de formación y/o instrucción de la población objeto de estudio” (40)

- **Definición operacional**

- Sin instrucción

- Primaria
- Secundaria
- Superior

OCUPACIÓN

- **Definición Conceptual**

- “Clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado” (41)

- **Definición operacional**

- Labora
- No Labora

ESTADO CIVIL

- **Definición conceptual**

- “Es la calidad o posición permanente, en la mayoría de los casos, que ocupa un individuo dentro de la sociedad, en relación a sus relaciones de familia y que le otorga ciertos derechos, deberes y obligaciones civiles.” (42)

- **Definición operacional**

- Soltera
- Casada
- Conviviente

GESTACIÓN NO EVOLUTIVA

- **Definición Conceptual**

- Embarazo que se ha detenido de forma precoz durante su curso y que no da lugar al nacimiento de un bebé. (43)

- **Definición operacional**

- Si: Antecedente de al menos una gestación no evolutiva
- No: No antecedente de una gestación no evolutiva

EMBARAZO NO DESEADO

- **Definición Conceptual**

- “Embarazo que ocurren de forma inoportuna, cuando no se querían hijos o cuando no se querían más hijos” (44)

- **Definición operacional**

- Si : El embarazo no fue deseado.
- No: El embarazo fue deseado.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	Tipo de variable	DIMENSIÓN	INDICADOR	Criterio de medida	ESCALA DE MEDIDA
Complicaciones obstétricas	Dependientes	Obstétrica	Preeclampsia	Si / no	Nominal
			Hipertensión gestacional	Si / no	Nominal
			RPM	Si / no	Nominal
			Parto pretérmino	Si / no	Nominal
			RCIU	Si / no	Nominal
			Trabajo de parto prolongado	Si / no	Nominal
			Otras complicaciones obstétricas	Si / no	Nominal
Condición del estado depresivo	Independiente	Síntomas de depresión	Según índice de depresión de Beck	1 - 20: Sin depresión 21 - 63: Con depresión	Nominal
Características psicodemográficas - Obstétricas	De interés	Epidemiológico	Edad	Adolescente: 10-19 años Mujer no añosa: 20 - 35 años Añosa: más de 35	Ordinal
			Grado de instrucción	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	Ordinal
			Ocupación	Labora No Labora	Nominal
			Estado civil	Soltera Casada Conviviente	Nominal
		Obstétrica	Gestaciones no evolutivas	Si / No	Nominal
		Psicosocial	Embarazo no deseado	Si / No	Nominal

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio no experimental, descriptivo, prospectivo y correlacional

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia en el Hospital Belén de Lambayeque durante el período agosto a diciembre del 2025.

Muestreo: El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. Se incluyó a todas las gestantes que son atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Belén de Lambayeque.

Muestra: El tamaño de la muestra se obtuvo con la fórmula para estudios correlacionales, considerando que la prevalencia estimada de depresión es 30% (24).

PARÁMETROS DE LA FÓRMULA	DATOS PARA EL CÁLCULO
n: tamaño de la muestra N: Tamaño de población Z: nivel de confianza e: error de estimación máximo aceptado p: probabilidad de que ocurra el evento q: (1-p) probabilidad de que no ocurra el evento	n: cantidad representativa calculada N: 150 Z: 1.96 e: 0.05 p: 0.3 q: 0.7

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$$

$$n = \frac{770 * 1.96^2 * 0.3 * 0.7}{0.05^2 * (770 - 1) + 1.96^2 * 0.3 * 0.7}$$

$$n = 228$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Gestantes atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque, durante el período agosto a diciembre del 2025.
- Gestantes en cualquier edad gestacional.
- Gestantes que deseen participar en el estudio y que hayan firmado el consentimiento informado.
- Gestante que cuente con historia clínica completa.

Criterios de exclusión

- Gestantes con discapacidad cognitiva o sensorial que le impida la comprensión del contenido del cuestionario.
- Gestantes que no consientan participar en el estudio y que no firmen el consentimiento informado.

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

- Se coordinó con el Hospital Belén de Lambayeque para los permisos correspondientes. El comité de ética del hospital Belén de Lambayeque evaluó el protocolo del estudio para asegurarse que cumpla con los lineamientos éticos necesarios.
- La recolección de datos se realizó por aplicación directa del inventario de Beck II modificado por parte de los investigadores
- Se contactó a las gestantes que acudieron al consultorio del servicio de ginecoobstetricia del Hospital Belén de Lambayeque, así como aquellas que se encontraban en sala de espera y hospitalización.
- Se les informó a las pacientes, sobre los objetivos, importancia, los beneficios y la confidencialidad de la información brindada, además de la libertad para retirarse en cualquier momento del estudio. Las gestantes que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado presente en el anexo III
- Se realizó la aplicación de la ficha de recolección de datos mediante entrevista directa la cuál tuvo una duración de 3 - 5 minutos, garantizando siempre la comodidad de la gestante.

