



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

**DEPRESIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS Y SU INFLUENCIA  
EN EL PROCESO DE VINCULACIÓN AFECTIVA PRENATAL,  
HOSPITAL GOYENCHE AREQUIPA, 2016.**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN  
ENFERMERIA**

**PRESENTADA POR**

**ZUÑIGA MINAYA MARYORIE DEL CARMEN**

**ASESORA**

**MAG. ISABEL RAMOS TRUJILLO**

**AREQUIPA- PERU, 2018**

**DEPRESIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS Y SU INFLUENCIA  
EN EL PROCESO DE VINCULACIÓN AFECTIVA PRENATAL,  
HOSPITAL GOYENECHÉ AREQUIPA, 2016.**

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar la influencia de la depresión en madres embarazadas y el proceso de vinculación afectiva prenatal en el hospital Goyeneche Arequipa 2016. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 346 madres embarazadas, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert, la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,816; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,913, la prueba de hipótesis se comprobó estadísticamente mediante la R de Pearson con un valor de 0,905 y con un nivel de significancia de valor  $p < 0,05$ .

### CONCLUSIONES:

En nuestra investigación hemos encontrado que: Las madres embarazadas que acuden al Hospital Goyoneche de Arequipa , que tienen depresión Leve, tienen a su vez un vínculo afectivo Positivo, las madres embarazadas que tienen depresión moderada tienen a su vez un vínculo afectivo En Proceso y las madres embarazadas con depresión grave tienen a su vez un vínculo afectivo negativo. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Depresión y vínculo afectivo de las madres, además que la madre embarazada debe desenvolverse en un contexto adecuado que le permita los vínculos afectivos positivos.

**PALABRAS CLAVES:** *Influencia, depresión, madres embarazadas, proceso de vinculación afectiva prenatal.*

## **ABSTRACT**

The objective of the present investigation was to determine the influence of depression in pregnant mothers and the process of prenatal affective bonding in the Goyeneche Arequipa 2016 hospital. It is a cross-sectional descriptive investigation, with a sample of 346 pregnant mothers, for the collection of the information was used a Likert-type questionnaire, the validity of the instrument was performed by means of the test of concordance of the expert judgment obtaining a value of 0.816; the reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of 0.913, the hypothesis test was statistically verified by Pearson's R with a value of 0.905 and with a level of significance of p value <0.05.

### **CONCLUSIONS:**

In our research we found that: Pregnant mothers who come to the Hospital Goyoneche de Arequipa, who have mild depression, have a positive affective bond, pregnant mothers who have moderate depression have in turn an affective bond in process and Pregnant mothers with severe depression in turn have a negative affective bond. These results indicate that there is a relationship between both variables: Depression and affective bond of the mothers, in addition that the pregnant mother must develop in an adequate context that allows positive affective bonds.

**KEY WORDS:** *Influence, depression, pregnant mothers, process of prenatal affective bonding.*

## ÍNDICE

Pág.

<b>RESÚMEN</b>	i
<b>ABSTRAC</b>	ii
<b>ÍNDICE</b>	iii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	v
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudios	5
<b>CAPITULOII: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Base teórica	9
2.3. Definición de términos	18
2.4. Variables	19
2.4.1. Definición conceptual de la variable	19
2.4.2. Definición operacional de la variable	19
2.4.3. Operacionalización de la variables	21

<b>CAPITULOIII: METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	23
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	24
3.3. Población y muestra	24
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	26
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	26
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	27
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	28
<b>CAPÍTULO V: DISCUSION</b>	32
<b>CONCLUSIONES</b>	34
<b>RECOMENDACIONES</b>	35
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	36
<b>ANEXOS</b>	
Matriz	
Instrumento	

## INTRODUCCION

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que provoca sentimientos de tristeza y desesperanza. Es normal sentirse triste de vez en cuando, pero cuando tienes depresión, ese sentimiento puede prolongarse por semanas o incluso meses. La depresión puede afectar todos los aspectos de tu vida, desde tu forma de pensar hasta tu forma de comer o dormir. Enfrentar una depresión es algo muy duro en cualquier etapa de la vida, pero podría ser especialmente difícil de sobrellevar si te pasa durante el embarazo. Hay una expectativa social de que el embarazo debe ser una etapa en la que las mujeres están rebosantes de alegría por estar esperando un bebé. Si tienes depresión, quizás sea difícil admitir que no te sientas así. Pero la depresión es una enfermedad, y no una opción o actitud. Y además, es sorprendentemente común: aproximadamente una de cada diez mujeres sufre depresión durante el embarazo, y este número podría ser mayor aún, ya que a muchas personas afectadas por la depresión les cuesta admitirlo. Una depresión clínica difícilmente desaparecerá sin tratamiento, pero hay muchas alternativas eficaces. Muchas personas se sienten mejor al cabo de pocos meses de tratamiento, y casi todas vuelven a sentirse como antes en un plazo de un año.

A menudo, la depresión no se diagnostica porque muchas mujeres piensan que sus sentimientos se deben a los cambios de humor temporales que acompañan al embarazo. Sin embargo, es importante que tu doctor sepa cómo te sientes. La salud emocional es tan importante como la salud física.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos. Luego los aspectos administrativos en el cual se aprecia el Presupuesto de la investigación y el cronograma de actividades terminando con la presentación de la referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La depresión perinatal constituye un problema de salud muy importante, y como señala Fortner, et al. (2011) se define “como aquella que se presenta en la madre durante el embarazo o con posterioridad al parto. Esta constituye una de las complicaciones más comunes, puesto que las investigaciones reportan entre el 5 y 13% de mujeres con depresión, durante o después del embarazo” (1).

A lo largo de los estudios se han especificado “cuatro áreas de riesgo que inciden directamente sobre el origen de la depresión perinatal: el locus de control, las relaciones interpersonales, los estresores y la historia psiquiátrica previa”. (2)

De ahí que se haga necesario estudiar las probabilidades y consecuencias de este problema para poder conseguir un óptimo desarrollo normo-evolutivo del embarazo con los beneficios que ello reporta a la salud física y psíquica tanto de la madre como del futuro hijo (3).

Después del nacimiento las madres depresivas presentan un menor apego hacia sus hijos al manifestar conductas afectivas negativas y

disfóricas durante la interacción con estos últimos (4). También presentan una mayor irritabilidad, se muestran más tensos y se fatigan más que los hijos de madres no deprimidas. (5)

La depresión además de estar asociada a factores de personalidad de la mujer embarazada (locus de control, autoestima, historia psiquiátrica, neuroticismo, etc.), lo está también a factores psicosociales como son el hecho de poseer poco apoyo social, experiencias emocionales previas negativas, estrés prenatal intenso, etc. que incrementan aún más el nivel de depresión. (6)

El nivel de depresión no se encuentra estable a lo largo de todo el proceso del embarazo, sino que como han puesto de manifiesto Sánchez, Bermúdez y Buena-Casal (2000) (7) obtienen diferencias significativas en función del periodo gestacional, manifestando los tres primeros y los tres últimos meses de gestación niveles de depresión más bajos que en el segundo trimestre. Por otra parte, se ha podido comprobar que la sintomatología depresiva tanto antes como después del embarazo se puede mitigar si se realiza un seguimiento de los desórdenes físicos (8) y una adecuada educación prenatal dirigida fundamentalmente a aquellas mujeres consideradas de riesgo físico, social o psíquico (9)

La depresión materna genera consecuencias negativas en el niño/a, ya que el desarrollo neuronal infantil durante el período perinatal, es profundamente afectado por las experiencias cotidianas con su cuidador (10)

Desde mediados del siglo XX se plantearon nociones de como la mujer establece una conexión con el feto de manera intrapsíquica, y que la carga libidinal de la mujer embarazada es transmitida hacia el bebé en gestación.(11)

Estos puntos de vista resultaron de gran interés, sin embargo carecían de un sustento que demostrara su existencia. Siendo uno de las primeras demostraciones empíricas las vistas en las madres cuyos hijos murieron

durante el parto, las cuales reflejan un profundo sufrimiento y duelo, demostrando esto un lazo establecido durante el embarazo.(12)

Lumley (1982)(13), realizó en Australia uno de los primeros estudios longitudinales en este tema, en donde entrevistó a embarazadas en el primer trimestre, segundo trimestre, a las 36 semanas de gestación y después del parto, su objetivo era el conocer las actitudes que se tenían hacia el feto. Este investigador encontró un 30% de vinculación en el primer trimestre, 63% en el segundo y 92% a las 36 semanas. En cuanto a las mujeres que no presentaron actitudes de vinculación, se encontró que experimentaron complicaciones durante el embarazo y a la falta de apoyo por parte de sus parejas.