- La información sobre las complicaciones obstétricas que se presentaron posterior a la entrevista fueron recolectadas de las historias clínicas.
- Una vez recolectada la muestra, las fichas se entregaron al estadista para ingresar los datos a una base de datos anonimizada y para la obtención de resultados.
- Una vez obtenidos los resultados, las fichas fueron incineradas para garantizar la privacidad y confidencialidad de las participantes.

INSTRUMENTOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (ver anexo I):

Se hizo uso de una ficha de recolección de datos, conformada por dos partes. La primera parte incluyó las características sociodemográficas y obstétricas de la paciente, así como las complicaciones obstétricas presentadas durante su actual gestación. La segunda parte incluyó el “Inventario de Depresión de Beck II” (38), con el objetivo de evaluar la presencia de síntomas de depresión en las gestantes atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (BDI II) (ver anexo 2):

El BDI II es un cuestionario autoadministrado que mide la severidad de la depresión en adolescentes y adultos. Consiste en 21 ítems que evalúan síntomas como tristeza, pesimismo, sentimientos de fracaso, insatisfacción, culpa, castigo, autocrítica, llanto, irritabilidad, retraimiento social, indecisión, distorsión de la imagen corporal, inhibición laboral, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupaciones somáticas, disminución de la libido, etc; estos síntomas que forman parte de los criterios para el diagnóstico de un trastorno depresivo según el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición). En cada ítem se puede obtener de 0 a 3, y la puntuación total varía de 0 a 63. Las puntuaciones más altas indican mayor severidad de la depresión, sin embargo para nuestro estudio solo considera la presencia o no de síntomas depresivos. El BDI II fue creado por Aaron T. Beck, Robert A. Ster y Gregory K. Brown en 1996 y fue adaptada al español por Jesús Sanz y Carmelo Vásquez en el año 2011.

En 2019, fue estandarizado en la población peruana por Barreda, mostrando un alto coeficiente de confiabilidad de Cronbach (alfa = 0.93) además de un notable índice de validez de contenido, reflejando un valor V de Aiken de 0.99, lo que indica que el 100% de los ítems son válidos. (38)

4. ANÁLISIS DE PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

El análisis de los datos recolectados en este estudio se realizó de acuerdo a los objetivos planteados en el mismo. En primer lugar se realizó un análisis descriptivo para identificar las características psicosociodemográficas y obstétricas de la muestra, las cuales fueron descritas mediante frecuencias absolutas y porcentajes, al igual que las complicaciones obstétricas en las gestantes.

Se determinó la presencia de depresión en las pacientes utilizando el Inventario de Depresión de Beck II modificado y se clasificó de forma dicotómica, la cual describimos mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

Por último, se evaluó la relación entre las complicaciones obstétricas y la depresión a través del chi-cuadrado estadístico, considerando un valor de significancia $p < 0,05$.

5. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio se desarrolló respetando y cumpliendo con los principios básicos de la ética médica, así como los parámetros de los comités de Investigación y Ética del hospital Belén de Lambayeque y de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo en su aplicación.

Principio de beneficencia y no maleficencia: Brinda conocimientos suficientes sobre la relación entre depresión y complicaciones obstétricas, lo cual permitirá darle mayor importancia a la salud mental de las madres durante la etapa de la gestación, beneficiando la calidad de vida de ellas y del bebé.

Confidencialidad: La información recopilada en la investigación se guardó en absoluta confidencialidad y los datos fueron de utilidad sólo para los fines del estudio.

Justicia: Todas las gestantes elegibles tuvieron la misma oportunidad de participar en el estudio.

Autonomía: Se le brindó al paciente información completa, clara y comprensible para que pueda decidir con libertad si desea participar en el estudio o retirarse en cualquier momento de la entrevista.

Se obtuvo por escrito, el consentimiento informado de las pacientes (ver anexo 3).

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

Tabla 1. Características psicosociodemográficas y obstétricas en el servicio de gineco obstetricia en el Hospital Belén de Lambayeque durante el período agosto a diciembre del 2025.

VARIABLES	N	%
EDAD		
Adolescente (< 20 años)	41	18 %
No Añosa (20 - 34 años)	161	70.6 %
Añosa (>35 años)	26	11.4 %
ESTADO CIVIL		
Soltera	13	5.7 %
Casada	49	21.5 %
Conviviente	164	71.9 %
Otro	2	0.9 %
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Sin Instrucción	2	0.9 %
Primaria	49	21.5 %
Secundaria	137	60.1 %
Superior	40	17.5 %
OCUPACIÓN		
Labora	25	11 %
No Labora	203	89 %
GESTACIÓN NO EVOLUTIVA		
Si	54	23.7 %
No	174	76.3 %
EMBARAZO NO DESEADO		
Si	87	38.2 %
No	141	61.8 %

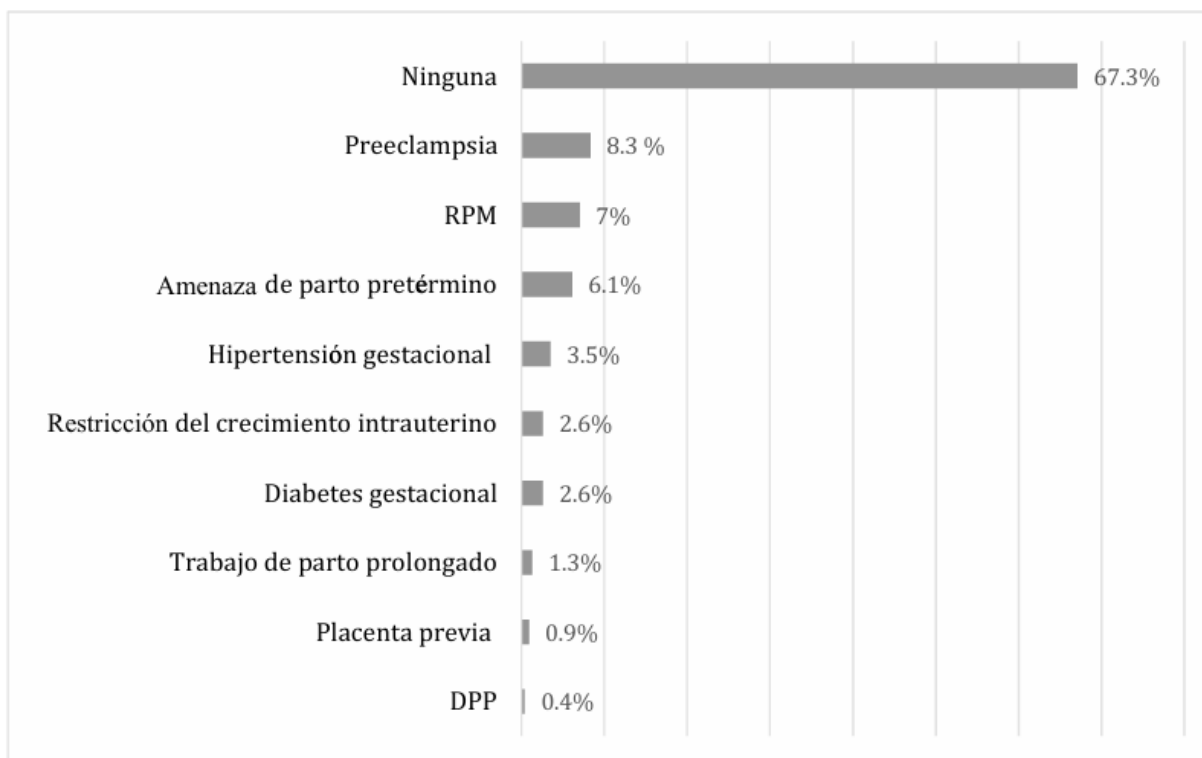


Figura 1: Prevalencia de complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Belén de Lambayeque durante el periodo agosto y diciembre del 2025.

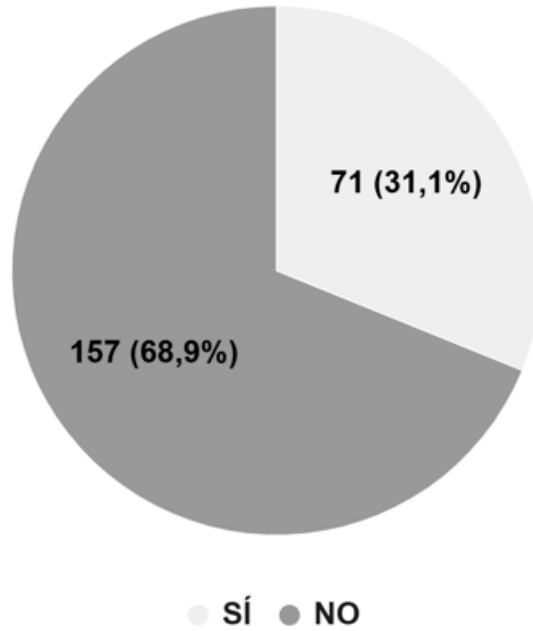


Figura 2: Prevalencia de depresión en gestantes atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Belén de Lambayeque durante el periodo agosto y diciembre del 2025.