Si se logra establecer una buena vinculación prenatal se abre la posibilidad de que después del nacimiento se establezcan unas relaciones más apropiadas que serán la base para un apego seguro entre padres e hijo, el cual es necesario para el desarrollo del niño (14)

De acuerdo con López y Sueiro (2008)(15), la vinculación se inicia en la gestación por la acción genética y hormonal, sin embargo, en el momento en que los padres toman consciencia de que el niño que esperan es un individuo con su propia constitución física y una personalidad incipiente, estamos hablando de que se establece la vinculación.(16)

Reva Rubin (1975)(17), fue la primera en plantear que la vinculación que se establece entre la madre y el bebé es resultado de un proceso prenatal, identificando 4 tareas que desarrollan las madres durante el embarazo:

- Búsqueda de seguridad para ella y su bebé
- Asegurarse de que el bebé sea aceptado por los demás
- Vincularse con el feto
- Dar de sí misma

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL**

¿Cuál es influencia de la depresión en mujeres embarazadas sobre el proceso de vinculación prenatal, Hospital Goyeneche Arequipa 2016?

### **1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS**

¿Cuál es el nivel de depresión en mujeres embarazadas del hospital Goyeneche Arequipa 2016?

¿Cómo es el proceso de vinculación afectiva prenatal en mujeres embarazadas en el hospital Goyeneche Arequipa 2016?

¿Estimar la magnitud de la influencia de la depresión en mujeres embarazadas sobre el proceso de vinculación prenatal en el Hospital Goyeneche Arequipa 2016?

## **1.3. OBJETIVOS DE INVESTIGACION**

### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la influencia de la depresión en madres embarazadas y el proceso de vinculación afectiva prenatal en el hospital Goyeneche Arequipa 2016.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Determinar el nivel de depresión en mujeres embarazadas en el hospital Goyeneche Arequipa 2016.

Determinar el proceso de vinculación afectiva prenatal en mujeres embarazadas en el hospital Goyeneche Arequipa 2016.

Estimar la magnitud de correlación entre la depresión en madres embarazadas y el proceso de vinculación afectiva prenatal en el hospital Goyeneche Arequipa 2016.

## 1.4 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La llegada de los hijos es vista como el comienzo de la formación de una familia, esta etapa comienza desde el embarazo, y es a la mujer a quien más afecta debido a todos los cambios físicos, hormonales y psicológicos que trae consigo.

Se conocen diversos factores que influyen en la presencia de cuadros depresivos durante y después del embarazo, como son: edad, calidad de vida, apoyo social, antecedentes psiquiátricos, cambios hormonales, etcétera, y aunque estos son de gran importancia no están completamente vinculados a la personalidad de la mujer.

Además de esto se pretende establecer si una vinculación afectiva con el feto por parte de la madre puede ayudar a una mejor adaptación durante los periodos pre y postnatales, y si esta vinculación podría llegar a ser un factor que aminore la posibilidad de una depresión postparto.

Considerando que el embarazo es una etapa en donde la mujer pasa por una compleja adaptación, se encuentran diversas interrogantes sobre todo al tratar el tema de la depresión, ya que este trastorno sigue siendo predominante en la población femenina y en el papel que tiene en la vinculación afectiva prenatal.

Esta investigación es pertinente para la enfermería porque la prevención y tratamiento de la depresión es un tema de primordial importancia para la salud mental en nuestro país, en especial cuando ocurre en el período de postparto ya que aquella afectará el cuidado que la madre brinde al recién nacido, afectando por tanto, su desarrollo emocional; es decir no solo se cuida el bienestar de la madre, sino el óptimo desarrollo del recién nacido.

La utilidad del presente estudio se aprecia al establecer en qué medida la depresión en la mujer puede ser un indicador de un vínculo afectivo prenatal deficiente; de este modo ofrecerá información que ayude a superar la depresión en el embarazo y a fomentar una buena vinculación

afectiva prenatal madre-hijo, que coadyuve a un embarazo más saludable y brinde bases sólidas para su maternidad en puerta.

Esta investigación es relevante porque se estima que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial.

La trascendencia en este proyecto se aprecia en que servirá de base para posteriores investigaciones que se realicen sobre la presente temática.

El aporte científico de este trabajo se presenta al no encontrar muchos estudios en Perú sobre vinculación afectiva, asimismo, se propone explorar esta variable para dar paso al establecimiento de una cultura que fomente la salud materna con lo cual se prepare a la mujer y a sus seres significantes para una crianza en la que se establezca una relación basada en un apego seguro para su hijo.

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO**

### **2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

#### **2.1.1 A NIVEL INTERNACIONAL**

Jadresic, E. (2014) en su estudio titulado “Depresión perinatal detección y tratamiento”, llevado a cabo en Santiago de Chile, se propuso como objetivo detectar los problemas de depresión durante el embarazo y el post parto. El método utilizado fue descriptivo correlacional, obteniendo como resultado que alrededor del 30% de las embarazadas sufre síntomas inespecíficos de depresión, estimando que recién en el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial mientras que en Chile constituye actualmente el primer motivo de discapacidad en mujeres adultas.(19)

Diaz, M.; Amato, R.; Ramirez, M.; Lopez, J. (2013) en su estudio titulado “Depresión y ansiedad en embarazadas” llevado a cabo en Valencia, Venezuela, se propusieron como objetivo determinar la relación entre la depresión y la ansiedad en embarazadas. El método utilizado fue el correlacional, transversal y no experimental, obteniendo como resultado que el 32,6% de las

pacientes estudiadas no presentó ningún nivel de ansiedad, mientras que el 39,8% presentó ansiedad menor, finalmente un 27,5% ansiedad mayor, lo cual traduce que el 67,3% de las embarazadas tuvo un nivel de ansiedad (menor o mayor) en la escala de Hamilton y el 19,4% presentó un cuadro de depresión severa o muy severa, el 66,1% tuvo algún nivel de depresión.(18)

Borda, M.; Forero, C.; Ahcar, N.; Hinestroza, C.; Polo, S. (2013) en su estudio titulado “Depresión y factores de riesgo asociados a embarazadas de 18 a 45 años asistentes al hospital niño Jesús, llevado a cabo en Barranquilla, Colombia, se propuso como objetivo determinar la prevalencia de riesgo para depresión en embarazadas atendidas en el hospital Niño Jesús, el método utilizado fue descriptivo transversal. Los resultados que obtuvieron fueron los siguientes: la depresión fue de 19,2% en edad media de 24 a 45 años y que el 25% de mujeres con depresión tenía antecedentes de esta enfermedad. (20)

### **2.1.2 A NIVEL NACIONAL**

Sangama, R.; Vasques, E. ;(2012) En su estudio titulado “relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la clínica corpomedico tarapoto junio-setiembre 2012.” Llevado a cabo en Tarapoto, Perú, se propuso como objetivo determinar la relación entre las características sociodemográficas y la depresión posparto en las puérperas que consultaron en la clínica corpomedico tarapoto. El método utilizado fue descriptivo correlacional de corte transversal, con enfoque cuantitativo, consistente en la aplicación de dos instrumentos, una entrevista estructurada para identificar las características sociodemográficas y un teste de preguntas cerradas estandarizadas, la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS), obteniendo como resultado que el mayor riesgo de depresión posparto en las puérperas fue de 66,7% y 33,3% no presentaron riesgo de depresión. (21)

Paucara R. ;(2016) En su estudio titulado “Utilidad de la escala de Edimburgo en el diagnóstico de depresión postparto en madres que acuden a Consultorios de Atención Integral del Niño en el Hospital Goyeneche de Arequipa Llevado a cabo en Arequipa, Perú, se propuso como objetivo Evaluar la utilidad de la Escala de Edimburgo en el diagnóstico de depresión postparto en madres que acuden a consultorios de atención integral del niño en el Hospital Goyeneche de Arequipa, 2016. : Se entrevistó a 59 madres entre las dos semanas y 12 meses postparto que cumplieron criterios de selección, y se aplicaron los criterios diagnósticos del DSM-5 para episodio depresivo mayor, y la escala de depresión postnatal de Edimburgo para el diagnóstico de depresión postparto. Se compararon variables con prueba chi cuadrado y valores de sensibilidad, especificidad y valores predictivos con intervalos de confianza al 95%. (21)

## **2.2 BASE TEORICA**

### **2.2.1. TEORICAS DE ENFERMERIA**

**La Teoría de Mercer** se basa en una amplia investigación en los años 60 la cual proviene de la admiración de Mercer por su profesora y tutora Reva Rubin en la Universidad de Pittsburgh. Rubin es muy conocida por su trabajo en la definición de la identidad del rol maternal como proceso de unión al niño y a la identidad o verse a uno mismo en el rol o sentirse cómodo con él. Además utilizó las teorías de Rol y de Desarrollo y en gran medida un planteamiento interactivo con respecto a la teoría del rol, recurriendo a la teoría sobre la presentación del rol y a la teoría de Turner sobre el núcleo del Yo. También se basó en las teorías de proceso de desarrollo de Werner y Erickson para su teoría de adopción del rol materno. Son variadas las teorías en las cuales Mercer se basa como la de Von Bertalanfy, planteamientos de Bronfenbrenner, investigación de Gottlieb sobre los roles de

unión y de cuidado. Destacablemente se basó en las teorías de Rubin.

Mercer utiliza los círculos de Bronfenbrenner, como un planteamiento general de los sistemas. Ella expone dentro del planteamiento general de los sistemas la Relación de Madre:

- Empatía - sensibilidad a las señales autoestima/autocuidado-Relación con los padres en la niñez.
- Niño: temperamento capacidad para dar señales, apariencia, características, respuesta de salud.
- Rol identidad maternal: confianza, competencia, satisfacción, unión al niño.
- Resultado en el niño: Desarrollo cognitivo, mental, conducta, salud, competencia social.

Todos estos roles que atribuye Mercer los encierra en un microsistema, este se encuentra dentro de un macrosistema que pueden estar determinados por distintos factores como lo son el cuidado diario, el ambiente laboral, el estrés, la escuela, entorno cultural determinando comportamientos de todo lo que este dentro de ello.

## ADOPCION DEL ROL MATERNO (ARM)

Su teoría se centra en la transición de la mujer al convertirse en madre, lo que implica un cambio amplio en su espacio vital que requiere un desarrollo continuo.



**MICROSISTEMA**  
Es el entorno inmediato donde ocurre la adopción del rol materno, que influyen factores como el funcionamiento familiar, la familia, relaciones entre la madre y el padre, apoyo social y

**MESOSITEMA**  
Influyen en lo que ocurre con el rol materno en el desarrollo y el niño; en este se incluyen las escuelas, guarderías, entorno laboral, lugares de culto y otras entidades de la comunidad.

**MACROSISTEMA**  
Se refiere a los prototipos que existen en la cultura o en la coherencia cultural transmitida, también incluye influencias culturales, políticas sociales.

\*El modelo original de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner (1979) del microsistema, el mesosistema y el macrosistema.

### 2.2.2. DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (23)

### **Etiología**

No existe una sola causa para la depresión. La depresión puede estar causada por uno o varios factores. Algunas personas tienen mayor probabilidad de tener depresión que otras. Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición:

### **Riesgo de tener depresión durante el embarazo**

Cualquier persona puede tener depresión, aunque este trastorno afecta hasta tres veces más a las mujeres que a los hombres. A menudo la depresión se manifiesta por primera vez en las mujeres alrededor de los 20 años, lo cual coincide con el primer embarazo de muchas mujeres.

Lo más probable es que la depresión sea causada por una combinación de factores, incluyendo los siguientes:

### **Historia familiar de depresión**

Si en tu familia hay personas que sufren de depresión, existen más posibilidades de que te deprimas a cualquier edad. El riesgo de suicidio también aumenta cuando en la familia hay antecedentes de depresión.

### **Historia personal de depresión o ansiedad**

Si en el pasado has tenido problemas de depresión o ansiedad (durante un embarazo anterior, o si después del nacimiento de otro bebé tuviste depresión posparto), aumenta la posibilidad de que sufras depresión durante el presente

embarazo. Además, las mujeres que han tenido problemas de depresión anteriormente corren un mayor riesgo de desarrollar psicosis posparto, una condición rara pero muy seria que produce alucinaciones.

### **Eventos estresantes en tu vida**

Tener que enfrentar eventos estresantes en tu vida, como problemas financieros, el rompimiento de una relación, la muerte de un familiar o de un amigo cercano, o la pérdida de un trabajo, pueden desencadenar una depresión.

### **Falta de apoyo**

Si estás enfrentando sola el embarazo, o te sientes aislada de tus amigos o familiares, aumenta tu riesgo de tener depresión. Los problemas en la relación o la falta de apoyo de tu pareja también pueden aumentar el riesgo de que desarrolles este trastorno.

### **Un embarazo no planeado**

El descubrir que estás embarazada cuando no lo estabas esperando o planeando puede causarte mucho estrés y aumentar tu riesgo de tener depresión

### **Dificultades en tu relación de pareja**

Si te encuentras en una relación de pareja difícil, y hablar con tu esposo no te está ayudando, este es un buen momento para ir a un psicólogo o a un consejero de parejas. Los recién nacidos suelen añadir tensión a la relación. Por eso es importante que no esperes en buscar ayuda, especialmente si estás siendo víctima de violencia doméstica.

### **Situación de violencia doméstica**

Es muy común que la violencia doméstica y el abuso emocional aumenten durante el embarazo. Si esto te pasa, es crucial que

hables con alguien para asegurarte de que tú y tu bebé estén protegidos. Habla con tu médico sobre lo que está pasando para que te ayude a encontrar la forma de cambiar tu situación.

### **2.2.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Algunos de los síntomas de la depresión, como fatiga o problemas para conciliar el sueño, son comunes durante el embarazo. Pero cuando se combinan con un sentimiento de tristeza o desesperanza y pierdes el interés en las actividades que antes disfrutabas, o si interfieren con tu habilidad para realizar las actividades de tu vida diaria, es probable que la depresión tenga algo que ver.