Tabla 2 Relación entre complicaciones obstétricas y depresión en gestantes atendidas en el Hospital Belén entre agosto y diciembre del 2025

	COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA		NO COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA		χ^2	Valor P*
	N	%	N	%		
DEPRESIÓN						
Si	40	56.3 %	31	43.7 %	25.7	0.001
No	35	22.3 %	122	77.7 %		

χ^2 : Chi cuadrado de Pearson

(*) Valor de "p" obtenido con la prueba de chi cuadrado

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio evidenciaron la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones obstétricas y depresión, lo cual sugiere que existe relación entre ambas condiciones presentes en la población estudiada (P:001). Estos resultados permitieron responder nuestro objetivo general encontrándose en la muestra analizada que buscaba determinar la relación entre las complicaciones obstétricas y la depresión en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque entre agosto y diciembre del 2025.

Respecto a las características psicosociodemográficas, en el estudio encontramos que el grupo etario predominante fue de gestantes no añosas (20 - 34 años), siendo el 70.6% de la muestra, seguido de adolescentes (< 20 años) con 18% y en menor proporción las gestantes añosas con 11.4%. Este hallazgo coincide con el de Lena (2009) (18) quien encontró que casi el 80% de gestantes atendidas tenía entre 20 y 34 años, grupo etario considerado de menor riesgo obstétrico. No obstante, la cantidad de pacientes adolescentes y añosas es relevante ya que estos se asocian a mayor vulnerabilidad, lo que puede influir en la salud mental y aparición de complicaciones durante la gestación. Los resultados encontrados guardan una coherencia con el perfil epidemiológico regional y nacional donde se tiene que la mayor concentración de parto ocurre en este grupo etario.

En el estado civil se observó predominio de las gestantes convivientes con un 71.9%, resultado similar reportado por Lena (2009) (18), donde el 60,4% de las pacientes eran convivientes (unión consensual), Acosta (2015) (17) donde el 62.2% convive con su pareja, y Tirado (2016) (24) reportó que el 50.2% vivían en la misma condición; demostrando que ese patrón se mantiene en diferentes partes del país, siendo característico de la realidad sociodemográfica de la costa norte peruana lugar de donde se obtuvieron las poblaciones en los diferentes estudios presentados. No obstante, la unión libre podría no simbolizar un soporte emocional suficiente o estable para la gestante debido a su naturaleza informal, lo cual podría contribuir a la aparición de cuadros depresivos.

En relación al grado de instrucción, el 0.9% de pacientes no cuenta con estudios, el 21.5% cuenta con primaria, 60.1% cuenta con estudios secundarios y el 17.5% con estudios superiores. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Lena et al (2009) (18) quien obtuvo que el 61% de las gestantes cuenta secundaria completa, Campos (2017) (3), con un 54.5% y Saravia (2016) (19) con 60% de pacientes con estudios secundarios. Estos resultados son consistentes con la población usuaria de hospitales públicos del país y podrían respaldar la idea que a menor nivel educativo mayor dificultad para reconocer de manera temprana los síntomas depresivos y por ende retraso en buscar ayuda profesional.

Respecto a la ocupación, se evidenció que la mayoría de gestantes no laboraba (89%) manteniendo una alta prevalencia pero superando los resultados de los estudios de Campos (2017) (3) y Saravia (2016) (19) donde obtuvieron que el 67.2 % y 74.7% de las gestantes no labora, respectivamente. La obtención de una mayor prevalencia de gestantes que no labora, en nuestro estudio, se podría explicar porque la mayor parte de pacientes atendidas en este hospital provienen de zonas rurales, donde la mujer asume el rol de ama de casa y el hombre es quien provee. Considerando que la dependencia económica y el no tener ingresos propios pueden constituir factores de estrés psicosocial, esto podría influir en el bienestar emocional de las gestantes.

En cuanto a la planificación de la gestación, se encontró que el 38.2% de las gestantes no planificó quedar embarazada, cifra inferior comparada con los estudios de Campos (2017) (3) quien obtuvo una prevalencia de 55.5 %, Mendoza y Muñoz (2018) (20), 53.2 %, Lena et al (2009) (18) 56.3% y Pariona (2020) (22) con un 46.4% de embarazos no planificados, estos dos últimos, hallaron que existe una relación significativa entre el embarazo no planificado y la depresión, lo cual sugiere que este aspecto no solo es un problema de salud pública sino también podría ser un desencadenante de inestabilidad emocional. La diferencia entre nuestros resultados y los obtenidos en otros estudios, podría explicarse porque la mayor parte de la población estudiada proviene de zona rural, donde a menudo se considera la maternidad como un proyecto de vida y una meta socialmente valorada.

Respecto al antecedente de gestación no evolutiva, se encontró que el 23.7% de las gestantes presentaba uno o más abortos previos. Este resultado difiere al de Lena (2009) (18) quienes encontraron mayor frecuencia de antecedente de aborto 67,6 % en su estudio. Esta diferencia podría explicarse por las características sociodemográficas propias de cada población estudiada, ya que el estudio de Lena (2009) (18) se llevó a cabo en un centro de referencia nacional de patología obstétrica nivel III-2 donde se atiende a pacientes con antecedentes obstétricos complicados, sin embargo, nuestro estudio se realizó en un hospital de menor complejidad donde se refleja el perfil epidemiológico más cercano a la población general de la zona norte.

Las complicaciones durante el embarazo, en nuestra población de estudio, se presentó en el 32.9%, entre las cuales se incluyeron trastornos hipertensivos (11.8%), RPM (7%), amenaza de parto pretérmino (6.1%), RCIU (2.6%), placenta previa (0.9%), diabetes gestacional (2.6%), trabajo de parto prolongado (1.3%) y desprendimiento prematuro de placenta (0.4%), resultados similares fueron encontrados por Lena et al (2009) (18), donde las complicaciones en gestantes superó el 43%. Además, coincidió con el estudio de Saravia (2016) (19) siendo los trastornos hipertensivos la complicación más frecuente (14.8%), lo cual podría explicarse que, fisiológicamente, en gestantes con niveles elevados de depresión, existe una secreción crónica de cortisol y catecolaminas. Estas sustancias tienen efecto de vasoconstricción a nivel periférico, además de producir daño en el endotelio vascular, lo que se traduce en un incremento en la resistencia de las arterias uterinas, la cual predispone directamente a la preeclampsia o permitiría que un cuadro hipertensivo leve progrese a uno severo. Además, en cuadros depresivos, una gestante podría no estar cumpliendo con los valores nutricionales requeridos, manteniendo una dieta alta en sodio y con niveles bajos de calcio, factor crítico que apoya la patogenia de la hipertensión gestacional.

Se identificó que el 31.1% de las gestantes de nuestra población presenta depresión, cifra que, a pesar de ser significativa y de encontrarse dentro del rango de prevalencia establecida por la OPS, difiere de los resultados hallados por Callo (2020) (21), 54.5%, Acosta B (2015) (17), 74,4% y Alvarado y Mundaca. (2017) (23) el 42%. Estos resultados se podrían explicar debido a las diferencias sociodemográficas y al instrumento utilizado. Nuestro estudio fue realizado con población que, en su mayoría, proviene de zonas rurales y utilizando el Inventario de Depresión de Beck, que presenta mayor sensibilidad; sin embargo, Acosta empleó la Escala de Edimburgo en gestantes adolescentes, este grupo etario se encuentra más vulnerable y con menor estabilidad emocional lo cual puede elevar las tasas de sintomatología depresiva. La discordancia significativa con el estudio de Callo, a pesar de haber utilizado el Inventario de Beck, podría explicarse a que este fue realizado en la ciudad de Arequipa, considerada como la región con mayor prevalencia de trastornos afectivos y mayor tasa de suicidios a nivel nacional; sin embargo, nuestros resultados guardan mayor coherencia con los obtenidos por Alvarado y Mundaca, quienes utilizaron el Inventario de Depresión de Beck, lo que sugiere que la consistencia entre estos resultados se debería al uso del mismo instrumento. En definitiva, la prevalencia del 31.1% obtenida demuestra que aproximadamente 1 de cada 3 gestantes presenta depresión, consolidándose como un problema crítico de salud pública

Al analizar la relación entre depresión y complicaciones obstétricas, se encontró una asociación altamente significativa ($X^2=25.7$; $p<0.001$) lo cual permite inferir que ambas variables se encuentran relacionadas en la población estudiada. Estos resultados concuerdan con los encontrados por Saravia (2016) (19) quien reportó una relación significativa entre la depresión y complicaciones obstétricas ($p= 0.001$), particularmente con las complicaciones obstétricas hipertensivas como la preeclampsia ($p=0.007$), la eclampsia ($p=0.015$) y el síndrome de HELLP ($p=0.015$), las cuales se relacionan significativamente con la depresión moderada en las gestantes. Si bien, debido al tipo de estudio no experimental y correlacional, no se puede establecer si existe relación de causalidad, los resultados resaltan la importancia de considerar la salud mental como un aspecto importante en la atención prenatal.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

1. El perfil sociodemográfico de las gestantes atendidas se define por ser no añosa, una estructura familiar basada en unión libre y en condiciones de vulnerabilidad social y económica como contar solo con nivel educativo secundario y una dependencia financiera absoluta.
2. Se identificó que el 32.7% de las gestantes presentó al menos una complicación obstétrica, siendo los trastornos hipertensivos y las alteraciones de membranas ovulares las de mayor prevalencia.
3. Se encontró que 1 de cada 3 gestantes atendidas presenta sintomatología depresiva, lo cual evidencia que la depresión prenatal constituye un problema de salud pública prevalente y crítico en la región.
4. Se halló una asociación altamente significativa entre la depresión y las complicaciones obstétricas, lo que permite concluir que la presencia de la depresión se relaciona con la ocurrencia de complicaciones en la población de estudio.