Si has experimentado cinco o más de los siguientes síntomas, durante la mayor parte del día, por más de dos semanas, podrías tener depresión:

- Pérdida del interés en las actividades diarias, o tienes la sensación de que nada es ya divertido ni agradable.
- Sentimiento de tristeza, o "vacío" durante la mayor parte del día, todos los días.
- Llanto constante.
- Irritación o agitación extrema.
- Ansiedad.
- Dificultad para concentrarte.
- Falta de energía, o fatiga extrema que no disminuye después de descansar.
- Cambios en tus patrones de alimentación o sueño (podrías tener un deseo de comer o dormir todo el tiempo o no lograr comer ni dormir nada).
- Sentimientos de culpa por sentirte inadecuada o pensar que no vales nada, o sentimientos de desesperanza.
- Sentimiento de que vivir no vale la pena.

#### **2.2.4. TRATAMIENTO MEDICO**

Los siguientes medicamentos están contraindicados en el primer trimestre del embarazo: paroxetina, benzodiazepinas, litio, carbamazepina y ácido valproico

- En vista de la asociación con daños para el feto y el recién nacido, la paroxetina generalmente no debe iniciarse como terapia de primera línea en el embarazo. Para las mujeres que ya toman paroxetina debe llevarse a cabo una evaluación de los riesgos y beneficios individuales antes de que se tome una decisión para continuar el uso o cambiar a otro antidepresivo
- Iniciar con opciones terapéuticas no farmacológicas (intervenciones ambientales y psicoterapia)
- Evitar en lo posible el uso de antidepresivos durante las primeras 12 semanas de gestación
- Indicar ISRS (excepto la paroxetina), cuando sea necesario incluir farmacoterapia en el tratamiento de la depresión durante el embarazo y lactancia
- Es preferible el uso de un solo medicamento en una dosis más alta, que el uso de múltiples medicamentos para el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas durante el embarazo
- Cuando se decida interrumpir los antidepresivos, éstos deben disminuirse gradualmente en vez de hacerlo repentinamente, para reducir los efectos secundarios de la interrupción.

#### **2.2.5. VÍNCULO AFECTIVO PRENATAL**

Es el lazo afectivo que se propicia en la mujer embarazada respecto de la llegada de su hijo o hija, para que esta pueda ser asumida de manera natural, positiva, con acogida y afecto. (25)

## **2.2.6. ESTIMULACIÓN PRENATAL**

### **Técnicas de estimulación dirigidas al feto.**

Antes del nacimiento, la estimulación prenatal tiene por finalidad facilitar la comunicación y el aprendizaje del bebé por nacer mediante la realización de actividades y la aplicación de las diferentes técnicas organizadas (auditivas, visuales, motoras y táctiles), potencializando así el desarrollo físico, mental y sensorial del niño por nacer.

Para una adecuada aplicación esa técnica de estimulación prenatal es importante considerar el desarrollo embrión, fomentando la participación de la madre y padre así fortaleciendo el vínculo afectivo prenatal.

Las técnicas más importantes de estimulación prenatal son las siguientes:

#### **Técnica Táctil :**

Se realiza a partir de la sexta a décima semana de gestación, mediante la utilización de diversos instrumentos (masajeadores, texturas), aplicados a nivel del dorso fetal, a través del vientre materno. Su aplicación a diferentes presiones genera vibraciones que se transmiten a través del líquido amniótico y son captados por los nervios periféricos de la piel del bebé. Este estímulo es transmitido a la médula espinal y luego al cerebro, produciendo así cambios físicos como es el movimiento del bebé. (26)

#### **Técnica Visual:**

Se realiza en forma más efectiva a partir del cuarto mes de gestación; con la utilización de la luz artificial y natural. Los fotones de luz que llegan al feto a través de la pared abdominal de la madre estimulada la retina ocular, siguiendo la vía por el nervio óptico hasta la corteza cerebral, lo cual le permitirá al bebé en edad temprana una mejor discriminación visual, así como una mejor orientación y dirección (27).

**Técnica Auditiva:**

La audición es uno de los sentidos que conecta al bebé con el mundo exterior y a su vez es uno de los que más se pueden estimular, ya que el aparato auditivo del bebé se desarrolla aproximadamente a las 14 semanas de gestación, siendo entonces cuando empieza a captar los sonidos externos e internos.

El sonido opera como un neurotransmisor interactivo actuando directamente sobre el sistema neurovegetativo\* celular e hipofisiario del feto, dejando impreso un registro a modo de huella. Por ejemplo las sensaciones producidas por la música van a quedar grabadas en el futuro bebé, que lo remitirá una vez nacido a ese estado placentero que vivió durante su gestación.

**Técnica Motora:**

Se realiza a partir de las 10 semanas de gestación; ya que por esos momentos se forman los canales semicirculares relacionados con el equilibrio. La estimulación se realiza por las diferentes posiciones que toma la madre durante el embarazo en su vida normal o a través de los ejercicios físicos apoyados por una respiración adecuada. El feto dentro del útero se informa de su posición recepcionando si la madre se encuentra de pie o en una posición que afecte su equilibrio intraútero, logrando así desarrollar el centro del equilibrio del niño poniéndolo en alerta (28).

**2.2.7. PARA AUMENTAR EL BIENESTAR DE LA GESTANTE Y EL FETO.**

En la actualidad, una gran mayoría de programas prenatales no se limitan a estimular al feto sino que constituyen auténticos programas de intervención. Son técnicas para aumentar el bienestar de la gestante y el feto, como por ejemplo: técnicas de relajación, ejercicios para el fortalecimiento de la autoestima y la

confianza en sí misma, consejos nutricionales, estimulación sensorial dirigida principalmente a la gestante. Que tiene como objetivo crear en torno a la mujer embarazada una atmósfera tranquila, atractiva y variada para eliminar el estrés del entorno cotidiano, proporcionándole una gran sensación de bienestar, y a través de él, conseguir esa sensación placentera para el no nacido. Al igual que enriquecer sus experiencias y ayudarla a disfrutar de ese periodo especial, además de potenciar sus sentimientos de seguridad física y emocional (29).

## **2.3 DEFINICION DE TERMINOS**

### **Depresión**

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2011).(30)

### **Depresión prenatal**

La depresión prenatal y postnatal se puede llegar a considerar como un trastorno de similar frecuencia a la depresión en mujeres en cualquier otro período de la vida, sin embargo estos son periodos de mayor vulnerabilidad, en el que el riesgo de padecer este trastorno es el doble que en cualquier otra etapa (31)

### **Vinculo prenatal**

Es la relación, cálida, continua y frecuente de la madre con su bebe desde la etapa del embarazo hasta el nacimiento, fortaleciendo los lazo afectivos para toda la vida.

## **2.4 HIPOTESIS**

### **2.4.1 Hipótesis general**

H1: La presencia de depresión en la mujer embarazada influye negativamente sobre el proceso de vinculación afectiva prenatal en el hospital Goyeneche Arequipa 2016.

Ho: No existe influencia de la depresión en la mujer embarazada sobre el proceso de vinculación afectiva prenatal en el hospital Goyeneche Arequipa 2016.

### **2.4.2 Hipótesis específica**

- Es probable que el nivel de depresión en la mujer embarazada sea alto en el hospital Goyeneche Arequipa 2016.
- Es probable que exista un inadecuado proceso de vinculación prenatal en la mujer embarazada en el hospital Goyeneche Arequipa 2016.
- Es probable que la magnitud de la influencia del nivel de depresión sobre el proceso de vinculación prenatal en la mujer embarazada sea intensa.

## **2.5 VARIABLES**

### **2.5.1 Definición conceptual de la variable**

#### **Depresión en la mujer gestante**

Es un trastorno de humor como depresión clínica que involucran cambios en la química del cerebro, los cuales están directamente relacionados a depresión y ansiedad.