CAPÍTULO IV: RECOMENDACIONES

- Al Hospital Belen de Lambayeque se recomienda implementar un enfoque integral que incluya el tamizaje de depresión durante el control prenatal utilizando instrumentos validados como el Inventario de Depresión de Beck para el reconocimiento oportuno de signos de alteración emocional y de esta manera realizar la referencia oportuna a los servicios de salud mental.
- A los profesionales de salud, fomentar el trabajo interdisciplinario entre los distintos profesionales de la salud, promover una comunicación empática y de confianza que facilite la identificación de síntomas de alteración emocional durante las consultas prenatales; así mismo, fortalecer las actividades de psicoprofilaxis y maternidad saludable en toda la población gestante, sin limitar su aplicación únicamente a población en situación de vulnerabilidad, e incorporar un apartado específico para la detección de depresión en la hoja de control prenatal.
- A las autoridades sanitarias y gestores hospitalarios, se recomienda diseñar y fortalecer políticas públicas orientadas a la salud mental materna que integren el tamizaje de depresión como un componente obligatorio del control prenatal en todos los niveles de atención, promoviendo el uso de instrumentos estandarizados para la detección precoz de depresión en gestantes; asimismo, asignar recursos humanos y logísticos suficientes para el fortalecimiento de los servicios de salud mental, e impulsar programas de capacitación continua y concientización dirigidos al personal de salud.
- Se recomienda que futuros estudios utilicen diseños analíticos, longitudinales y multicéntricos que permitan realizar un seguimiento de las gestantes a lo largo del embarazo hasta su culminación, incluir un mayor número de variables psicosociales y clínicas que posibiliten el ajuste de los análisis para controlar posibles factores de confusión y minimizar sesgos, así como comparar resultados entre diferentes regiones del país, contribuyendo a fortalecer la evidencia científica nacional sobre la relación entre la depresión y las complicaciones obstétricas.
- Finalmente, se sugiere que los resultados de este estudio sean difundidos entre los servicios clínicos responsables de la atención prenatal, con el fin de

fortalecer la calidad de atención brindada y la formulación de estrategias institucionales de prevención de depresión materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chand SP, Arif H. Depression. [Updated 2023 Jul 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>
2. National Institute of Mental Health (NIMH). Depresión perinatal [Internet]. [citado 31 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-perinatal>
3. Campos L. Factores sociodemográficos y psicosociales asociados a depresión perinatal en gestantes. [Piura]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017
4. Dadi AF, Miller ER, Bisetegn TA, Mwanri L. Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. BMC Public Health. 4 de febrero de 2020;20(1):173.Doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8293-9>
5. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud Salud Mental [Internet]. 2024 [citado 31 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
6. Ruiz G, Organista H, López R, Cortaza L, Vinalay I. Prevalencia de Depresión en Embarazadas de una Institución de Salud de Primer Nivel. Salud y Administración. 2017 [Acceso el 9 de mayo de 2024]; 4(12): 25-30. Disponible en: <https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/11>
7. Solís-Rojas M, Salazar-Salvatierra E, Reyes-González VA. Depresión en gestantes y el apoyo de la pareja. Investigación Materno Perinatal [Internet]. 2019[Acceso el 9 de mayo de 2024];7(2):16–20. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/113>
8. Márquez-Tello RM, Zúñiga-Kwon H, Alvarado GF. Depresión en la población gestante peruana y sus factores asociados: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018-2019. Rev Colomb Psiquiatr. 2023. Disponible en: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/669332?locale-attribute=es>
9. OMS - Mortalidad materna [Internet]. [citado 31 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
10. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. junio de 2014;2(6):e323-333. DOI: [10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)
11. Martínez Jhon, Jácome N. Depresión en el embarazo. rev.colomb.psiquiatr. Marzo de 2019; 48(1): 58-65. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

74502019000100058&lng=en. Publicación electrónica el 17 de junio de 2019.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003> .

12. Marín D, Bullones A, Carretero I, Carmona Francisco, Moreno A, Peñacoba C. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nure investigación*. 2008;12.
13. Pimiento Infante Laura Marcela, Beltrán Avendaño Mónica Andrea. Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2015 Dic [citado 2024 Oct 03] ; 80(6): 493-502. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000600010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262015000600010>.
14. Bao-Alonso M, Vega-Dienstmaier J, Saona-Ugarte P. Prevalencia de depresión durante la gestación. *Rev Neuropsiquiatría*. 2011;73(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036931006>
15. Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Rev médica Clínica Las Condes*. 2020;31(2):139–49. DOI: 10.1016/j.rmcl.2020.01.004
16. Coo S, Mira A, García M, Zamudio P. Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes pediátr.* [Internet]. 2021 Oct [citado 2024 Oct 03] ; 92(5): 724-732. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532021000500724&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i5.3519>.
17. Acosta B, Pinedo V, María U. Factores socioeconómicos, demográficos, obstétricos, relacionados a la depresión en gestantes adolescentes atendidas en el centro de salud Moronacochoa, Iquitos – 2015. [Iquitos]: Universidad Nacional de la amazonía peruana; 2015.
18. Lena M, Salinas J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú 2009.
19. Saravia M. Relación entre las complicaciones obstétricas y los niveles de depresión en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. Disponible en:
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5531>
20. Mendoza J, Muñoz R. Depresión en gestantes del servicio de psicoprofilaxis obstétrica del centro materno infantil de el Tambo, 2018. [Huancavelica]: Universidad Nacional de Huancavelica; 2018.
21. Callo, W. Prevalencia de niveles de depresión y posibles complicaciones en gestantes del Hospital III Goyeneche, Arequipa – 2020. [Tesis de pregrado,