### **Vinculación prenatal**

Es la aproximación, caricia, miradas y la alimentación hacia el niño intrauterino estableciéndose una interacción entre las señales que la madre percibe como los movimientos fetales y la forma en que dichas señales son correspondidas por la madre con la comunicación a través del tacto. Estas señales emitidas por el feto y percibidas por la madre generando en ella sentimientos de seguridad, ansiedad, temor, afecto, etc. que serán igualmente percibidos por el feto a través de los mecanismos neurohormonales que dichos sentimientos generan en el cuerpo de la madre.(32)

#### **2.5.2 Definición operacional**

##### **Depresión en la mujer gestante**

La depresión en la mujer embarazada se medirá con el inventario de Beck con la siguiente interpretación.

### 2.5.3 Operacionalización de la variable

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	Sub-indicadores	ITEMS	CATEGORIA	ESCALA
<b>DEPRESION EN LA MUJER GESTANTE</b>	- <b>Síntomas</b>	Pesimismo Culpa Auto desagrado Actitudes suicidad Auto acusación Llanto Irritabilidad Cambio de la imagen corporal Insomnio Fatigabilidad Anorexia o bulimia	Altibajos considerados normales       Leve perturbación	1, 3, 4, 7, 10, 11, 14, 16, 17, 19, 21		Ordinal
	- <b>Actitudes</b>	Tristeza Sensación de fracaso Insatisfacción Pérdida de peso	Estado de depresión intermitente	2, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 15, 18, 20		

		Expectativas de castigo Separación social Indecisión Retardo laboral	Depresión moderada  Depresión grave  Depresión extrema			
<b>VINCULACION PRENATAL</b>	Calidad de la vinculación	Positiva	- Fuerte - Saludable	2, 3, 5, 7,8,9, 11, 12, 13, 15, 17,18, 19	a) Casi todo el tiempo b) Muy frecuentemente c) Frecuentemente d) Ocasionalmente e) En lo absoluto	Ordinal
		Negativa	- Afecto positivo - Baja preocupación			
	Preocupación	Alta	- Ansioso - Ambivalente - Preocupación sin afecto	1, 4, 6, 10, 14, 16		Ordinal
		Baja	- Desvinculado - Ambivalente			

## CAPITULO III: METODOLOGIA

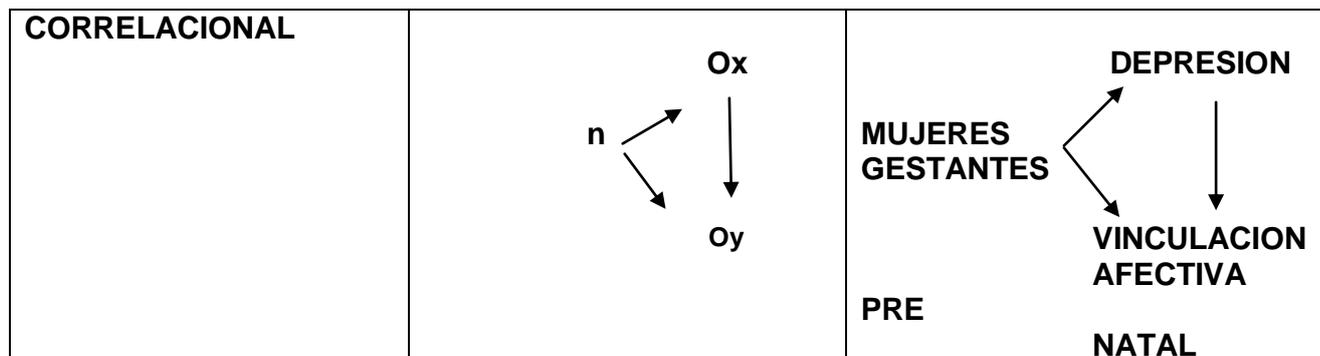
### 3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

#### 3.1.1 Tipo

Según el enfoque cuantitativo	Correlacional – causal
Según el número de variables	Bivariado
Según el número de mediciones	Transversal
Según la temporalidad	Retrospectivo

#### 3.1.2 Diseño

NO EXPERIMENTAL	
	TRANSVERSAL
DESCRIPTIVO	



**DONDE:**

**N: MUJERES GESTANTES**

**OX: DEPRESION**

**OY: VINCULACION AFECTIVA PRENATAL**

**↓: RELACION CAUSAL ENTRE VARIABLES**

### 3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO DE ESTUDIO AMBITO

La presente investigación se llevara a cabo en el servicio ginecología en el Hospital Goyeneche, situado en la avenida Goyeneche de la ciudad de Arequipa, Perú.

La presente investigación se llevara a cabo durante el periodo de Enero – Agosto, Arequipa, Perú 2016.

### 3.3 POBLACION Y MUESTRA:

#### 3.3.1 Población:

La población estará constituida por todas las mujeres gestantes comprendidas entre los 18 y 40 años que deseen participar de la investigación.

#### 3.3.2 Muestra:

No probabilístico

Por sujetos voluntarios.

**Calculo de la muestra:**

**Formula de muestra:**

**Según gallardo y moreno:**

$$n = \frac{N (Z \alpha/2)^2}{4N E^2 + (Z \alpha/2)^2}$$

$$n = \frac{3500 (1.96)^2}{4(3500) (0,05)^2 + 3.84}$$

$$n = \frac{3500 (3.84)}{14000(0.0025) + 3.84}$$

$$n = \frac{13440}{35 + 3.84}$$

$$n = \frac{13440}{38.84}$$

$$n = 346$$

**Criterios de inclusión:**

- Mujeres hospitalizadas en el servicio de Ginecología en el hospital Goyeneche.
- Mujeres comprendidas entre los 18 y 40 años.
- Mujeres que se encuentren en el 3 trimestre del embarazo.
- Mujeres con grado de instrucción secundaria.

**Criterios de exclusión:**

- Mujeres que sean analfabetas.
- Mujeres que no quieran participar de la investigación.
- Mujeres que no hablen español.

### 3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

#### 3.4.1 Técnicas:

La técnica que se empleará será la encuesta, a través de la aplicación de un cuestionario.

#### 3.4.2 Instrumentos:

Para la recolección de datos de la variable depresión se utilizará el INVENTARIO DE BECK que propone las siguientes puntuaciones de corte y grados de depresión correspondientes: 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave.

El uso de criterios o puntuaciones de referencia para distinguir distintos niveles de sintomatología es también habitual en muchos otros instrumentos psicopatológicos y responde a una tradición clínica sobre la utilidad de diferenciar niveles sindrómicos en función del número de síntomas presentes y su intensidad. Por ejemplo, el DSM-IV clasifica así el episodio depresivo mayor en función de su gravedad: “La gravedad se considera leve, moderada o grave en base al número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar.

Los episodios *leves* se caracterizan por la presencia de sólo cinco o seis síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad de función normal, pero a costa de un esfuerzo importante e inhabitual. Los episodios *graves sin síntomas psicóticos* se caracterizan por la presencia de la mayoría de los síntomas de los criterios y por una incapacidad evidente y observable

Para recolectar los datos sobre vinculación afectiva prenatal se utilizará la escala de vinculación materna prenatal, cuyas siglas en inglés son MAAS (Maternal Antenatal Attachment Scale) fue diseñada por Condón (1993), como un cuestionario de auto reporte conformada por 19 ítems. Las respuestas son ubicadas en

5 puntos de una escala tipo Likert, la puntuación mínima es 19 y la máxima es 95. Las puntuaciones en la escala de Calidad puntúan entre 11 y 50, mientras que en la de Preocupación, entre 8 y 40.

Se clasificó Calidad y Preocupación como positivo o alto, según fuera el caso, cuando la puntuación se encontrará por arriba de la media del grupo, y como negativo o bajo, respectivamente cuando puntuará por debajo de la media.