Universidad Católica de Santa María]. Repositorio de tesis UCSM. 2020.
<https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/10016>

22. Pariona E., Moquillaza V., García J., Cuya E. Factores psicosociales asociados a la depresión en gestantes atendidas en un centro materno infantil peruano, 2018. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2020 Oct [citado 20 de junio de 2024] ; 85(5): 494-507. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000500494&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000500494>.
23. Alvarado M, Mundaca A. Nivel de depresión, en gestantes atendidas en un centro de salud de Chiclayo, Julio-Agosto, 2016. Chiclayo: Universidad Mejía Baca.2017. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UMBI_6db51c561525d25ab2724d16a9ca435c
24. Tirado L. Frecuencia de depresión en mujeres gestantes y factores asociados en el centro de salud del distrito de Mórrope en el período de julio - noviembre 2016. Universidad de San Martín de Porres; 2018.
25. Rafael-Heredia A, Iglesias-Osores S. Factores asociados a complicaciones obstétricas en madres primigestas en un hospital amazónico de Perú. *Univ Méd Pinareña* [Internet]. 2021 [citado: 7 de junio de 2024]; 17(1):e531. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/531>
26. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY, eds. *Williams Obstetrics*. 25th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
27. Salas B, Montero F, Alfaro G. Trastornos hipertensivos del embarazo: comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. *Rev Medica Sinerg.* 2020;5(7):e532. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31434/rms.v5i7.532>
28. Araujo-Vargas K, Guevara F, León-Villavicencio L, Villegas-Márquez C. Rotura prematura de membranas: diagnóstico y manejo. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2024;84(01):59–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.51288/00840110>
29. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva. Lima. MINSA; 2007. [852 IMP198.pdf \(minsa.gob.pe\)](https://www.minsa.gob.pe/imp/IMP198.pdf)
30. OMS. Depresión [Internet]. 2023 Mar [citado 7 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
31. Calderón M Diego. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered* [Internet]. 2018 Jul [citado 2024 Jun 07] ; 29 (3): 182-191.

Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018

32. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord.* 2017 Sep;219:86-92. doi: 10.1016/j.jad.2017.05.003.
33. The National Health Service. Symptoms - Depression in adults [Internet]. 2023 Jul [citado 7 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/depression-in-adults/symptoms/>
34. Chand SP, Arif H. Depression. [Updated 2023 Jul 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>
35. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Tamizaje, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en Personas Mayores de 18 Años Desde el Primer Nivel de Atención. Lima: MINSA; 2023. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-136-2023-MINSA.pdf>
36. Herrera K. Preeclampsia. *Revista Médica Sinergia.* 2018;3:8
37. Ahumada S, Barrera A, Canosa D, Cárdenas L, Uriel M, Ibáñez E, et al . Factores de riesgo de parto pretérmino en Bogotá D.C., Colombia. *rev.fac.med.* [Internet]. 2020 Dec [cited 2024 Oct 23] ; 68(4): 556-563. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112020000400556&lng=en. Epub Jan 16, 2021. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v68n4.79702>.
38. Barreda D. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Dialnet.* 2019;22(1):39–52.
39. Real Academia Española. [Online]; 2023. Acceso 15 de Junio de 2024. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>.
40. Rodríguez J. Atlas social de la ciudad de Alicante. 2002.
41. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. INE. [citado el 23 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm>
42. Estado civil y certificado de soltería. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Comisión Nacional de Acreditación de Chile. 2017.
43. Silva B, Espinoza G. Factores asociados a embarazo no evolutivo diagnosticado por ultrasonografía. Hospital EsSalud de Ayacucho. Mayo a julio 2016. [Huamanga]: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2017.
44. Hernández L, Rodríguez D. Factores asociados a embarazo no deseado en mujeres en edad reproductiva en Colombia 2010. [Colombia]: Universidad Colegio Mayor De Nuestra Señora Del Rosario; 2016.