### **3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

La validación del cuestionario se obtendrá a través de juicio de expertos, quienes conforman un total de 7 profesionales dedicados al área de estudio, lo cual motivó a los reajustes necesarios del instrumento.

El nivel de confiabilidad se realizó a través del método estadístico, usando para esto la del Alfa y Crombach.

### **3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

**Administración:** Se solicitó permiso a la institución para poder realizar la investigación.

Organizar los días para realizar el instrumento con preguntas sobre el nivel de conocimiento

## CAPITULO IV: RESULTADOS

### DEPRESIÓN EN MADRES EMBARAZADAS Y EL PROCESO DE VINCULACIÓN AFECTIVA PRENATAL EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ AREQUIPA 2016.

VINCULACION AFECTIVA	DEPRESION						TOTAL	
	LEVE		MODERADO		GRAVE			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Positiva	145	42%	28	8%	21	6%	194	56%
En Proceso	24	7%	63	18%	24	7%	111	32%
Negativa	11	3%	6	2%	24	7%	41	12%
Total	180	52%	97	28%	69	20%	346	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

#### INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 1:

Las madres embarazadas que acuden al Hospital Goyeneche de Arequipa, que tienen depresión Leve, tienen a su vez un vínculo afectivo Positivo en un 42%(145), las madres embarazadas que tienen depresión moderada tienen a su vez un vínculo afectivo En Proceso en un 18%(63) y las madres embarazadas con depresión grave tienen a su vez un vínculo afectivo negativo en un 7%(24). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Depresión y vínculo afectivo de las madres.

**TABLA 2**

**DEPRESIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL  
GOYENECHÉ AREQUIPA 2016.**

<b>DEPRESIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
Leve	180	52%
Moderado	97	28%
Grave	69	20%
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

FUENTE: *Elaboración propia*

**INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 2:**

Las madres embarazadas que acuden al Hospital Goyeneche de Arequipa, en mayor porcentaje tienen depresión Leve en un 52%(180), seguido de la depresión moderada en un 28%(97) y en menor porcentaje tienen depresión grave en un 20%(69).

**TABLA 3**

**PROCESO DE VINCULACIÓN AFECTIVA PRENATAL EN MUJERES  
EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ AREQUIPA 2016.**

<b>DEPRESIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>Porcentaje</b>
Leve	194	56%
Moderado	111	32%
Grave	41	12%
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** *Elaboración propia*

**INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 3:**

Las madres embarazadas que acuden al Hospital Goyeneche de Arequipa, en mayor porcentaje tienen vínculo afectivo positivo en un 56%(194), seguido del vínculo afectivo En Proceso en un 32%(111) y en menor porcentaje tienen vínculo afectivo negativo en un 12%(41).

## PRUEBA DE HIPOTESIS

### Prueba de la Hipótesis General:

H1: La presencia de depresión en la mujer embarazada influye sobre el proceso de vinculación afectiva prenatal en el hospital Goyeneche Arequipa 2016.

Ho: No existe influencia de la depresión en la mujer embarazada sobre el proceso de vinculación afectiva prenatal en el hospital Goyeneche Arequipa 2016.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$  (5%)

Tabla 2: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Depresión	Actitudes
	Correlación de Pearson	1	,905**
Depresión	Sig. (bilateral)		,000
	N	346	346
	Correlación de Pearson	,905*	1
Actitudes	Sig. (bilateral)	,000	
	N	346	346

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 6:

Aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,905, lo cual nos indica que existe una relación significativa con un valor  $p<0,05$ .

Siendo cierto que: La presencia de depresión en la mujer embarazada influye negativamente sobre el proceso de vinculación afectiva prenatal en el hospital Goyeneche Arequipa 2016.

## **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional, El Vínculo afectivo prenatal es el lazo afectivo que se propicia en la mujer embarazada respecto de la llegada de su hijo o hija, para que esta pueda ser asumida de manera natural, positiva, con acogida y afecto. En nuestra investigación hemos encontrado que las madres embarazadas que acuden al Hospital Goyeneche de Arequipa, que tienen depresión Leve, tienen a su vez un vínculo afectivo Positivo en un 42%(145), las madres embarazadas que tienen depresión moderada tienen a su vez un vínculo afectivo En Proceso en un 18%(63) y las madres embarazadas con depresión grave tienen a su vez un vínculo afectivo negativo en un 7%(24). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Depresión y vínculo afectivo de las madres. (Ver Tabla 1). Coincidiendo con Díaz, M.; Amato, R.; Ramírez, M.; López, J. (2013) obteniendo como resultado que el 32,6% de las pacientes estudiadas no presentó ningún nivel de ansiedad, mientras que el 39,8% presentó ansiedad menor, finalmente un 27,5% ansiedad mayor, lo cual traduce que el 67,3% de las embarazadas tuvo un nivel de ansiedad (menor o mayor) en la escala de Hamilton y el 19,4% presentó un cuadro de depresión severa o muy severa, el 66,1% tuvo algún nivel de depresión. Coincidiendo además con Sangama, R.; Vásquez, E. ;(2012) obteniendo como resultado que el mayor riesgo de depresión posparto en las puérperas fue de 66,7% y 33,3% no presentaron riesgo de depresión.

### **OBJETIVO ESPECIFICO 1**

Cualquier persona puede tener depresión, aunque este trastorno afecta hasta tres veces más a las mujeres que a los hombres. A menudo la depresión se

manifiesta por primera vez en las mujeres alrededor de los 20 años, lo cual coincide con el primer embarazo de muchas mujeres. En nuestra investigación hemos encontrado que las madres embarazadas que acuden al Hospital Goyeneche de Arequipa, en mayor porcentaje tienen depresión Leve en un 52%(180), seguido de la depresión moderada en un 28%(97) y en menor porcentaje tienen depresión grave en un 20%(69). (Ver Tabla 2). Coincidiendo con Jadresic (2014) quien obtuvo como resultado que alrededor del 30% de las embarazadas sufre síntomas inespecíficos de depresión, estimando que recién en el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial mientras que en Chile constituye actualmente el primer motivo de discapacidad en mujeres adultas.

## **OBJETIVO ESPECIFICO 2**

Las madres embarazadas que acuden al Hospital Goyeneche de Arequipa, en mayor porcentaje tienen vínculo afectivo positivo en un 56%(194), seguido del vínculo afectivo En Proceso en un 32%(111) y en menor porcentaje tienen vínculo afectivo negativo en un 12%(41). (Ver Tabla 3). Coincidiendo con Borda, M.; Forero, C.; Ahcar, N.; Hiestrosa, C.; Polo, S. (2013) Los resultados que obtuvieron fueron los siguientes: la depresión fue de 19,2% en edad media de 24 a 45 años y que el 25% de mujeres con depresión tenía antecedentes de esta enfermedad.

## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERO**

La presente investigación tiene como título: La depresión en la mujer embarazada influye sobre el proceso de vinculación afectiva prenatal en el hospital Goyoneche Arequipa 2016. En nuestra investigación hemos encontrado que: Las madres embarazadas que acuden al Hospital Goyoneche de Arequipa, que tienen depresión Leve, tienen a su vez un vínculo afectivo Positivo, las madres embarazadas que tienen depresión moderada tienen a su vez un vínculo afectivo En Proceso y las madres embarazadas con depresión grave tienen a su vez un vínculo afectivo negativo. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables: Depresión y vínculo afectivo de las madres, además que la madre embarazada debe desenvolverse en un contexto adecuado que le permita los vínculos afectivos positivos. Se comprobó estadísticamente mediante la R de Pearson con un valor de 0,905 y con un nivel de significancia de valor  $p < 0,05$ .

### **SEGUNDO**

Las madres embarazadas que acuden al Hospital Goyoneche de Arequipa, en mayor porcentaje tienen depresión Leve, seguido de la depresión moderada y en menor porcentaje tienen depresión grave.

### **TERCERO**

Las madres embarazadas que acuden al Hospital Goyoneche de Arequipa, en mayor porcentaje tienen vínculo afectivo positivo, seguido del vínculo afectivo En Proceso y en menor porcentaje tienen vínculo afectivo negativo.

## **RECOMENDACIONES**

### **PRIMERO**

Promover actividades que les permita a las madres embarazadas que acuden al Hospital Goyoneche de Arequipa, evitar la depresión, como la participación en gimnasia rítmica propia para su estado, actividades productivas en la elaboración de ropas para bebé, participación en grupos interactivos virtuales y de las redes sociales acerca del nacimiento del futuro bebé y otros más, manteniendo siempre pensamientos y vínculos afectivos positivos.

### **SEGUNDO**

Promover la consejería y orientación familiar, que involucre a sus entorno más cercano, esposo, hijos y familia, con el fin de establecer un ambiente de equilibrio emocional, en la prevención de la depresión y favorable a los vínculos afectivos positivos.

### **TERCERO**

Establecer una comunicación de vínculo afectivo entre la madre y el futuro bebé, hablarle, cantarle, caricias, hablarle de sus futuro, contarle cuentos, contarle lo sucedido durante el día, de modo tal que se establezca un fuerte vinculo positivo, de la importancia que significa para la familia la llegada muy esperada del nuevo ser, que llegará para brindar alegría y felicidad completa para todos,

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- [1] Fortner, R., Pekow, P., Dole, N., Markenson, G. & Chasen-Taber L. (2011). Risk factors for prenatal depressive symptoms among Hispanic women. *Maternal and Child Health Journal*, 15(8), 1287-1295
- [2] Nonacs, R. y Cohen, L.S. (2002). Depresión during pregnancy: diagnosis and treatment options. *Journal of Clinical Psychiatry*, 24-30.
- [3] Fernández, L.M. (2005). El vínculo afectivo con el niño por nacer. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca
- [4] Nolen-Hoeksema, S., Wolfson, A., Mumme, D. y Guskin, K. (1995). Helplessness in children of depressed and nondepressed mothers. *Developmental Psychology*, 31.
- [5] Díaz, A., Pérez, J., Martínez, M.J., Herrera, E. y Brito, A. (2000). Influencias de la personalidad materna sobre el estilo conductual infantil: implicaciones para la atención temprana. *Anales de Psicología*, 101
- [6] Berthiaume, M., David, H., Saucier, J. y Borgeat, F. (1998). Correlates of prepartum depressive symptomatology: a multivariate analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 45.
- [7] Sánchez, A.I., Bermúdez, M.P. y Buena-Casal, G. (2000). Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 2-3.
- [8] Kelly, M.D. Russo, Ph.D. y Katon, M.D. (2001). The complaints somatics among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or dismal amplification and of the anxiety of the new symptom. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 222-224.
- [9] Hayes, B., Reinhold, M. y Bradley, B. (2001). Depression perinatal: a controlled trial selected at random of an intervention prenatal of the education for primiparas. *Birth*, 28-35.

- [10] Greenspan, S., y Benderley, B. (1998). El crecimiento de la mente. Barcelona, Paidós.
- [11] Deutch H. La psicología de las mujeres Nueva York: Grune & Stratton; 1945
- [12] Kennell JH, Slyter H, Klaus MH. La respuesta de duelo de los padres a la muerte de un recién nacido.
- [13] Lumley JM. A través de un vidrio oscuro: La ecografía y la vinculación prenatal. Nacimiento.
- [14] Smeekens y cols., 2007
- [15] Lopez, N. Sueiro, E.: (2008) CÉLULAS MADRE Y VÍNCULO DE APEGO EN EL CEREBRO DE LA MUJER
- [16] Lafuente, M. J. (1995). Hijos en camino. Barcelona: Cúpula.
- [17] R. Rubin (1975) tareas maternas durante el embarazo. Materna niño de pecho Diario. 143-153.
- [18] Diaz, M.; Amato, R.; Ramirez, M.; Lopez, J. (2013) en su estudio titulado “Depresión y ansiedad en embarazadas”
- [19] Jadresic, E. (2014) en su estudio titulado “Depresión perinatal detección y tratamiento”
- [20] Borda, M.; Forero, C.; Ahcar, N.; Hinestrosa, C.; Polo, S. (2013) en su estudio titulado “
- [21] Sangama, R.; Vasques, E. ;(2012) en su estudio titulado “relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión posparto en puérperas que consultan en la clínica corpomedico Tarapoto junio-setiembre 2012.”
- [22] OMS. 2012
- [23] <http://biblioteca.itson.mx/oa/psicologia/oa5/depresion/d6.htm>
- [24] Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos Sabrina Morales Alvarado, Alex Guibovich Mesinas, Maribel Yábar Peña
- [25] OMS 2011
- [26, 27, 28] Abran paso al bebe, 1990.
- [29] Lafuente, M.J., 2005, pp. 184-185

**[30]** Augusto, Kumar, Calheiros, Matos y Figueiredo, 1996 depresión postnatal en un área urbana de Portugal: comparación de las mujeres en edad fértil y controles emparejados.

**[31,32]** (el vínculo afectivo con el niño intrauterino Luz María Fernández Mateos)

[http://www.down21.org/?option=com\\_content&view=category&id=912:articulo&Itemid=169&layout=default](http://www.down21.org/?option=com_content&view=category&id=912:articulo&Itemid=169&layout=default)

# XOS

## Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor lea con atención cada una, y señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor como se ha sentido durante esta última semana incluido el día de hoy. Si dentro de una misma pregunta, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

- 1.-
  - No me siento triste
  - Me siento triste.
  - Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
  - Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
- 2.-
  - No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
  - Me siento desanimado respecto al futuro.
  - Siento que no tengo que esperar nada.
  - Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
- 3.-
  - No me siento fracasado.
  - Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
  - Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
  - Me siento una persona totalmente fracasada.
- 4.-
  - Las cosas me satisfacen tanto como antes.
  - No disfruto de las cosas tanto como antes.
  - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
  - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.
  - No me siento especialmente culpable.
  - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
  - Me siento culpable constantemente.
- 6.-
  - No creo que esté siendo castigado.
  - Me siento como si fuese a ser castigado.
  - Espero ser castigado.
  - Siento que estoy siendo castigado.
- 7.-
  - No estoy decepcionado de mí mismo.
  - Estoy decepcionado de mí mismo.
  - Me da vergüenza de mí mismo.
  - Me detesto.
8.
  - No me considero peor que cualquier otro.
  - Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
  - Continualmente me culpo por mis faltas.
  - Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9.-
  - No tengo ningún pensamiento de suicidio.
  - A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
  - Desearía suicidarme.
  - Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10)

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11.-

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12.-

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13 -.

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14.-

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15.-

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16.-

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17.-

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.-

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19.-

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20.-

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21.-

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.

- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

### **ESCALA DE VINCULACION MATERNA PRENATAL**

\*Estas preguntas son acerca de sus pensamientos y sentimientos sobre el desarrollo del bebe, por favor marque solo una caja en respuesta a cada pregunta.

**1. En las últimas dos semanas he pensado acerca de, o he estado preocupada del bebe dentro de mí:**

- a) Casi todo el tiempo
- b) Muy frecuentemente
- c) Frecuentemente
- d) Ocasionalmente
- e) En lo absoluto

**2. En las últimas dos semanas cuando he hablado acerca de, o pensado acerca del nene dentro de mi tuve sentimientos emocionales que fueron:**

- a) Muy débiles o inexistentes
- b) Algo débiles
- c) Entre fuertes y débiles
- d) Algo fuerte
- e) Muy fuertes

**3. En las últimas dos semanas mis sentimientos acerca del bebe dentro de mi han sido:**

- a) Muy positivos

- b) Principalmente positivos
  - c) Mezcla de positivos y negativos
  - d) Principalmente negativos
  - e) Muy negativos
4. **En las últimas 2 semanas he tenido el deseo de leer acerca de, u de obtener información acerca del bebe. Este deseo es:**
- a) Muy débil o inexistente
  - b) Algo débil
  - c) Ni fuerte ni débil
  - d) Moderadamente fuerte
  - e) Muy fuerte
5. **En las últimas dos semanas he estado tratando de imaginarme en mi mente como realmente se ve el desarrollo del bebe en mi vientre.**
- a) Casi todo el tiempo
  - b) Muy frecuentemente
  - c) Frecuentemente
  - d) Ocasionalmente
  - e) En lo absoluto
6. **En las últimas 2 semanas pienso del desarrollo del bebe generalmente como:**
- a) una personita real con características especiales
  - b) Un bebe como cualquier otro bebe
  - c) Un ser humano
  - d) Una cosa viviente
  - e) Una cosa que aún no está viva realmente
7. **En las últimas 2 semanas he sentido que él bebe dentro de mí es dependiente de mí para su bienestar:**
- a) Totalmente
  - b) Muchísimo
  - c) Moderadamente
  - d) Ligeramente
  - e) En lo absoluto
8. **En las últimas 2 semanas me he encontrado conmigo misma hablando con mi bebe cuando estoy sola:**
- a) En lo absoluto
  - b) Ocasionalmente
  - c) frecuentemente
  - d) Muy frecuentemente
  - e) Casi todo el tiempo en el que estoy sola
9. **En las últimas dos semanas cuando pienso acerca de (o hablo con) mi bebe dentro de mí, mis pensamientos:**
- a) Son siempre tiernos y amorosos
  - b) Son una mezcla de ambos: ternura e irritación
  - c) Contienen algo de irritación
  - d) Contienen mucho de irritación
10. **La imagen en mi mente de como se ve realmente él bebe en esta etapa dentro de mi vientre es:**
- a) Muy clara
  - b) Algo rara
  - c) Algo vaga
  - d) Muy vaga
  - e) No tengo idea alguna
11. **En las últimas dos semanas cuando pienso acerca del bebe dentro de mí, se me vienen sentimientos que son:**
- a) Muy tristes
  - b) Moderadamente tristes
  - c) Una mezcla de alegría y tristeza
  - d) Moderadamente felices
  - e) Muy felices
12. **Algunas mujeres embarazadas algunas veces se irritan por el**

**bebe dentro de ellas, que sienten que quieren lastimarlo o castigarlo:**

- a) No puedo imaginarme que alguna vez pudiera sentirme así
- b) Puedo imaginarme que tal vez me sienta así algunas veces, pero realmente nunca lo he hecho
- c) Me he sentido así una o dos veces
- d) Me he sentido así ocasionalmente
- e) Con frecuencia me siento así

**13. En las últimas dos semanas he sentido:**

- a) Muy distante emocionalmente de mi bebe
- b) Moderadamente distante emocionalmente de mi bebe
- c) Particularmente no cercana emocionalmente de mi bebe
- d) Moderadamente cercana emocionalmente de mi bebe
- e) Muy cercana emocionalmente de mi bebe

**14. En las últimas dos semanas he cuidado lo que como para asegurarme de que mi bebe tenga buena dieta**

- a) En lo absoluto
- b) Una o dos veces cuando como
- c) Ocasionalmente cuando como
- d) Algo frecuente cuando como
- e) Cada vez que como

**15. La primera vez que vea a mi bebe después del nacimiento supongo que sentiré:**

- a) Un intenso afecto
- b) Mayormente afecto
- c) Disgusto sobre uno o dos aspectos del bebe

- d) Disgusto sobre algunos aspectos de bebe
- e) Mayormente disgusto

**16. Cuando nazca mi bebe me gustaría cargar al bebe**

- a) Inmediatamente
- b) Después de que haya sido envuelto en una sabana
- c) Después de que haya sido lavado
- d) Después de algunas horas para que las cosas vuelvan a la normalidad
- e) Al siguiente día

**17. En las últimas 2 semanas he tenido sueños acerca del embarazo o del bebe:**

- a) En lo absoluto
- b) Ocasionalmente
- c) Frecuentemente
- d) Muy frecuentemente
- e) Casi cada noche

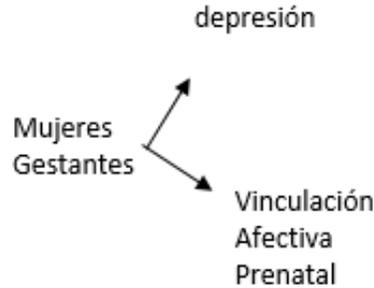
**18. En las últimas 2 semanas me he encontrado a mí misma sintiéndome, o frotando con mi mano el exterior de mi estómago donde está él bebe:**

- a) Muchas veces al día
- b) L menos una vez al día
- c) Ocasionalmente
- d) Solo una vez
- e) En lo absoluto

**19. Si el embarazo se perdiera en este momento ( debido a un aborto no provocado u otro evento accidental sin ningún dolor o herida en mí, supongo que me sentiría:**

- a) Muy contenta
- b) Moderadamente contenta
- c) Neutral ( ni triste ni contenta, o sentimientos encontrados)
- d) Moderadamente triste
- e) Muy triste

**TITULO: DEPRESION EN LA MUJER EMBARAZADA Y SU INFLUENCIA EN EL VINCULO AFECTIVO PRENATAL EN EL HOSPITAL GOYENECEHE AREQUIPA 2016**

Problema principal	Objetivo general	Hipótesis general	Variables	metodología
¿Cuál es la influencia de la depresión en la mujer gestante sobre el proceso de vinculación afectiva prenatal en el hospital Goyeneche Arequipa 2016?	Determinar la influencia de la depresión en la mujer gestante en el proceso de vinculación afectiva prenatal en el hospital Goyeneche Arequipa 2016	H1 Existe influencia de la depresión en la mujer gestante y el proceso de vinculación afectiva prenatal en el hospital Goyeneche Arequipa 2016.	V1 Depresión en la mujer gestante - Síntomas - actitudes  V2 vinculación afectiva prenatal - calidad de vinculación - preocupación	Tipo: descriptiva Diseño: correlacional - causal  
Problema específico	Objetivo específico	Ho No existe influencia entre la depresión en la mujer gestante y el proceso de vinculación afectiva prenatal en el hospital Goyeneche Arequipa 2016		Instrumento
Problema específico ¿Existe depresión en la mujer gestante del hospital Goyeneche Arequipa 2016?	Determinar el nivel de depresión en la mujer gestante en el hospital Goyeneche Arequipa 2016?			INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK  CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA VINCULACIÓN AFECTIVA PRENATAL
¿Cómo es el proceso de la vinculación afectiva prenatal de las madres gestantes en el hospital Goyeneche Arequipa 2016?	Determinar el proceso de vinculación afectiva prenatal de las madres gestantes en el hospital Goyeneche Arequipa 2016	Hipótesis específica		
¿Cuál es la magnitud de la influencia de la depresión en la mujer gestante sobre el proceso de vinculación prenatal en el Hospital Goyeneche Arequipa 2016?	Estimar la magnitud de la influencia de la depresión en la mujer gestante sobre el proceso de vinculación afectiva prenatal en el	Es probable que el nivel de depresión en la mujer gestante sea bajo en el hospital Goyeneche Arequipa 2016 Es probable que exista un inadecuado proceso de vinculación afectiva prenatal		

MAPA DE UBICACIÓN DEL AMBITO DE ESTUDIO