ANEXOS

ANEXO I: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Relación entre complicaciones obstétricas y depresión en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque entre agosto y diciembre del 2025”

DNI: FECHA: HORA:

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS

- Edad:
 - Adolescente (10-19 años) ()
 - Mujer no añosa (20 – 35 años) ()
 - Mujer añosa (35+ años) ()
- Estado civil:
 - Soltera ()
 - Casada ()
 - Conviviente ()
 - Otro:
- Grado de instrucción
 - Sin instrucción ()
 - Primaria ()
 - Secundaria ()
 - Superior ()
- Ocupación:
 - Labora ()
 - No labora ()
- Gestaciones no evolutivas:
 - Sí ()
 - No ()
- Embarazo no deseado:
 - Sí ()
 - No ()

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

- | | | |
|---------------------------------------|--------|--------|
| | Sí () | No () |
| - Preeclampsia | Sí () | No () |
| - Hipertensión gestacional | Sí () | No () |
| - Rotura prematura de membranas | Sí () | No () |
| - Parto pretérmino | Sí () | No () |
| - Restricción del crecimiento uterino | Sí () | No () |
| - Trabajo de parto prolongado | | |
| - Otras | | |

ANEXO II: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (Beck Depression Inventory)

Fecha.....

Hora:

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

1. a. No me siento triste.
b. Me siento triste.
c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
2. a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
c. Siento que no tengo nada que esperar.
d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3. a. No creo que sea un fracaso.
b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4. a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
c. Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. a. No me siento especialmente culpable.
b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
c. Me siento culpable casi siempre.
d. Me siento culpable siempre.
6. a. No creo que esté siendo castigado.
b. Creo que puedo ser castigado.
c. Espero ser castigado.
d. Creo que estoy siendo castigado.
7. a. No me siento decepcionado de mí mismo.
b. Me he decepcionado a mí mismo.
c. Estoy disgustado conmigo mismo.
d. Me odio.
8. a. No creo ser peor que los demás.
b. Me critico por mis debilidades o errores.
c. Me culpo siempre por mis errores.
d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
9. a. No pienso en matarme.

- b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - c. Me gustaría matarme.
 - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. a. No lloro más de lo de costumbre.
- b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
 - c. Ahora lloro todo el tiempo.
 - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar, aunque quiera.
11. a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
- b. Las cosas me irritan más que de costumbre
 - c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
 - d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12. a. No he perdido el interés por otras cosas.
- b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
 - c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
 - d. He perdido todo mi interés por otras personas.
13. a. Tomo decisiones casi siempre.
- b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
 - c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 - d. Ya no puedo tomar decisiones.
14. a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
- b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
 - c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
 - d. Creo que me veo feo.
15. a. Puedo trabajar tan bien como antes.
- b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
 - c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - d. No puedo trabajar en absoluto.
16. a. Puedo dormir tan bien como antes.
- b. No puedo dormir tan bien como solía.
 - c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
 - d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17. a. No me canso más que de costumbre.
- b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - c. Me canso sin hacer nada.
 - d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
18. a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
- b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 - c. Mi apetito está mucho peor ahora.

- d. Ya no tengo apetito.
19. a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
- b. He rebajado más de dos kilos y medio.
 - c. He rebajado más de cinco kilos.
 - d. He rebajado más de siete kilos y medio.
20. a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
- b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
 - c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
 - d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
- b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
 - c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
 - d. He perdido por completo el interés en el sexo.

ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigadores: Manay Davila Juli Medali y Llanos Olivera Anthony David

Título: “Relación entre complicaciones obstétricas y depresión en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque entre agosto y diciembre del 2025”

Fines del Estudio: Determinar la relación entre las complicaciones obstétricas y la depresión en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Lambayeque entre agosto y diciembre del 2025

Procedimiento: Complete la ficha de recolección de datos y un cuestionario sobre síntomas de depresión (Inventario de Depresión de Beck II - BDI II).

Riesgos: La participación en este estudio no implica riesgos físicos; sin embargo, puede experimentar incomodidad al responder preguntas sobre su salud mental.

Beneficios: Su participación contribuirá a una mejor comprensión de la relación entre las complicaciones obstétricas y la depresión, lo que puede ayudar a mejorar la atención médica en el futuro.

Confidencialidad: Las respuestas que brinden serán anónimas y sólo se usarán para los propósitos de la investigación. En el caso de ser publicados los resultados de la investigación, se evitará toda información que permita identificar a las personas a quienes pertenece la información. No será mostrada su información a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento. Las fichas de recolección de datos se eliminarán una vez terminado el trabajo.

Uso de la información: La información una vez procesada será eliminada.

Derechos del paciente: Si usted decide no participar del estudio puede retirarse en cualquier momento, sin perjuicio alguno. En caso de alguna duda llamar al número 988443827 o 968580715

CONSENTIMIENTO:

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre y firma del Participante:

Fecha:

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre y firma del Investigador:

Fecha:

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado por: