



**Caracterización de la depresión en cinco madres gestantes, habitantes del municipio  
de Corinto-Cauca**

**Lina Verónica Parra Oyola**

Código 20251912499

**Universidad Antonio Nariño**

Programa Psicología

Facultad de Psicología

Santiago de Cali, Colombia

2023

**Caracterización de la depresión en Cinco Madres Gestantes, habitantes del municipio de Corinto-Cauca**

Lina Verónica Parra Oyola

Proyecto de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:

Psicóloga

Director (a):

Dra. María Del Carmen Jiménez

Línea de Investigación:

Psicología clínica y de la salud

Grupo de investigación: GRIPSI

**Universidad Antonio Nariño**

Programa psicología

Facultad de Psicología

Santiago de Cali, Colombia

2023.

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

El trabajo de grado titulado: Caracterización de la depresión en  
Cinco Madres Gestantes, habitantes del municipio de  
Corinto-Cauca. Cumple con los requisitos para optar  
Al título de psicóloga.

---

Firma del Tutor

---

Firma Jurado

---

Firma Jurado

Santiago de Cali, 14 de noviembre de 2023.

## Contenido

	Pág.
Resumen .....	8
Abstract .....	9
Introducción.....	10
1. Antecedentes .....	11
2. Planeamiento del problema .....	20
3. Objetivos.....	21
3.1 Objetivo general .....	21
3.2 Objetivos específicos .....	21
4. Justificación .....	21
5. Marco teórico .....	25
5.1 Marco conceptual .....	25
5.2 Salud Mental.....	26
5.3 Depresión.....	26
5.4 Trastornos depresivos .....	27
5.4.1 <i>Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo</i> .....	28
5.4.2 <i>Trastorno de depresión mayor</i> .....	29
5.4.3 <i>Trastorno depresivo persistente (distimia)</i> .....	30
5.4.4 <i>Trastorno disfórico premenstrual</i> .....	31
5.4.5 <i>Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento</i> .....	32
5.4.6 <i>Trastorno depresivo debido a otra afección médica</i> .....	32
5.4.7 <i>Otro trastorno depresivo especificado</i> .....	33
5.4.8 <i>Otro trastorno depresivo no especificado</i> .....	34
5.5 Especificadores para trastornos depresivos.....	34
5.5.1 <i>Con ansiedad</i> .....	35
5.5.2 <i>Con características mixtas</i> .....	35

5.5.3	<i>Con inicio en el peri parto</i> .....	36
5.6	<b>Embarazo</b> .....	38
5.6.1	<i>Primer trimestre:</i> .....	39
5.6.2	<i>Segundo trimestre:</i> .....	39
5.6.3	<i>Tercer trimestre:</i> .....	40
6.	<b>Marco contextual</b> .....	40
7.	<b>Diseño metodológico</b> .....	41
7.1	<b>Tipo de investigación</b> .....	41
7.2	<b>Alcance</b> .....	41
7.3	<b>Diseño de investigación</b> .....	41
7.4	<b>Fuente de información</b> .....	42
7.5	<b>Instrumento</b> .....	43
8.	<b>Procedimiento</b> .....	45
9.	<b>Aspectos éticos</b> .....	46
10.	<b>Resultados y análisis</b> .....	47
10.1	<b>Resultados cuantitativos</b> .....	47
10.2	<b>Resultados cualitativos</b> .....	58
11.	<b>Discusión</b> .....	70
12.	<b>Conclusiones</b> .....	73
13.	<b>Recomendaciones</b> .....	75
14.	<b>Referencias bibliográficas</b> .....	76
15.	<b>Anexos</b> .....	81
15.1	<b>Consentimiento informado</b> .....	81
15.2	<b>Formato de aplicación del inventario</b> .....	83
15.3	<b>Formato de la aplicación de la entrevista semiestructurada</b> .....	88

*Dedicatoria*

*A Dios gracias por la vida, el amor y su misericordia grande conmigo, porque cuando todo parecía caer el me dio su fortaleza y aquí estoy culminando un peldaño más, porque así él lo quiso y porque siempre confié en él cuando más perdida me sentí.*

*A las personas que me brindaron su mano y me dieron su apoyo, siempre gracias.*

*A mi madre que siempre ha querido lo mejor para mí, a mi padre que su anhelo siempre ha sido que su hija sea una gran profesional.*

*A mis hermanos que no creyeron, pero siempre estuvieron presentes.*

*A los hombres que le dieron sentido a mi vida y por lo que siempre le pedí a Dios, mi triunfo mi hijo Nael y mi esposo Dayron, que ha dado su vida por su familia y nuestro bienestar, por eso y más siempre gracias. Dios es bueno todo el tiempo y todo el tiempo ha sido bueno, envió su ángel Yuleith para darme una mano.*

*Y a mi gran maestra e inspiración la doctora María del Carmen Jiménez.*

## Agradecimientos

Especialmente al creador de la vida por permitirme cumplir mi gran sueño, ya que fue quien me guió durante este proceso.

A mi familia, mi madre Eunice Oyola Garcia, a mi padre Mervin Antonio Parra Zapata, a mi hermana Daiyira y a mi hermano Felipe, a mi prima Zoraya, al señor Arturo Garcia que me dio su mano en el comienzo de este sueño cuando nadie más lo hizo, al igual que mi prima Paola, a todos aquellos que de una u otra manera han estado presentes llenándome de moral para continuar.

A las personas que llegaron a darle luz a mi vida, mi esposo Dayron y mi hijo Nael que para mí son mi triunfo.

A la universidad que nos acogió y me abrió sus puertas, a mis maestros, quienes me brindaron sus conocimientos y me acompañaron en este caminar para mi formación como una gran psicóloga, al profe Víctor Salgado, por ser un gran maestro el cual admiro mucho y aprendí mucho de él, la profe Angela, a la doctora Maria del Carmen y el profe Urrutia que con su manera fuerte de ser influyeron en mí, al profesor Moncayo que con sus grandes saberes es fuente de gran inspiración y a la profe Maria del Mar que con su ternura y manera de enseñar llena los corazones y las mentes de gran aprendizaje. Mil y mil gracias.

## Resumen

El embarazo es un estado en el que la mujer atraviesa por diversos cambios en su condición física, hormonal, psicológica y social; estos, pueden llegar a presentar otras variaciones y alteraciones a la salud mental, si se detecta la presencia del trastorno depresivo durante el periodo de gestación, lo cual lo constituye uno de los motivos más comunes de consulta en el ámbito psicológico. El aprender a ser madre, sus transformaciones físicas, las diferentes percepciones frente a su contexto sociocultural actúa como factores protectores o de riesgo, lo que hace importante realizar indagaciones referentes a su estado emocional. Es por ello, que se plantea un trabajo de investigación que permita identificar las características de la depresión que puedan presentar un grupo de madres gestantes de 18 a 30 años de edad.

Este estudio fue realizado bajo los parámetros de la metodología mixta, se aplicó el inventario de depresión de Beck como también una entrevista semiestructurada. Basados en los resultados del inventario, se concluye la presencia de depresión mínima en 4 gestantes y una obtuvo depresión leve, igualmente, se pudo evidenciar que las redes de apoyo, tales como pareja, familia y grupo de amistades influye en gran medida en los estados de ánimo de estas madres gestantes primerizas. Y en el caso de la depresión leve, entran en juego otros factores como lo son problemas familiares y de pareja.

**Palabras claves:** Depresión, gestantes, Corinto-Cauca, inventario de depresión de Beck.

### **Abstract**

Pregnancy is a state in which a woman goes through various changes in her physical, hormonal, psychological and social condition; These may present other variations and alterations to mental health, if the presence of a depressive disorder is detected during the gestation period, which is one of the most common reasons for consultation in the psychological field. Learning to be a mother, her physical transformations, the different perceptions of her sociocultural context act as protective or risk factors, which makes it important to conduct inquiries regarding her emotional state. For this reason, a research project is proposed to identify the characteristics of depression that a group of pregnant mothers between 18 and 30 years of age may present.

This study was carried out under the parameters of the mixed methodology, the Beck depression inventory was applied as well as a semi-structured interview. Based on the results of the inventory, I concluded the presence of minimal depression in 4 pregnant women and one had mild depression. Likewise, it was evident that support networks, such as partner, family and group of friends, greatly influence the states of spirit of these first-time pregnant mothers. And in the case of mild depression, other factors come into play, such as family and relationship problems.

**Keywords:** Depression, Pregnant women, Corinto-Cauca, Beck depression inventory.

## Introducción

El embarazo es una etapa en la que se presentan cambios no solo físicos sino también emocionales, entre otros, la depresión, por lo que se hace necesario brindar un acompañamiento en este proceso para que sea afrontado de la mejor manera ya que pueden experimentar situaciones en diferentes contextos como los sociales, los familiares, los económicos, y los educativos (Rodríguez, 2017).

Tanto así, que la Organización Mundial de la Salud (OMS), citada por infosalus (2022), realizó un modelo en el cual algunos países manifiesten la atención en la salud mental de los servicios materno-infantil, conmemorando que la gestación, el parto y postparto podrían ser momentos "angustiantes" para las embarazadas; a la vez proporcionan información a los prestadores de salud para identificar los problemas de salud mental, que les permita dar respuesta a la problemática teniendo en cuenta el contexto sociocultural.

De este modo, algunos autores afirman que los principales trastornos mentales estudiados se presentan: adaptación, pánico, abuso de sustancias psicoactivas, la conducta alimentaria, momentos de tristeza, ansiedad y la depresión. De igual forma, los trastornos psicóticos como la esquizofrenia paranoide, el trastorno bipolar y otros, pueden empezar hacerse visibles durante la gestación (Pérez, Rodríguez, y Rodríguez, 2020).

Dentro de la revisión de la literatura se evidenció que los factores sociales, familiares y la relación de pareja inciden a nivel psicológico en las madres gestantes. Por lo tanto, los comportamientos procedentes del cuadro depresivo pueden causar la disminución en interesarse y la competencia para sobrellevar cuidados durante la gestación. En síntesis, los componentes ocasionales de la depresión en embarazadas son semejantes de acuerdo a la experiencia de cada

una, pero en su generalidad los síntomas son parecidos en todas las mujeres, sin importar el origen de su trastorno.

### 1. Antecedentes

La intención de este apartado es dar cuenta de un momento presente de las disposiciones investigativas sobre el argumento mencionado. En ese orden de ideas, Guimarães et al., (2019), de la Universidad de Pernambuco-Brasil, realizó un estudio sobre “*salud mental en mujeres embarazadas*”; cuyo propósito es examinar la ocurrencia de trastornos mentales en embarazadas y las causas asociadas al mismo. Para este estudio el método usado fue un análisis transversal, con abordaje cuantitativo. La población de la indagación fue constituida por embarazadas inscritas en unidades de salud de la familia. Para la recolección de los antecedentes se utilizó el cuestionario con información de caracterización de las participantes y el cuestionario Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Con el fin de investigar la asociación entre la enfermedad mental y las variables sociodemográficas, gestacionales y de salud. El análisis fue aprobado por el Comité de ética en investigación de la Universidad Federal de Pernambuco, el cual mediante la investigación los resultados arrojaron la proporción de explicación de enfermedad mental en gestantes y fue de 31,9%, esta estuvo mancomunada con estar soltera, haber estudiado hasta la enseñanza básica, no haber proyectado el embarazo y poseer una enfermedad crónica; concluyendo, con lo siguiente, la enfermedad mental identificada en las gestantes participantes de la investigación puede estar coligada a variables estado civil, escolaridad, preparación del embarazo o tener enfermedad crónica.

Siguiendo el hilo algunos autores que han trabajado con base a pacientes en estado de gestación y que además han presentado algún tipo de alteración en la salud mental, se retoma el trabajo de la autora Larrosa, (2015); denominado: “*Aspectos psicológicos en la atención a la*

*embarazada en los centros CAIF de Montevideo*”, donde ella afronta los desafíos de la atención del embarazo en damas principiantes entre 20 y 35 años en los centros CAIF de Montevideo y se plantea averiguar la forma en que son protegidos asistencialmente los aspectos psicológicos. El embarazo, considerado ese desarrollo que va desde la concepción hasta el nacimiento, trae en sí y durante todo este período una enormidad de transformaciones y exigencias físicas, sociales, como psicológicas, que hacen de este un instante especial en la vida de las mujeres en gestación. En este transcurso, los aspectos psicológicos son apartados por los biológicos, que tienen que ver con la salud física de la fecundada y su hijo, y que son notados como prioridades en un método hegemónico de salud. No obstante, los aspectos psicológicos que se convierten en miedos y ansiedades, incertidumbres y ambivalencias de la embarazada mantienen un papel significativo, porque influyen sobre el bienestar de la gestante y sobre complicaciones futuras, en ambos, tanto en la madre como en el hijo. Es por esta inspiración, que el trabajo de la autora intenta contribuir una visión presente de la colaboración de la psicología como método en la atención a la embarazada, y que el conocimiento creado pueda engrandecer lo que realiza el psicólogo en estos espacios; y cuyo objetivo es percatar los aspectos psicológicos tratados en el interés a mujeres principiantes que están en el tercer trimestre de embarazo, en las aulas de encuentro de los Centros CAIF de Montevideo, lo cual, su diseño metodológico fue abordado desde el corte cualitativo, ejecutando entrevistas profundas a personal competente de salas de encuentro de los centros CAIF y grupos focales con madres embarazadas primerizas que asisten a estas salas.

El proyecto de Luna, et al., (2009), presenta un trabajo denominado: *“depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú”*. Los objetivos fueron comprobar la prevalencia de depresión mayor durante el embarazo y establecer los rasgos sociodemográficos y obstétricas de las mujeres embarazadas con depresión mayor

atendidas en la consulta externa de un hospital de Lima, Perú. La metodología utilizada fue un estudio descriptivo transversal de asociación simple, el cual, se estudiaron 222 gestantes de 16 a 42 años con riesgo bajo obstétrico que asistieron a la consulta externa del departamento de obstetricia del instituto nacional materno perinatal de Lima, Perú, entre el 2 de junio y el 28 de noviembre de 2006. Con ellas se le utilizó la escala de depresión de Edimburgo y un cuestionario sobre datos sociodemográficos y obstétricos. Dentro de los resultados se pudo determinar la relación que hubo entre las variables de estudio según la presencia de depresión mayor identificada mediante las pruebas de la  $\chi^2$  y de la Z, según el tipo de variable. Los resultados de las 222 gestantes estudiadas, 89 (40,1%) mostraron depresión mayor. En ese orden de ideas, hallaron que las damas casadas solían deprimirse menos; las que no planearon su embarazo y que mostraron complicaciones en el transcurso de su gestación tendieron a deprimirse más que sus pares. No se halló que la edad, el número de hijos, la edad gestacional, el nivel educacional, los historiales de aborto, el consumo de alcohol u otras sustancias, la falta de apoyo familiar y la percepción de tener problemas de pareja, familiares, económicos o personales influyeran en la frecuencia de depresión, es decir, que el predominante de la depresión mayor en las gestantes estudiadas fue muy elevada. Se debe prestar especial vigilancia a las mujeres que declaran tener un embarazo no planificado y las que tienen complicaciones durante su embarazo, a fin de llegar a diagnósticos anticipados y emplear tratamientos pertinentes.

En investigaciones realizadas con otros autores, se encuentra el trabajo de los mexicanos, Lara y Navarrete, (2012), titulado: “*Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D*”. En esta investigación mencionan que el síntoma depresivo prenatal, por su elevada prevalencia (22% a 37%) y resultados perjudiciales sobre la salud de la progenitora, el producto y el curso del embarazo, demanda localización pertinente para así suministrar ayuda y

el tratamiento requerido. La CES–D es una escala que sirve para reconocer sintomatologías de depresión, el cual, es de cómoda y ligera aplicación con una validez beneficiosa en las gestantes. Se tuvo como finalidad examinar la eficacia y seguridad de la CES–D en mujeres mexicanas gestantes, así como la comprensión, especificidad y valores pronosticados utilizando el *SCID* como esquema. En cuanto al procedimiento, se apoyó en un estudio circunstancial de antecedentes, donde se consiguió un prototipo de 98 mujeres en estado de gestación en la antecámara de espera en un centro de salud que proporcionaba cuidado prenatal. En esta selección, se escogieron algunas madres gestantes con historiales asociados a sintomatología depresiva (CES–D>16).

Dentro de las deducciones se halló que: el estudio factorial que evaluó la validez del constructo, expuso que cuatro elementos lograron ser comprendidos (afecto depresivo, falta de energía/síntomas somáticos, relaciones interpersonales y afecto positivo), que explicaron 49.10% de la varianza. En el análisis de la curva COR, se obtuvo un ABC de 0.81; para punto de corte  $\geq 16$ , mostró 100% de sensibilidad y 20.9% de especificidad y para la puntuación  $\geq 28$ , sensibilidad de 80.0% y especificidad de 76.1%. En conclusión, se determinó que la CES–D posee notable validez interna y de constructo en gestantes mexicanas y que es un instrumento conveniente para la localización de sintomatología depresiva (CES–D>16) el cual, es exigencia precisa para fomentar acciones preventivas. No obstante, fue menos precisa, si bien apropiada para diagnosticar depresión mayor según criterios del DSM–IV aun en el punto de corte más parsimonioso ( $\geq 28$ ).

Montoya y Valencia, (2015) son las autoras aspirantes al título de psicología, en Huancano – Perú, quienes presentaron la tesis denominada “*Depresión y ansiedad en madres*

*gestantes primerizas atendidas en los centros de salud del distrito de Huánuco – 2015*”. El objetivo fue evidenciar la relación entre la depresión y la ansiedad en madres gestantes primerizas de los centros de salud del distrito de Huánuco - 2015. La metodología utilizada fue desde el diseño descriptivo de tipo correlacional; la muestra estuvo compuesta por un total de 30 mujeres en estado de gestación primerizas del Centro de Salud Aparicio Pomares y del Centro de Salud las Moras, cuyas edades oscilan entre 15 a 35 años. Dicho estudio fue abordado con instrumentos tales como: el inventario de depresión y ansiedad de Beck. Los resultados señalan que tienen depresión leve un 50% y ansiedad moderada un 40%. De acuerdo a los grupos etarios de 15 a 20 años presentan depresión leve un 23% y ansiedad moderada un 20%. Las madres gestantes de 21 a 25 años muestran también depresión leve un 23% y ansiedad moderada un 13%; de 26 a 30 años manifiestan algo mínimo un 7% y ansiedad grave, moderado y mínima un 3%; y de 31 a 35 años padecen depresión grave y mínima un 3% y ansiedad moderada y leve un 3%. En ese sentido, correlacionando las dos variables una  $r=0,183$ , a través de lo cual se acepta la hipótesis nula concluyendo que no existe una relación significativa entre depresión y la ansiedad en las gestantes primerizas de los Centros de Salud del Distrito de Huánuco - 2015. Las madres primerizas muestran depresión y ansiedad, pero estas dos variables no se concierne entre sí, ya que cada variable tiene razones de diagnóstico diferentes. También los resultados exponen de modo usual que, en los niveles hay un alto índice en el nivel de ansiedad en las embarazadas primerizas, el cual, se adquirió un alto índice en el nivel moderado. En los grupos etarios se halló una mayor predominación de depresión y ansiedad, en las edades de 15 a 20 años en comparación con los otros grupos etarios.

En cuanto al estudio de Díaz, et al., (2013), procedente de Valencia – Venezuela; y que se titula “*Depresión y ansiedad en embarazadas*”, la depresión y ansiedad en las embarazadas

accede impedir el deterioro de la salud mental materna y las peligrosas secuelas sobre sus hijos. Se planteó como propósito el examinar los niveles de depresión y ansiedad en mujeres en estado de gestación que acudieron a la consulta de perinatología y medicina materno-fetal de un Hospital Materno Infantil entre junio–agosto 2012. Ese estudio se realizó desde un diseño metodológico correlacional, transversal y no experimental, con una muestra de 236 gestantes exceptuando aquellas con dictamen anterior de depresión o ansiedad, enfermedad psiquiátrica antecedentemente diagnosticada, patologías de base como diabetes mellitus tipo 1 y 2, diabetes gestacional, hipertensión arterial sistémica, hipertensión arterial inducida por el embarazo, enfermedades inmunológicas, cáncer, síndrome de down e infecciones de transmisión sexual y pacientes con discapacidad, las cuales se aplicó los Test de Hamilton para la depresión y ansiedad.

Dentro de los resultados se descubrió que el 56,4% corresponden al estrato socioeconómico IV. El 81% sostenía una relación de pareja sólida y 54,2% tenía un embarazo anhelado, de las cuales 67,3% tuvo algún nivel de ansiedad y el 66,1% algún nivel de depresión. Las embarazadas con pareja inconsistente tienen un riesgo 8,5 veces mayor de presentar ansiedad y 6,5 veces mayor de presentar depresión, con respecto a las que tienen pareja estable. En mujeres con embarazo no planeado ni deseado, el riesgo de presentar ansiedad fue 1,63 veces mayor que las que querían embarazarse y para la depresión el riesgo fue 1,66 veces mayor. No obstante, este hallazgo no fue estadísticamente revelador. Se concluye que hay elevados niveles de depresión y ansiedad en las gestantes que tienen una relación de pareja inestable.

A nivel nacional se ubicó el trabajo de los autores, Caamaño y Contreras (2015), titulado “*caracterización de depresión perinatal en mujeres atendidas en hospitales de la ciudad de Bogotá*” cuyo objetivo es comprobar el predominio de depresión perinatal, en el estado prenatal

y en el puerperio tardío, en damas atendidas en hospitales seleccionados de la red pública de Bogotá en el 2015 y reconocer los factores asociados con esta patología. Dicha investigación fue abordado desde el método descriptivo de corte transversal en dos conjuntos de estudio, el primero organizado por una muestra consecutiva de 151 gestantes de 36 a 41 semanas, con atención de control prenatal de las dos instituciones escogidas y el segundo grupo fue constituido por 121 madres en posparto tardío de la 4° a 6° semana de las mismas instituciones. Se empleó la Escala de Edimburgo para depresión posparto y el diagnóstico de Depresión Perinatal fue ejecutado por profesionales del área de salud mental. Se formalizó por medio de estadística descriptiva y observación invariadas de las diferencias socio demográfico para decretar los elementos respectivos con el padecimiento.

Dentro de las conclusiones se encontró que en el conjunto prenatal tiene una prevalencia del 10.59 % y en el grupo de puerperio tardío una del 9.09 %. Se halló relación entre una pareja disfuncional con la depresión perinatal (OR 8.21 IC 95% (2.85 – 24.94), haber mostrado parto pre término (OR 4.39 IC 95% (1.19 – 18.2) y utilización de cigarrillo (OR 12 IC 95% 6.6 - 21). Al calcular la correlación entre la determinación de depresión perinatal tamizado con la escala de Edimburgo y las preguntas depositadas en las guías de atención integral para la prevención, localización anticipada y el tratamiento de las dificultades del embarazo, parto o puerperio del 2013 se localizó que para algunas embarazadas se alcanza una comprensión del 100% con un VPN del 100%. Se ultimó en esta investigación que la prevalencia se descubre entre los rangos obtenidos en la literatura examinada y compone un problema de salud pública que debe ser tenido en cuenta. Hay peculiaridades sociodemográficas que pueden tener proporción con la representación de depresión perinatal, dichos autores, enfatizan que cuentan con herramientas

útiles y prácticas para la detección y comprometen ser conducidos para distinguir pacientes en riesgo de tener esta enfermedad.

Martínez y Jácome, (2017), de la Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga-Colombia, desarrollaron un trabajo titulado como “*Depresión en el embarazo*”, donde mencionan que la depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en el embarazo y puede afectar a más del 13% de las gestantes. Su análisis se basa en los juicios determinados por el DSM-V y la aplicación de escalas validadas como la Escala de depresión Posnatal de Edimburgo. Sin embargo, entre los profesionales de la salud todavía se presentan errores y falencias en el reconocimiento, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión durante el embarazo, lo que atenúa las diversas consecuencias y efectos para la gestación misma del feto. En este estudio, los autores se plantearon como finalidad el mostrar una exploración del tema acerca de la depresión en el embarazo, sus factores de riesgo, los rasgos clínicos, las dificultades y el procedimiento, dentro de las técnicas manejaron las bases de datos PubMed y LILACS para la exploración de manuscritos de 223 artículos, 55 cumplían los criterios de inclusión. En cuanto a los resultados, hallaron que en Sudamérica se reconoce una prevalencia de alrededor del 29%. Los componentes de alarma con mayor alcance son: la edad temprana al embarazo y la violencia intrafamiliar y el abuso sexual. Por lo cual, el diagnóstico prematuro beneficia la disminución en las gestiones de riesgo, los trastornos del neurodesarrollo fetal y los resultados obstétricos.

Finalmente, concluyeron a la depresión en la gestación es una afección habitual; sin embargo, se muestra sub-registro por la atribución de los síntomas a la gestación. Se recomienda el uso de antidepresivos como los inhibidores de la receptación de serotonina, principalmente la fluoxetina, que no se ha vinculado con teratogenicidad, como también de la implementación de

tratamiento no farmacológico como psicoterapia, mindfulness y ejercicio aeróbico. La sensibilización del personal de salud cederá el diagnóstico y el tratamiento convenientes de esta enfermedad.

Villegas et al., (2019), de la Universidad de Navarra de Neiva- Huila; presentan un trabajo denominado: “*Características relacionadas y derivadas de la depresión en gestantes*”, cuyo objetivo consiste en seleccionar elementos que desligan depresión en gestantes y conductas frecuentes de las mujeres en estado de embarazo. Los materiales y métodos efectuados fueron de verificación bibliográfica en bases de datos como: Medline, Scielo, Elzevir, Sciencedirect y Redalyc. Dentro de las deducciones, declararon que los elementos sociales son los de mayor impacto psicológico en la embarazada. Por otra parte, los comportamientos derivados del cuadro depresivo tienden a reducir el interés y la capacidad para mantener los cuidados durante el embarazo. Finalmente, estos autores concluyen el trabajo, refutando factores causantes de la depresión en gestantes son desiguales, pero se halló como que en su mayoría son similares en todas las mujeres, sin incumbir el origen de su trastorno.

Villegas, Z., Vanegas, P., y Campos, L., (2019), hacen mención que el bienestar emocional de las gestantes se direccionan en realizar su proceso bajo unos parámetros sociales que constantemente “juzgan” o aplauden su comportamiento respecto a la manera en que atiende su embarazo, factores como si tiene un compañero, esposo, o no, alguien que le “apoye” en su proceso como madre; y/o, dado el caso, que a éste cúmulo de situaciones se le sume un diagnóstico depresivo endógeno, previo al embarazo.

## 2. Planeamiento del problema

Es oportuno aludir que la aparición de alteraciones psicológicas en el transcurso del embarazo y el período postnatal, acrecienta el peligro de que la madre y su bebé tengan afectaciones muy prolongadas que impactarían y sean marcadas en el tiempo, lo que podría impactar su calidad de vida a largo tiempo; además de que las variables depresivas poseen características que pueden afectar la salud mental de las pacientes gestantes.

Como también es importante mencionar, que el estado emocional de las madres gestantes probablemente está relacionado con parámetros sociales que constantemente reciben diversos comentarios sobre su comportamiento respecto a la manera en que atiende su embarazo, factores como si tiene un compañero, esposo, o no, alguien que le “apoye” en su proceso como madre y/o, dado el caso, que esté bajo un conjunto de situaciones que posiblemente se le sume un diagnóstico depresivo endógeno, previo al embarazo. Todos estos aspectos, además de llegar a suscitar en la gestante algún nivel de depresión, estas emociones, también irán conformando lo que establecería el vínculo madre e hijo. Es por ello, que el propósito de esta averiguación es identificar las características de la depresión que presentan unas gestantes entre 18 y 30 años, en el municipio de Corinto-Cauca.

Considerando lo anterior, se planea la siguiente consulta de investigación: ¿Cuáles son las características de la depresión que presentan cinco gestantes, habitantes del municipio de Corinto-Cauca?

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general**

Identificar las características de la depresión que presentan un grupo de gestantes entre 18 y 30 años de edad, en el municipio de Corinto-Cauca.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Especificar las características asociadas a los síntomas emocionales, fisiológicos y aspectos de misión de vida, en madres gestantes primerizas
- Describir las características relacionadas a la sexualidad y síntomas cognitivos en 5 gestantes entre 18 y 30 años de edad
- Determinar el nivel de depresión que presentan las gestantes entre 18 y 30 años de edad, habitantes de Corinto-Cauca.

### **4. Justificación**

La depresión en madres embarazadas hasta hace unas décadas, se asociaba a un estado de bienestar emocional y probablemente era visto como la ausencia de enfermedades psicológicas como la depresión en el puerperio y el postparto. Sin embargo, teniendo en cuenta la revisión bibliográfica hoy día, las madres en estado de gestación, debido a los altos índices de depresión detectados en el país ha sido a causa de diferentes factores; dicho por los reportes del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), el Observatorio Nacional de Convivencia y Salud Mental, y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), citados en MINSALUD, (2022) para el año 2021, “se notificaron 29.792 casos de intento suicida, que representan una tasa de incidencia de intento suicida del 58.4 por cada 100.000 habitantes”

(MinSalud, recuperado el 23 de octubre del 2023); son estas cifras una “alarma”, para brindar más atención a los problemas de salud mental.

No obstante, se han desarrollado estudios en los que demarcan la importancia de realizar los controles prenatales y además, poder determinar la existencia de rasgos depresivos en las madres gestantes, que de no ser tratados durante el embarazo, pueden conllevar a efectos negativos en las maternas y los neonatos.

Martínez, P., Waysel, R. (2009) “El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño-vigilia y la alimentación, así como el sentido de autovalía y autoestima”(p.3); lo que significa, que la embarazada puede manifestar cambios en la conducta, como el desinterés por llevar correctamente los controles prenatales, el descuido de su apariencia y autocuidado que requiere su maternidad; como también, en casos extremos, puede llegar a presentar el abuso de tabaco, alcohol y drogas; es así, que para Dunkel Schetter et al., (2012), citados en Martínez y Jácome (2019) mencionan:

La depresión materna durante el embarazo se asocia con un incremento en la alarma de preeclampsia contiguo con el aumento en la presentación de complicaciones en el recién nacido, como parto prematuro, deterioro del neuro-desarrollo fetal, Apgar con baja calificación y neonato con baja talla para la edad gestacional (pp.9, 28, 29).

Es así, como las investigaciones mencionadas denotan la importancia del cuidado de la madre gestante y la necesidad de que el embarazo se desarrolle de una manera integral, como por ejemplo, evaluando la salud física y mental de la madre, incluso el ambiente que la rodea, su situación económica, la relación con la pareja y familiares, saber si el embarazo es o no, deseado e incluso la edad de la madre puede tener repercusiones relevantes para llevar a feliz término el

embarazo y propiciar un adecuado desarrollo del bebé; como también, pueden surgir preocupaciones que inquietan a la madre gestante, al presentar alguna percepción exagerada de los riesgos y/o enfermedades congénitas con las que pueda nacer su hijo.

En este punto de la discusión y como es natural, es comprensible que los cambios asociados al estado de gestación, se deben a un proceso que viene acompañado de un cúmulo de emociones, sumadas a cambios que bien pueden ser: físicos, sociales y/o psicológicos, y que “exigen” también, una salud mental propicia que permita un adecuado desarrollo del bebé durante el período de gravidez.

Villegas et al., (2019), refieren que “en la gestante, clínicamente la depresión es considerada un trastorno emocional que provoca alteraciones en el estado afectivo cognitivo, motivacional, somático, sentimientos de desesperanza, pérdida de interés por las actividades que usualmente realiza”(p.2). Si bien es un momento único para muchas madres, para otras puede tornarse en un momento de “presión” suscitada por la incertidumbre, la sociedad, la familia, el entorno; conjugado a un sumario de cotidianidades que le demarcan interrogantes como la actitud frente a su nueva circunstancia, pensarse como madre, su “nueva imagen” y la capacidad que tendrá para asumir la responsabilidad, la pareja, los preparativos de la llegada del bebé, entre otros, convirtiéndose en aspectos determinantes para la madre, que pueden llegar a afianzar o desistir, respecto al rol que espera asumir.

Es así, que dentro de este contexto surge la necesidad de caracterizar la sintomatología depresiva en cinco (5) madres gestantes del municipio de Corinto- Cauca; en edades de 18 a 30 años, mediante la aplicación del “Inventario de depresión de Beck”, siendo conocido internacionalmente identificado por la sigla de su nombre original en inglés (Beck Depression

Inventory, BDI), en ese sentido, el documento original del manual del BDI-II (Beck et al., 1996, p. 11, citado por Sanz et al., 2014) plantea las sucesivas 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.*

La investigación realizada por Muñiz y Fernández-Hermida (2010), citado por Sanz et al., (2014) halló en el BDI que es test número quinto más utilizado por los profesionales españoles en psicología para su práctica diaria, a su vez, no habría que asombrarse, ya que el BDI cuenta con versiones castellanas validadas en España para todas sus adaptaciones, las cuales se han afianzado como una herramienta clínica, validada para el ejercicio profesional en el área de psicología, y que a su vez redundan en un diagnóstico decisivo a la hora de diferenciar entre los cambios emocionales más comunes del embarazo, como en la posibilidad de que se llegue a configurar un cuadro sintomático por depresión.

De este modo, los resultados que se obtengan en esta investigación, a partir de la aplicación de dicho inventario en mención, permitiría identificar las características de la depresión que presentan cinco madres gestantes entre 18 y 30 años de edad, en el municipio de Corinto-Cauca, y a su vez, podría proporcionar insumos “piloto” que permitan incluir la atención a pacientes gestantes desde un ámbito integral, que se sientan acompañadas, escuchadas y acogidas durante la realización de talleres grupales, como también les proporcione herramientas para superar los miedos y los diferentes factores depresivos que puedan afectar la salud mental. De este modo, se podría llegar a determinar el grado de afectación a la salud mental e ir brindándoles atención e intervención oportuna e integral.

## 5. Marco teórico

Este trabajo de grado fue realizado teniendo en cuenta las áreas y líneas de investigación de la Universidad Antonio Nariño, el cual, fue incluido al área de ciencias de la salud, con una línea de investigación de salud materna,

Basado en la Organización Mundial de la Salud (2023), el trastorno depresivo es en realidad una enfermedad mental que llega a afectar el organismo, el estado de ánimo y la cualidad en que puede concebirse la realidad llegando a afectar a las personas de una manera distinta; se concibe el presente trabajo como una manera de poder identificar las características de la depresión de madres gestantes entre 18 y 30 años. Por lo tanto, en este apartado se tendrán en cuenta los referentes teóricos que sustentan dicha investigación.

### 5.1 Marco conceptual

En el presente trabajo investigativo, se tuvo en cuenta las siguientes conceptualizaciones, el cual, son referentes claves en el entendimiento del mismo.

**Embarazo:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) realiza la definición del término embarazo o gestación, como los nueve meses durante el feto realiza su proceso de formación en el útero de la mujer. Es un período que marca la vida de una mujer atravesando por varios cambios fisiológicos y psicológicos.

**Depresión:** Es diferente de las transiciones usuales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a las complicaciones de la vida diaria (MinSalud- Colombia, 2017)

## 5.2 Salud Mental

Para Batista, subdirectora de enfermedades no transmisibles, citada en MinSalud (2021), menciona que la salud mental:

Es un estado dinámico ya que se manifiesta en la vida habitual a través de la conducta y la interacción de tal manera que aprueba a los sujetos individuales y colectivos expandir sus recursos emocionales, cognitivos y mentales que se pueda circular por la vida cotidiana, a trabajar, estableciendo relaciones interpersonales saludables y así favorecer a la comunidad (Ley 1616/2023, citado por MinSalud, 2021)

Refiriéndonos a este contexto, se puede mencionar que la salud mental en general, afecta a más población mundial en tanto que no es de transmisión y que es tratable si se detecta a tiempo, pero pocas son las personas que se atreven a ser tratadas y en ello pueden llegar a influir muchos factores sociales, culturales, religiosos, entre otros, con más incidencia en la mujer; como es mencionado por Flores (2013) “de igual manera, existe una serie de factores psicológicos, sociales y culturales que hacen a la mujer más vulnerable en relación a los problemas emocionales durante diferentes etapas de la vida reproductiva” (p. 33).

## 5.3 Depresión

Hace referencia a la decadencia del estado de ánimo con un nivel variable de pérdida de interés o dificultad para sentir placer en las acciones habituales, el cual, se acompaña de varios síntomas psíquicos tales como un estado de tristeza, cambios de la concentración y de la memoria, así como de sintomatologías físicas como niveles bajos de la libido, anorexia-hiperfagia. (Retamal, 1999, citado en Díaz, et al., 2013).

Es importante retomar este aspecto, siendo un eje central en la investigación donde se pretende caracterizar los estados de depresivos y sea posible llegar a determinar el grado de depresión que pueda afectar a las madres gestantes.

Es un trastorno mental habitual que tiene como características la presencia pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, tristeza, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2023). Ella, ha recibido en las últimas décadas una atención particular, dado a que su ritmo de afectaciones en pacientes gestantes va en aumento y generando afectaciones lamentables, por ejemplo, los autores Martínez y Jácome (2019), afirman que “la depresión es la morbilidad psiquiátrica más común en el embarazo, y llega a afectar a más del 13% de las gestantes” (Martínez et al., 2019, p.1).

De igual modo, en concordancia con el tema, según la OMS, (2023) menciona que “los episodios depresivos pueden clasificarse en leves, moderados o graves, en función del número y la intensidad de los síntomas, así como de las repercusiones en el funcionamiento de la persona”, (p.1) de este modo, se retoma la clasificación, que permitirá avanzar en los objetivos propuestos para el presente trabajo.

#### **5.4 Trastornos depresivos**

Se trabajó con el DSM -5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), donde especifica la manera en que se pueden identificar los distintos trastornos depresivos, los cuales se mencionan a continuación:

### ***5.4.1 Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo***

Se describe para ser evaluado según especificaciones demarcadas en el DSM-5 (2013), y que se resumen a continuación:

A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente, cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.

B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.

C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.

D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas

E. Los Criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses

F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.

G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.

H. Por la historia o la observación, los Criterios A–E comienzan antes de los 10 años.

I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.

J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental

K. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica. (p. 103-104).

### 5.4.2 *Trastorno de depresión mayor*

La Asociación Americana de Psiquiatría (2013), en este punto continúa mencionando los criterios que se deben utilizar para diagnosticar el trastorno de depresión mayor, en ese orden de ideas, a continuación, se describen algunos de los aspectos mencionados en su guía DSM-5.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva.
2. Baja significativa del interés o el placer por todas o casi todas las acciones el gran parte del día, o casi todos los días.
3. Decadencia significativa de peso sin hacer dieta o también aumento de peso.
4. Desvelo o hipersomnia algunos días.
5. Movimiento constante o retraso psicomotor casi todos los días
6. Agotamiento o pérdida de energía casi todos los días.
7. Impresión de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, casi todos los días (no estrictamente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Depreciación de la cabida para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
9. Pensamientos recurrentes sobre la de muerte (no sólo miedo a morir), ideas, pensamientos repetitivos sobre suicido sin un plan determinado, tentativa o un plan determinado para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas producen malestar clínicamente demostrativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas sustanciales del funcionamiento.

C. El suceso no se puede asignar a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica [...].

D. El suceso de depresión mayor no se manifiesta mejor por un trastorno esquizo/afectivo, esquizofrenia, trastorno delirante, trastornos psicóticos, un trastorno esquizofreniforme u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia.

E. Jamás ha tenido un episodio maníaco o hipomaníaco (pp. 104-106).

#### **5.4.3 Trastorno depresivo persistente (*distimia*)**

Continuamente se viene realizando la caracterización en uso de la herramienta proporcionadas por la Asociación Americana de Psiquiatría, (2013), como lo es la guía DSM-5, que indica que para diagnosticar este tipo de trastorno, sugiere tener presente especificaciones “técnicas” que se discriminan de la “A” a la “H”, y en cada una de estas manifiestan los distintos estados de ánimo como el estar deprimido y que puede llegar a diagnosticarse por parte de la observación de personas durante un mínimo de dos años continuados, para que llegue a tener la característica de depresión mayor. Para el diagnóstico también se tiene en cuenta, cumplir algunos de estos criterios:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnias.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.

5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.

6. Sentimientos de desesperanza.

En el mismo documento, referente al diagnóstico del trastorno depresivo persistente (distimia), menciona que: “los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica” (p.108) al igual que menciona que “los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento” (p 108-109).

#### ***5.4.4 Trastorno disfórico premenstrual***

Para el desarrollo de este trastorno, se hizo uso del DSM-5 y se realizó un resumen, ya que, para efectos del trabajo, no cumpliría con las especificaciones para identificar algún nivel de depresión en pacientes gestantes; de igual forma se colocan algunos de los descriptores a manera de información.

A. En la mayoría de los ciclos menstruales, hay varios síntomas presentes ejemplo:

1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor; de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
2. Irritabilidad intensa, o enfado o aumento de los conflictos interpersonales.
3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de auto despreció.
4. Ansiedad, tensión, y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.
5. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos).
6. Dificultad subjetiva de concentración

Los cambios no es absolutamente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como trastornos depresivos, depresión mayor, el trastorno de pánico o de la personalidad (sin embargo, puede compenetrarse con cualquiera de estos) (p.p. 110-111).

#### ***5.4.5 Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento***

Al igual que el “trastorno disfórico premenstrual”, este trastorno no cumpliría con lo que se pretende desarrollar aquí, por lo que este sería un criterio de exclusión para desarrollar la investigación; sin embargo, se coloca ya que hace parte de la caracterización de la depresión, y que se encuentra en el DSM-5.

A. Transformación importante y constante del estado de ánimo que prevalece en el cuadro clínico y que se define por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las diligencias.

B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio.

C. El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento.

D. El trastorno no se origina únicamente mediante el periodo de un síndrome confusional.

E. El trastorno produce malestar clínicamente demostrativo o disminución en la interacción social, laboral u otras áreas relevantes del funcionamiento (p.p. 112-113).

#### ***5.4.6 Trastorno depresivo debido a otra afección médica***

Este trastorno se cita, por hacer parte de las características de la depresión que se vienen trabajando según la Asociación Americana de Psiquiatría, (2013) y su documento DSM-5; pero

no sería un criterio para determinar algún tipo de afectación por depresión en las pacientes gestantes. A continuación, se realiza un breve resumen del trastorno.

A. Una etapa sustancial y constante de estado de ánimo deprimido o una disminución considerable del interés o placer por todas o casi todas las actividades prevalece en el cuadro clínico.

B. Preexisten pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es efecto fisiopatológica directa de otra afección médica.

C. El cambio no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).

D. El trastorno no se induce únicamente durante el periodo de un síndrome confusional.

E. El trastorno provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (pp. 116-117).

#### ***5.4.7 Otro trastorno depresivo especificado***

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, (2013), quienes aportaron la guía DSM-5, en esta categoría especifican los siguientes criterios para poder determinar el trastorno depresivo no especificado. Se puede encontrar también, que en esta categoría se emplea a exposiciones en las que prevalecen los síntomas propios de un trastorno depresivo que producen malestar clínicamente revelador o deterioro en lo social, laboral u otras áreas significativas del ejercicio pero que no desempeñan todos los requerimientos de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. Se opera en contextos en las que el clínico opta por

comunicar el impulso determinado por el que la exposición no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico, algunos son:

1. Depresión breve recurrente
2. Suceso depresivo de poca permanencia entre 4 a 13 días
3. Episodio depresivo con síntomas escasos (pp. 117-118).

#### ***5.4.8 Otro trastorno depresivo no especificado***

Esta categoría se emplea a exposiciones en las que influyen los síntomas característicos de un trastorno depresivo que producen malestar clínicamente propio o de deterioro en lo social, laboral u otras áreas sustanciales del funcionamiento pero que no desempeñan todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. El apartado del trastorno depresivo no especificado se utiliza en escenarios en las que el clínico opta por no especificar el motivo de falta de los criterios de un trastorno depresivo específico e incluye presentaciones en las no consta suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias) (p. 118-119).

### **5.5 Especificadores para trastornos depresivos**

Al usar esta categoría descrita en la guía DSM-5, elaborada por la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), permite definir el subgrupo, en este caso serían de pacientes gestantes de 18 a 30 años de edad, que tengan determinadas características depresivas que serían útiles para el desarrollo del presente trabajo, en el que encontramos lo siguiente:

### 5.5.1 *Con ansiedad*

La ansiedad se precisa como la presencia de dos o más de las sintomatologías durante la mayoría de los días de un suceso de depresión mayor o trastorno depresivo constante (distimia):

1. Se concibe nervioso o tenso.
2. Se aprecia inhabitualmente inquieto.
3. Problema para concentrarse debido a las inquietudes.
4. Sospecha a que pueda suceder algo terrible.
5. El sujeto siente que podría perder el control de sí mismo.

En relación de lo expresado, en el DSM- 5 (2013), también recomienda en este punto que se debe especificar la gravedad actual, según como corresponda:

Leve: Dos síntomas.

Moderado: Tres síntomas.

Moderado-grave: Cuatro o cinco síntomas.

Grave: Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora. (p.119)

### 5.5.2 *Con características mixtas*

Basado en la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), en su instrumento denominado guía DSM-5, lo describe de la siguiente manera:

A. Al menos tres de las sintomatologías maníacos/hipomaníacos siguientes son concurrentes casi todos los días durante la mayoría de los días un episodio de depresión mayor:

1. Estado de ánimo eminente, expansivo.
2. Incremento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
3. Más hablador de lo usual o presión para conservar la conversación.
4. Evasión de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran prontitud.
5. Acrecentamiento

de la energía encaminada a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual). 6.

Implicación aumentada o excesiva en quehaceres que tienen muchas posibilidades de secuelas dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes). 7. Escasez de la necesidad de sueño (se siente descansado a pesar de dormir menos de lo habitual; contrastar con el insomnio).

B. Los síntomas mixtos son notorios por parte de otras personas y constituyen un cambio del comportamiento habitual del individuo.

C. En sujetos cuyos síntomas desempeñan todos los criterios de manía o hipomanía, el diagnóstico será trastorno bipolar I o bipolar II.

D. Los síntomas mixtos no se pueden imputar a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) (p.121).

Teniendo en cuenta las descripciones anteriores, en este apartado nos detenemos un poco, para especificar los niveles de depresión que se pueden presentar en la etapa de peri parto, como lo determina la fuente consultada DSM -5 (2013), a saber:

### ***5.5.3 Con inicio en el peri parto***

Este especificador se puede emplear al suceso actual o, si en este momento no se verifican todos los juicios para un episodio de depresión mayor, al episodio de depresión mayor más nuevo si el inicio de los síntomas del estado de ánimo se ocasiona durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto (pp. 123-124).

En este mismo apartado del documento de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), realiza una anotación en la que mencionan que los eventos del estado de ánimo se logran formar durante la gestación o en el posparto, teniendo en cuenta el período de seguimiento

posteriormente del parto, debido a que entre un 3% y un 6% de las madres, llegan a mostrar en la iniciación de un episodio de depresión mayor durante el embarazo o en las semanas o meses que persiguen al parto. Así mismo, también afirman que el 50% de los sucesos de depresión mayor “posparto” entablan efectivamente antes del parto. A estos episodios colectivos, los designan “episodios del peri parto” (p.124).

#### **5.5.3.1 La depresión mayor en el peri parto: Siguiendo el manual DSM-5:**

Los episodios del estado de ánimo que se inician en el peri parto con periodicidad sufren ansiedad grave e incluso ataques de pánico. Ilustraciones prospectivas han señalado que los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo, así como el desánimo puerperal acrecientan el riesgo de un episodio de depresión mayor posteriormente al parto. Los sucesos del estado de ánimo que su inicio es en el periparto pueden mostrar o no características psicóticas (pp.124-125).

Los episodios del estado de ánimo (de depresión mayor o maníacos) en el posparto con rasgos psicóticos se dan en un número de partos que oscila entre 1 de cada 500 y 1 de cada 1.000 partos y pueden ser más habituales en primíparas. La alarma de los sucesos posparto con particularidades psicóticas es básicamente mayor en mujeres con episodios del estado de ánimo posparto anteriores, asimismo, es imperioso en pacientes con antecedentes de un trastorno depresivo o bipolar (en especial el trastorno bipolar I) y en las que tienen historiales familiares de trastornos bipolares. Cuando una mujer ha presentado un suceso posparto con particularidades psicóticas, el riesgo de continuidad con cada parto posterior es del 30% al 50%.

De este modo, los acaecimientos del posparto se han de desemparejar del síndrome confusional que sucede en el período posparto, que se identifica por un grado de conciencia o atención oscilante. La etapa posparto es original en cuanto al grado de variaciones neuroendocrinas y de cambios psicosociales, el posible impacto de la lactancia materna en el plan de tratamiento y las implicaciones a largo plazo de una historia de trastorno del estado de ánimo posparto en la planificación familiar posterior (pp.124-125).

Para los especificadores mencionados, la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), en su instrumento denominado guía DSM-5, dice que se debe tener presente la “gravedad actual” y que ésta debe basarse en sintomatologías del criterio, el riesgo de estos síntomas y el grado de discapacidad funcional, a saber:

*Leve:* Insuficientes o ninguna indicación más que los precisos para efectuar los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar, pero es dócil y los síntomas causan poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.

*Moderado:* El número de señales, el vigor de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para “leve” y “grave.”

*Grave:* El número de indicios prevalece notable a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas obstaculizan notablemente en el funcionamiento laboral y social (pp. 127-128).

## 5.6 Embarazo

Es importante para el desarrollo de este trabajo, colocar la definición existente desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual presenta la siguiente definición:

El embarazo inicia cuando concluye la implantación, que es el proceso que emprende cuando se consolida el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, en aquel tiempo este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación termina cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se perfecciona el proceso de nidación, emprendiendo entonces el embarazo. Esto sucede entre los días 12 a 16 tras la fecundación (citada en Menéndez et al., 2012, p.2)

No obstante, existen otros autores que describen el embarazo de una manera más comprensible y parafraseando a García (2021), hace referencia a que la gestación es el tiempo entendido entre la fecundación de un óvulo y el nacimiento del bebé. En la raza humana esta etapa es de nueve meses, en el que alude que los embarazos para calcularse se toman inicialmente en el primer día de la última regla y la fecha posible del parto son 40 semanas después, al igual que menciona la división del embarazo por trimestre y cada uno de ellos presentan características diferentes.

En este periodo de gestación se estima que se desarrolla por trimestres, los cuales se determinan así:

**5.6.1 Primer trimestre:** Los 3 iniciales meses o refiriendo en semanas desde la concepción hasta la semana 13-14, es el de mayor riesgo, ante una pérdidas de embarazo, abortos espontáneos que son habituales en este trimestre pues son embarazos producto de embriones con algún defecto cromosómico o anatómico que no le accede su desarrollo con regularidad más allá de las primeras semanas.

**5.6.2 Segundo trimestre:** Es la fase céntrica, desde la 13-14 a la 26-28 semanas, mediante el cual el feto fundamentalmente crece y gana peso, la formación de todos sus órganos

se ha consumado durante el primer trimestre, la madre se halla mejor de los síntomas originario y todavía no acusa las molestias del final de embarazo.

**5.6.3 Tercer trimestre:** Las últimas semanas, en las cuales el feto a logrado un peso considerable y volumen responsable de las molestias que refieren las embarazadas por el hecho de encaminar ese peso con ellas (García, 2021, p.1).

## 6. Marco contextual

El municipio de Corinto, ubicado en el departamento del Cauca, Colombia, es una región montañosa situado por la Cordillera Central a 118 kilómetros de Popayán. Cuya limitación se da al Oriente con el departamento del Tolima, tanto al norte con Miranda, como al occidente con Padilla, también al sur con Toribio, Caloto y otros municipios caucanos. Cuya prolongación de 357 km<sup>2</sup>, altura: 1050msnm, su temperatura es cálido, y acorde con las proyecciones del DANE, en 2022 Corinto tenía 26,534 habitantes: 13,208 mujeres (49.8%) y 13,326 hombres (50.2%). Los habitantes de Corinto simbolizaban el 1.7% de la población total de Cauca en 2022 (Telencuesta, consultado el 23 de octubre del 2023).

Actualmente el municipio cuenta con empresas prestadoras de servicio de salud como lo son la IPS- ACIN del resguardo cabildo indígena, el hospital local ese norte 2, la clínica Oyola y el centro médico soplo vital.

Los programas de salud mental en el departamento del Cauca, para las mujeres, tienen como objetivo avalar la atención integral de las personas familias y comunidades con factores de riesgos o consumo problemático de sustancias psicoactivas, mediante respuestas programáticas, continuas y efectivas, en su reconocimiento como sujetos de derechos, a partir de esto, en Colombia en tema referente a la salud mental es estimada como: fase dinámica que se presenta en la vida cotidiana a través de la conducta y la interacción de tal manera que permita a los

sujetos individuales y colectivos expandir sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar, para trabajar, para establecer relaciones interpersonales significativas y para contribuir a la comunidad (DANE, 2021, p.7).

## **7. Diseño metodológico**

### **7.1 Tipo de investigación**

La presente investigación se ejecutó bajo los parámetros del enfoque tipo mixto. Basado en Hernández, et al., (2014), el cual, se cataloga como mixta porque el objetivo de esta indagación es analizar datos que “implican la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta para lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio” (p.580).

### **7.2 Alcance**

Este estudio tiene un alcance descriptivo. Teniendo en cuenta a Hernández, et al., (2014) se clasifica como descriptiva porque el propósito reside en describir situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar cómo son y se muestran. En este contexto, identificar y describir las características de la depresión que presentan las gestantes entre 18 y 30 años de edad, en el municipio de Corinto-Cauca.

### **7.3 Diseño de investigación**

Siguiendo a Hernández, et al., (2014), es un estudio no experimental de corte transaccional o transversal, puesto que se ejecuta sin operar deliberadamente variables. Se basa esencialmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos. Como se mencionó anteriormente, es transversal ya que este se concreta como el diseño de una

investigación observacional, individual, que mide una o más variables y/o características, en un solo momento y en este caso se aplicó el inventario de depresión de Beck en un solo periodo

#### **7.4 Fuente de información**

La población objeto de estudio está conformada por mujeres gestantes habitantes del municipio de Corinto-Cauca, usuarias del ESE norte 2 (hospital local) y una EPS, las cuales permitieron el acceso a la base de datos.

**La muestra no probabilística intencional**, siguiendo a Hernández et al., (2014), la define como “los elementos no dependen de la probabilidad sino de causas relacionadas para la investigación” (p.176), por ello, se realizó con voluntarias, quienes firmaron el consentimiento informado, se concentra en 5 embarazadas, con quienes se aplicó el inventario de depresión de Beck que permitió identificar las características del propósito de la investigación, el cual, se tuvo en cuenta la recomendación de Creswell (2005) citado en Hernández et al., (2014) quien indica que “el tamaño de los grupos varía dependiendo del tema: tres a cinco personas cuando se expresan emociones profundas o temas complejos” (p.409). Finalmente se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

##### **Criterios de inclusión**

- Que se encuentren entre 18 y 30 años de edad
- Que residan en Corinto-Cauca
- Mujeres en estado de gestación primerizas
- Firmar el consentimiento informado.

##### **Criterios de exclusión**

- Mujeres que no estuvieran en estado de gestación
- Participantes menores de edad
- Personas que se retiraran en el proceso, después de haber firmado el consentimiento informado

## 7.5 Instrumento

Con relación al instrumento, bajo el propósito de dar cumplimiento al objetivo de investigación, se aplicó el inventario para la depresión de Beck, en modalidad presencial. Siguiendo a Hernández, et al., (2014) un inventario consiste en “medir variables específicas, como la inteligencia, la personalidad en general, el sentido de vida, el estrés preoperatorio, la depresión posparto, la adaptación al colegio, la calidad de vida, la lealtad a una marca de algún producto, etc.” (p.252).

El Inventario de depresión de Beck-II” (BDI-II; Beck et al., 1996, citado por Sanz et al., 2014), es un instrumento de auto informe de 21 ítems planteado para calcular la gravedad de la semiótica depresiva. En cada uno de sus ítems el sujeto evaluado tiene que puntuar, entre cuatro opciones ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor representa su fase durante las últimas dos semanas (menos en los ítems 16 y 18 que muestran siete alternativas). Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa seleccionada y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se alcanza una puntuación total que varía de 0 a 63. El manual original del BDI-II (Beck et al., 1996, p. 11, citado por Sanz et al., 2014) “plantea las sucesivas 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” (p.3).

En el estudio elaborado por Sanz et al., (2014) titulado “*criterios y baremos para interpretar el Inventario de depresión de Beck-II*” (BDI-II)” manejaron la adaptación española del BDIII de Sanz y Vázquez (Sanz et al., 2005a; Sanz y García-Vera, 2013; Sanz, Navarro et al., 2003; Sanz, Perdigón et al., 2003), la cual exhibe índices de fiabilidad y validez convenientes para pacientes con trastornos mentales.

El Inventario para la depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), se denomina por su reconocido acrónimo BDI (Beck Depression Inventory), es el instrumento de auto informe más utilizado internacionalmente para ponderar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora (Sanz et al., 1998).

En el ámbito profesional, basta mencionar que las investigaciones realizados en los últimos diez años sobre el uso de los test entre los profesionales clínicos de los Estados Unidos de América revelan de manera permanente que el BDI está posicionado entre los doce test más consumidos (véase Piotrowski, 1996, citado por Sanz et al., 1998). De la misma forma, esos estudios han concluido que el BDI es el instrumento más notorio a nivel internacional para reconocer sujetos depresivos subclínicos en los estudios de ratificación de los modelos de depresión (Ruiz y Bermúdez, 1989; Tennen, Hall y Affleck, 1995; Vázquez, 1986, 1995; Vredenburg et al., 1993, citado por Sanz et al., 1998). Asimismo, en España el BDI ha sido el instrumento más usado para distinguir personas deprimidos y no deprimidos, muy puntualmente en las exploraciones para aprobar distintas teorías e hipótesis psicológicas sobre la depresión (p. ej., Buceta, Polaino-Lorente y Padrón, 1982; Camanes y Mas, 1984; Merino, Fernández-Rey, Rivadulla y Raindo, 1989; Ruiz, 1989; Ruiz y Bermúdez, 1988, 1992a,b, 1993a,b; Ruiz y

González, 1994; Ruiz y Maldonado, 1983a,b; Ruiz y Vielva, 1991; Sanz, 1992, 1994, 1996; Sanz y Avia, 1994; Vázquez, 1987, citado por Sanz et al.,1998).

La segunda etapa consistió en realizar entrevistas semiestructurada a 5 mujeres en estado de gestación con el fin de caracterizar el tipo de depresión de las participantes del municipio de Corinto-Cauca. La explicación de las entrevistas se ejecutó manejando la herramienta de matriz categorial. Es importante dar a conocer que las entrevistas se parten en estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas o abiertas Ryen, (2013); y Grinnell y Unrau, (2011), citados en Hernández et al., (2014) en este caso, “las entrevistas semi estructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (p.403).

## **8. Procedimiento**

Se realizó siguiendo los parámetros del enfoque mixto con el diseño tipo no experimental de corte transversal o transaccional, el cual se recolecto la información en un solo momento o tiempo, el desarrollo tuvo las siguientes etapas:

- a. Formulación de la pregunta de investigación
- b. Se llevó a cabo el proceso del planteamiento y delimitación del problema
- c. Exploración de fuentes de indagación, pesquisa de datos sobre el tema a investigar
- d. Elección de método, alcance y diseño de la investigación
- e. Recolección de la información, por medio del inventario de depresión de Beck y la entrevista semiestructurada
- f. Tabulación y codificación de la información
- g. Elaboración del análisis de los datos y reporte de los mismos.
- h. Construcción de conclusiones, discusión y recomendaciones

## 9. Aspectos éticos

El presente trabajo se apoya bajo la normatividad del código colombiano de psicólogos, ley 1090 del año 2006, teniendo como referencia el capítulo VI del uso del material psicotécnico artículo 45. “El material psicotécnico es de uso exclusivo de los profesionales de psicología. Los estudiantes podrán aprender su manejo con el debido acompañamiento del docente y la supervisión y vigilancia de la respectiva facultad o escuela de psicología” (p. 12).

En consecuencia, la confidencialidad en el colegio colombiano de psicólogos se establece en el artículo 36. “No practicar intervenciones sin consentimiento autorizado del usuario, o en caso de menores de edad o dependientes, el consentimiento del acudiente” (p.11). Por lo que para la recolección de la información pertinente se contará con el consentimiento informado correspondiente.

El artículo 50, los profesionales de psicología proyectan llevar a cabo unas indagaciones científicas y habrá que basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que resguardar el bienestar y los derechos de los partícipes.

Considerable es aludir que, adicional a lo anterior, a las gestantes se les comunicó sobre la participación, donde es absolutamente por voluntad propia. Por tal motivo, se les entregó el consentimiento informado donde se les explica su colaboración. Esto quiere decir que, si lo desean, podían negarse a participar o en caso contrario de aceptar, podía retirarse en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Como también se les explicó que su colaboración sería una contribución para el desarrollo del aprendizaje y conocimiento de las características de la depresión en el estado de gestación.

## 10. Resultados y análisis

### 10.1 Resultados cuantitativos

Para el análisis de la fase cuantitativa, se llevó a cabo siguiendo los lineamientos de la estadística descriptiva por medio de la distribución de frecuencias absoluta y porcentaje, es importante mencionar lo siguiente “la distribución de frecuencia es un conjunto de puntuaciones de variables organizadas en las categorías que pertenecen y generalmente se presenta como una tabla” (O’Leary, 2014 y Nicol, 2006 citado por Hernández, et al., 2014, p.282).

**Tabla 1.**

*Datos sociodemográficos*

Datos sociodemográficos											
Edad	fi	%	Estado civil	Fi	%	Ocupación	fi	%	Nivel educativo	fi	%
20-25	2	40	Unión libre	1	20	Ama de casa	2	40	Bachiller completo	3	60
26-30	3	60	Soltera	1	20	Independiente	2	40	Bachiller incompleto	1	20
			Casada	3	60	Empleada	1	20	Profesional	1	20
TOTAL	5	100	TOTAL	5	100	TOTAL	5	100	TOTAL	5	100

**Fuente:** Elaboración propia de la autora

Las participantes gestantes fueron cinco (5).

El 40% representa a las participantes mujeres con edades de 20 a 25 años, el 60% corresponde a madres de 26-30 años. En cuanto al estado civil, el 20% refirieron estar en unión libre al igual que soltera y el 60% están casadas. Como se puede evidenciar en la tabla 1, de las cinco, el 60% tienen un nivel educativo de bachiller completo, el 20% incompleto y al igual que profesional. A diferencia de sus ocupaciones, el 40% corresponde a amas de casa, siendo el mismo porcentaje a independientes y solo el 20% es empleada.

### **Características asociadas a los síntomas emocionales, fisiológicos y aspectos de misión de vida, en madres gestantes primerizas**

Con el fin de dar respuesta al objetivo específico N°1, se tuvo en cuenta las respuestas del inventario aplicado de depresión de Beck, el cual cuenta con 17 preguntas, cada una de estas tiene cuatro opciones de respuesta que va de 0 a 3, y su máxima calificación de la puntuación directa es de 63, como también se tuvo en cuenta las respuestas de las entrevistas semiestructurada, el cual fueron preguntas relacionadas a los temas del instrumento, el cual fueron agrupados los ítems por categorías, de la siguiente manera:

#### **Categorías asociadas a síntomas emocionales:**

Ítem N° 1. Tristeza

Ítem N° 5. Sentimientos de culpa

Ítem N° 6. Sentimientos de castigo

Ítem N° 10. Llanto

Ítem N° 17. Irritabilidad

#### **Categoría asociada a aspectos de misión de vida**

Item N° 2. Pessimism

Item N° 3. Fracaso

Ítem N° 7. Disconformidad con uno mismo

Ítem N° 8. Autocrítica

Ítem N° 12. Pérdida de interés

Ítem N° 13. Indecisión

Ítem N° 14. Desvalorización

### Categoría asociada a síntomas fisiológicos

Ítem N° 11. Agitación

Ítem N° 15. Pérdida de energía

Ítem N° 16. Cambios en los hábitos de sueño

Ítem N° 18. Cambios en el apetito

Ítem N° 20. Cansancio o fatiga

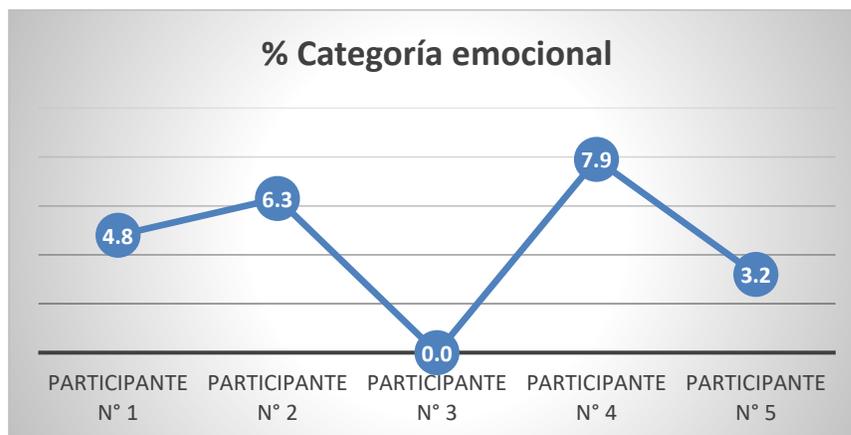
**Tabla 2**

*Categoría N°1. Síntomas emocionales*

Categoría	Síntomas	Participant e N° 1		Participant e N°2		Participante N°3		Participante N°4		Participante N° 5	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Categoría 1: Síntomas emocionales	<b>Ítem N° 1. Tristeza</b>	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	1,6	1	1,6
	<b>Ítem N° 5. Sentimientos de culpa</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	0	0
	<b>Ítem N° 6. Sentimientos de castigo</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	0	0
	<b>Ítem N° 10. Llanto</b>	1	1,6	3	4,8	0	0,0	1	1,6	1	1,6
	<b>Ítem N° 17. Irritabilidad</b>	1	1,6	1	1,6	0	0,0	1	1,6	0	0
<b>Puntuación total categoría emocional por participante</b>		<b>3</b>	<b>4,8</b>	<b>4</b>	<b>6,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>5</b>	<b>7,9</b>	<b>2</b>	<b>3,2</b>

Fuente: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)  
Elaboración propia de la autora

### Gráfico de la categoría emocional



Fuente: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)  
Elaboración propia de la autora

La categoría N° 1 corresponde a las características asociadas a los síntomas emocionales, se pudo encontrar que todas las madres gestantes señalaron presentar síntomas de *tristeza*, llanto e irritabilidad en las últimas dos semanas. Sin embargo, ante esta categoría la participante N° 4 obtuvo una mayor puntuación correspondiente al 7,9% el cual significa que exteriorizó sintomatologías mínimas de *tristeza*, *sentimientos de culpa*, *sentimientos de castigo*, *llanto*, *irritabilidad*, a diferencia de las demás que no indicaron experimentar todas esas sensaciones.

**Tabla 3**

*Categoría N°2. Misión de vida*

Categoría	Síntomas	Participante N° 1		Participante N°2		Participante N°3		Participante N°4		Participante N° 5	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Categoría 2: Misión de vida	Ítem N° 2. <i>Pesimismo</i>	0	0	0	0	0	0	1	1,6	0	0
	Ítem N° 3. <i>Fracaso</i>	0	0	0	0	0	0	1	1,6	0	0
	Ítem N° 7. <i>Disconformidad con uno mismo</i>	0	0	0	0	0	0	1	1,6	0	0
	Ítem N° 8. <i>Autocrítica</i>	0	0	0	0	0	0	1	1,6	0	0

	<b>Ítem N° 12. Pérdida de interés</b>	0	0	1	1,6	0	0	1	1,6	0	0
	<b>Ítem N° 13. Indecisión</b>	1	1,6	1	1,6	0	0	0	0,0	0	0
	<b>Ítem N° 14. Desvalorización</b>	0	0	0	0	0	0	1	1,6	1	1,6
<b>Puntuación total categoría misión de vida</b>		1	1,6	2	3,2	0	0	6	9,5	1	1,6

Fuente: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)  
Elaboración propia de la autora

### Gráfico de la categoría misión de vida



Fuente: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)  
Elaboración propia de la autora

En cuanto a la categoría N° 2 que corresponde a las características asociadas a aspectos relacionados con misión de vida, se puede evidenciar que 2 de las 5 participantes indicaron sentir *indecisión* en las últimas dos semanas. No obstante, para la madre gestante N°4 presentó mayor sintomatología de un 9,5%, indicando haber exteriorizado semiótica relacionados a *pesimismo*, *fracaso*, *disconformidad con uno mismo*, *autocrítica*, *pérdida de interés* y *desvalorización*.

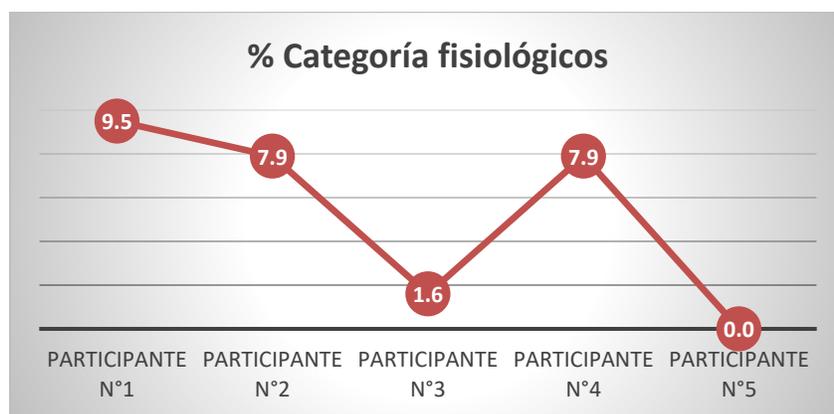
Tabla 4

Categoría N°3. Síntomas fisiológicos

Categoría	Síntomas	Participante N° 1		Participante N°2		Participante N°3		Participante N°4		Participante N° 5	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Categoría N° 3: Fisiológicos	Ítem N° 11. Agitación	1	1,6	1	1,6	0	0	1	1,6	0	0
	Ítem N° 15. Pérdida de energía	1	1,6	1	1,6	1	1,6	1	1,6	0	0
	Ítem N° 16. Cambios en los hábitos de sueño	2	3,2	1	1,6	0	0	1	1,6	0	0
	Ítem N° 18. Cambios en el apetito	1	1,6	1	1,6	0	0	1	1,6	0	0
	Ítem N° 20. Cansancio o fatiga	1	1,6	1	1,6	0	0	1	1,6	0	0
<b>Puntuación total categoría fisiológicos</b>		<b>6</b>	<b>9,5</b>	<b>5</b>	<b>7,9</b>	<b>1</b>	<b>1,6</b>	<b>5</b>	<b>7,9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Fuente: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)  
Elaboración propia de la autora

Gráfico de la categoría fisiológicos



Fuente: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)  
Elaboración propia de la autora

Finalmente, ante la categoría N° 3 correspondiente a las características asociadas a los síntomas fisiológicos y basados en los resultados del inventario, se pudo evidenciar que las 5 gestantes tuvieron sensación de *pérdida de energía* en las últimas dos semanas. No obstante, 4 de las 5 madres, indicaron presentar ante una puntuación de 1,6% *agitación, cambios en el apetito, cansancio o fatiga*, a diferencia de la gestante N° 1 que puntuó 3,2% en *cambios en los hábitos de sueño*. Cabe destacar, que dicha participante obtuvo la mayor puntuación con 9,5% en sintomatologías asociadas a aspectos tratados en este apartado.

### Características relacionadas a la sexualidad y síntomas cognitivos

Con el propósito de dar respuesta al objetivo específico N°2, se realizó el mismo proceso el cual consiste en la agrupación de los ítems por categoría, ante este apartado quedó organizado de la siguiente manera:

#### Categoría asociada a síntomas cognitivos

Ítem N° 9. Pensamientos o deseos suicidas

Ítem N° 19. Dificultad de concentración

#### Categoría relacionada a la sexualidad

Ítem N° 4. Pérdida de placer

Ítem N° 21. Pérdida de interés en el sexo

**Tabla 5**

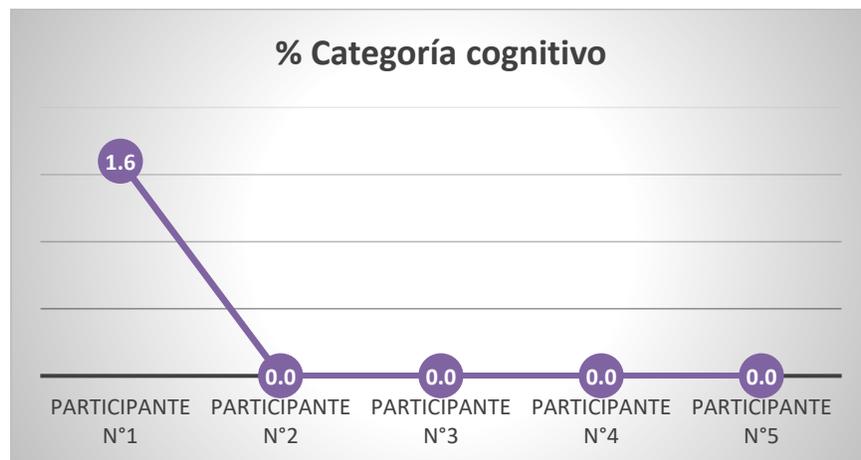
*Categoría N°3. Síntomas cognitivos*

Categoría	Síntomas	Participante N° 1		Participante N°2		Participante N°3		Participante N°4		Participante N° 5	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Categoría N° 4: Cognitivo</b>	<b>Ítem N° 9. Pensamientos o deseos suicidas</b>	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0	0

	<b>Ítem N° 19. Dificultad de concentración</b>	1	1,6	0	0	0	0	0	0,0	0	0
<b>Puntuación total categoría cognitivo</b>		1	1,6	0	0	0	0	0	0,0	0	0

Fuente: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)  
Elaboración propia de la autora

### Gráfico de la categoría cognitivo



Fuente: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)  
Elaboración propia de la autora

Ante la categoría N°4 que concierne a los síntomas de aspecto cognitivo, se puede evidenciar que solo 1 de 5 participantes, indicó haber presentado *dificultad de concentración* en las últimas dos semanas.

**Tabla 6**

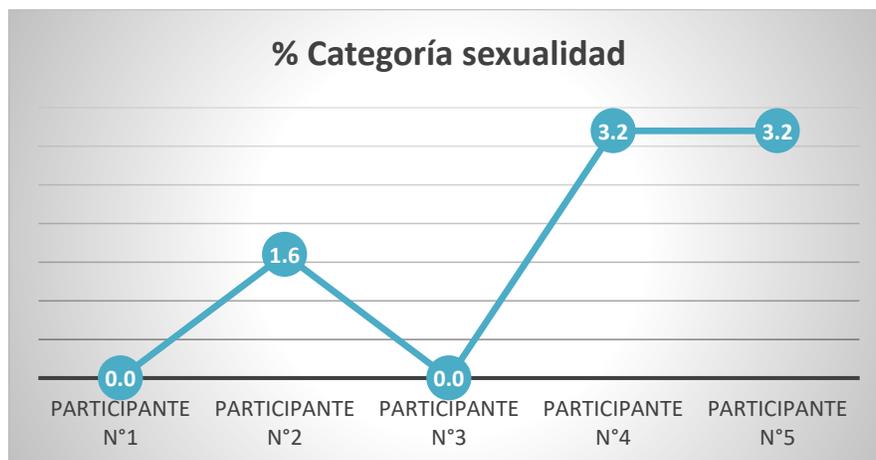
*Categoría N°5. Sexualidad*

Categoría	Síntomas	Participante N° 1		Participante N°2		Participante N°3		Participante N°4		Participante N° 5	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Categoría N° 5: Sexualidad	<b>Ítem N° 4. Pérdida de placer</b>	0	0	0	0	0	0	1	1,6	1	1,6
	<b>Ítem N° 21. Pérdida de interés en el sexo</b>	0	0	1	1,6	0	0	1	1,6	1	1,6

<b>Puntuación total categoría sexualidad</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1,6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3,2</b>	<b>2</b>	<b>3,2</b>
--	----------	----------	----------	------------	----------	----------	----------	------------	----------	------------

**Fuente:** Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)  
Elaboración propia de la autora

### Gráfico de la categoría sexualidad



**Fuente:** Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)  
Elaboración propia de la autora

En cuanto a la categoría N° 5, el cual compete a los aspectos relacionados a la sexualidad, se logra patentizar que 3 de 5 gestantes refirieron presentar *pérdida de interés en el sexo* con una puntuación de 1,6%, es decir, que tal parece ser que el estado de embarazo influye en la libido, el cual, cobra mayor relevancia en las participantes 4 y 5, que puntuaron un total de 3,2% en toda la categoría, siendo el más alto en comparación de las demás madres primerizas.

### Nivel de depresión que presentan las gestantes

Con la finalidad de dar cumplimiento al objetivo específico N° 3, se tuvo en cuenta todos los resultados del inventario para determinar el nivel de depresión de cada gestante. Es decir, el ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la elección seleccionada y al sumar directamente la puntuación de cada ítem, se consigue una puntuación total que varía de 0 a 63. El documento original del manual de BDI-II (Beck et al., 1996, (p. 11), citado por Sanz et al., 2014) “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”*

(p.3).

**Tabla 7**

*Niveles de depresión por participante*

<b>Participantes</b>	<b>Puntuación directa</b>	<b>%</b>	<b>Nivel de depresión</b>	<b>Síntomas asociados</b>
Participante N° 1	11	17,5	Mínima	Pérdida de energía, tristeza, llanto, agitación, irritabilidad, indecisión, pérdida de interés, cambios en los hábitos de sueño y en el apetito
Participante N° 2	12	19,0	Mínima	Pérdida del interés en el sexo, de energía, de interés, indecisión, agitación irritabilidad, cambios en el apetito, cansancio o fatiga, llanto y cambios en el hábito del sueño
Participante N° 3	1	1,6	Mínima	Pérdida de energía
Participante N° 4	18	28,6	Leve	Desvalorización, tristeza, pesimismo, desvalorización fracaso, pérdida de placer, de energía, sentimientos de culpa, irritabilidad, sentimiento de castigo, autocrítica, llanto, agitación, pérdida de interés, cambios en los hábitos del sueño, cambios en el apetito, cansancio o fatiga, pérdida de interés en el sexo, y disconformidad con uno mismo

Participante N° 5	5	7,9	Mínima	Tristeza, pérdida de placer, llanto, desvalorización, pérdida de interés en el sexo
----------------------	---	-----	--------	---

Ante el nivel de depresión que presentan las madres gestantes puede indicar que 4 de 5 presentan *depresión mínima* y 1 de 5 con *nivel leve*. El cual se describe de la siguiente manera: La madre gestante N° 1, puntuó un 17,5%, con síntomas asociados a *llanto, tristeza, agitación, irritabilidad, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía y cambios en los hábitos de sueño y en el apetito*. La N°2 se encuentra ante un 19,0%, correspondiente a *llanto, agitación, irritabilidad, pérdida de interés, indecisión, pérdida del interés en el sexo perdida de energía, cambios en el hábito del sueño, cambios en el apetito, cansancio o fatiga*. La N°3 determinó un porcentaje de 1,6 solo con *pérdida de energía*. La participante N° 4 y quien presentó un *nivel leve* con un 28,6%, el más alto a comparación con las otras, indicó experimentar sintomatologías asociadas a *tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimiento de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, llanto, agitación, perdida de interés, desvalorización, perdida de energía, cambios en los hábitos del sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, cansancio o fatiga, pérdida de interés en el sexo*. Y finalmente, la gestante primeriza N° 5 se topa ante un 7,9% que concierne a *tristeza, pérdida de placer, llanto, desvalorización, pérdida de interés en el sexo*. En conclusión, se logra evidenciar que a pesar de que no se halló niveles graves de depresión, cada una de estas mujeres presentaron síntomas asociadas a dicha patología en las últimas dos semanas, es decir, que tal parece ser que el estado de embarazo si influye en la salud mental.

## 10.2 Resultados cualitativos

En cuanto al análisis de la etapa cualitativa, la interpretación de las entrevistas semiestructuradas, se realizó utilizando la herramienta de matriz categorial. El cual consiste en la elaboración de tablas por categoría. Basado en Romero (2005), en la investigación cualitativa la categorización se implanta en una parte fundamental para el análisis e interpretación de los resultados. El cual, según Torres, A. (1998) citado por Romero (2005), categorizar consiste en “ponerle nombre”, definir un término o enunciado claro del contenido de cada unidad que se va a analizar, donde de cada categoría habrá que definir tipos específicos o subcategorías.

Con relación a la entrevista semiestructurada, el cual se les realizó preguntas encaminadas a los ítems del inventario de Beck, se pueden hallar lo siguiente:

Categoría emocional					
Subcategoría: Tristeza					
Preguntas	Participantes	Edad	Estado civil	Respuestas	Interpretación
<p><b>Pregunta 1.</b> ¿Cuándo usted se siente triste que actividad realiza o que hace para sobre llevar su tristeza?</p> <p><b>Pregunta 2.</b> ¿Qué situaciones hacen que usted</p>	<p><b>Participante N° 1</b></p>	<p>25</p>	<p>Unión libre</p>	<p><b>P.1</b>"Bueno pues a veces salgo de mi casa y me pongo a pensar cosas y se me va pasando un poco"</p>	<p>De acuerdo a las respuestas de la participante, se pudo evidenciar que tiene buena comunicación con su pareja a pesar de que le afectó un poco el sexo del bebé que viene en camino. Sin embargo, hubo aceptación por parte de ambos, es sincera manifestando que su tristeza la manifiesta por medio del llanto y es una forma de desahogarse. Es decir, que el intercambio emocional humano implica expresión/reconocimiento de emociones.</p>
				<p><b>P.2</b> "Yo quería tener un niño con mi esposo y no una niña"</p>	
				<p><b>P.3</b> "Lloro me siento a llorar y a veces no mucho a veces bastante"</p>	

se sienta triste?  <b>Pregunta 3.</b> ¿Cómo manifiesta usted su tristeza?	<b>Participante N° 2</b>	26	Soltera	<b>P.1</b> “Pues ahí yo me apoyo entre mi marido si y hago actividades”	La participante N°2, manifiesta sus emociones expresándolas y con el apoyo de su pareja logra tener mayor contención emocional. Se puede encontrar también que de acuerdo a sus respuestas dadas en la entrevista y al inventario aplicado tiene una <i>depresión mínima</i> , sus respuestas fueron coherentes, para ella es importante también el futuro de su bebé, el cual, en ocasiones es causa de angustia.
				<b>P.2</b> “Pues a veces que me pongo a pensar mucho en el futuro de mi bebe y todo eso, como va nacer, si voy a ser buena mama es como preguntas que uno se hace sí, pero pues ya”	
<b>P.3</b> “Ah yo lloro cuando siento tristeza lloro”					
	<b>Participante N°3</b>	25	Casada	<b>P.1</b> “Yo cuando siento algo de tristeza voy a caminar abajo a las canchas y me pongo a conversar con las personas y así se me pasa pero no siento mucha tristeza (carcajadas)”	En relación a las respuestas de esta participante es muy claro que siente bien con un poco de perdida de energía, pero es consiente que es por su estado de gestación, el cual, las respuestas dadas son coherentes ante el inventario aplicado se encuentra en un nivel de <i>depresión mínima</i> . La disminución de energía es uno de los iniciales síntomas del estado de gestación. De hecho, es muy frecuente que durante "las primeras semanas de gestación, la futura madre sienta un cansancio generalizado y
				<b>P.2</b> “Cuando no tengo dinero para comprar	

				alguna cosa que necesito, pero eso es de vez en cuando”	ganas de dormir a toda hora, sensación que va y viene durante todo este período" (Cruzat, 2023, p.1).
				<b>P.3</b> “Me pongo cabizbaja como cuando uno se siente mal así pero no es de siempre sino que me siento bien, como le explico me siento bien como estoy por eso no siento tristeza”	
<b>Participante N°4</b>	30	Casada	<b>P.1</b> “Trabajar eso me hace sentir solo un poco mejor”	<b>P.2</b> “La situación que tengo en el momento es muy difícil, los problemas con mis padres, mis hermanos y más el saber de mi embarazo no deseado (llora)”	Basado en las respuestas de la participante tanto del inventario como en la entrevista, se evidencia que manifiesta una <i>depresión leve</i> y la manera de responder con tristeza y desconsuelo cada pregunta, los problemas familiares que vive a diario, es compleja su situación. Los cambios en la mujer durante el embarazo suelen originar episodios normales de llanto. No obstante, también pueden sugerir un estado depresivo durante la gestación, muchas mujeres manifiestan un incremento en la sensibilidad, así como episodios de

				<p><b>P.3</b> “Llorando que pesar de mi bebe, mira yo creo que no hay bebe que haya sufrido más que el mío yo creo que sufre más que yo (llora)”</p>	<p>ansiedad y depresión. Sin duda, lo que correspondería ser un período de alegrías, puede transmutar en un problema cuando la madre no puede dejar de indagar si es normal tener ganas de llorar durante el embarazo. "La madre podría experimentar fluctuaciones en su conducta que pueden incluir tristeza, ansiedad, ganas de llorar, e incluso rabietas" (Mendoza,2023, p. 1)</p>
<b>Participante N°5</b>	27	Casada	<p><b>P.1</b> “Me reúno con mis amigos o con mi familia y jugamos domino ellos me ayudan mucho mi esposo también a pesar de su trabajo y que llega un poco cansado él está pendiente, más lindos”</p>	<p>Para la participante N°5, para sobrellevar su estado de tristeza, implementa como estrategia de afrontamiento el reunirse con su círculo social que la rodea para apaciguar algunas situaciones que en algún momento la afligen, es decir se soporta de sus seres queridos y eso es bueno para el estado en el que se encuentra y esto, presenta coherencia ante el resultado arrojado en el inventario con <i>depresión mínima</i> ya que cuenta con estrategias de afrontamiento y cuenta con red de apoyo. La gestación, como experiencia de vida, estimula en cada padre gestante la necesidad de sentir, expresar, organizar y aclarar sentimientos, miedos, inquietudes o creencias, los cuales le permiten entender y dar un significado al nuevo estado, reconociéndose como parte de ella (Benítez, 2010, p.1)</p>	
			<p><b>P.2</b> “Cuando me enfermo me siento triste, jum una vez me dio una gripa durísima y se me bajaron las defensas y me sentí muy triste”</p>		

				P.3 "Me siento como no se aburrida sin ánimo"	
--	--	--	--	---	--

Categoría misión de vida					
Preguntas	Participantes	Edad	Estado civil	Respuestas	Interpretación
<p><b>Pregunta 1.</b> Referente a su proyecto de vida, ¿Usted cómo se siente?</p> <p><b>Pregunta 2.</b> ¿Ha sentido indecisión en algún momento de su vida?</p> <p><b>Pregunta 3.</b> ¿Qué le ha causado sentirse indecisa?</p>	Participante N° 1	25	Unión libre	P.1 "mmmm pues bien sabes igual mi esposo está conmigo y me apoya"	En cuanto a esta categoría, esta participante considera que a pesar de que a veces sobre piensa en situaciones que le hacen cuestionarse, ha sido vital su esposo, como red de apoyo principal en su etapa de gestación
				P.2 "A veces pienso en muchas cosas que quiera pero no se pueden"	
				P.3 "Esque yo quería tener un niño pero bueno"	
	Participante N° 2	26	Soltera	P.1 "mmmm bien pues sí que más "	Ante esta categoría, la participante estuvo un poco limitante a la hora de responder las preguntas, sin embargo, se pudo percibir que al momento se encuentra posiblemente en una etapa de resignación.
P.2 "A veces la siento (no responde más)"					
P.3 "Decisiones que uno toma en la					

				vida, pero ya que"	
<b>Participante N°3</b>	25	Casada	<b>P.1</b> "Muy bien hasta el momento me eh sentido súper"	Esta participante, indica que se siente a gusto con su proyecto de vida hasta el momento, el cual, se puede decir, que no es causante de generar síntomas depresivos frente a este apartado	
			<b>P.2</b> "sí pero hace muchos años"		
			<b>P.3</b> "Pensar en que quería estudiar o que me iba a poner hacer después de salir del colegio"		
<b>Participante N°4</b>	30	Casada	<b>P.1</b> "? Mal me siento muy mal"	La participante N° 2, tanto en el inventario como en la entrevista a mostrado presentar síntomas muy marcados de depresión, el cual, también se logra evidenciar ante esta categoría, ya que por las condiciones que se dio su embarazo ha afectado no solo su estado emocional sino también su relación de pareja al no ser el padre biológico del bebé que viene en camino	
			<b>P.2</b> "Si en algún momento pensé en abortar"		
			<b>P.3</b> "El embarazo no deseado porque no es de mi esposo (llora)"		

	<b>Participante N°5</b>	27	Casada	<p><b>P.1</b> "Bien gracias a Dios voy a la iglesia y le doy gracias a Dios por mi vida y la de mi bebé"</p> <p><b>P.2</b> "Casi no que yo me acuerde ehhh no"</p> <p><b>P.3</b> "Mirar que hago de comer (risas) ay no yo no sé"</p>	Esta participante, manifiesta sentirse bien con su proyecto de vida, el cual, tal parece que su vida espiritual le ayuda a sentir respaldo en su estado emocional y gratitud por su bebé.
--	-------------------------	----	--------	---	---

Categoría fisiológicos					
Preguntas	Participantes	Edad	Estado civil	Respuestas	Interpretación
<p><b>Pregunta 1.</b> ¿Usted ha perdido el apetito?</p> <p><b>Pregunta 2.</b> ¿Considera que se agita más de lo normal?</p> <p><b>Pregunta 3.</b> ¿Su estado de ánimo lo siente normal</p>	<b>Participante N° 1</b>	25	Unión libre	<p><b>P.1</b> "No es como antes pero si siento algo diferente en mi (cara triste)"</p> <p><b>P.2</b> "Si cuando salgo d de afán si me agito"</p> <p><b>P.3</b> "No no mi estado de ánimo cambio mucho, antes lloraba y ahora lloro más, es que yo</p>	La participante indica que en su estado de gestación ha presentado cambios significativos tanto en su apetito como en su estado de ánimo y esto va en línea a lo que plantea la OMS, (2023), la depresión puede alterar el sueño y el apetito.

como cuando no estaba en embarazo?				soy muy chillona también (risas)"	
	<b>Participante N° 2</b>	26	Soltera	<p><b>P.1</b> "Si un poco, pero es por el embarazo"</p> <p><b>P.2</b> "Si cuando camino rápido pero a veces no es siempre"</p> <p><b>P.3</b> "No, a veces estoy triste a veces estoy contenta y así me la paso(risas)"</p>	Esta madre gestante primeriza, enfatiza en los cambios variantes de su estado de ánimo, el cual a veces, pasa del llanto a la alegría, como también indica que sus cambios en el apetito han sido a causa del embarazo
	<b>Participante N°3</b>	25	Casada	<p><b>P.1</b> "No, yo como bien, frutas, vitaminas y lo normal"</p> <p><b>P.2</b> "No, yo no me agito camino en la canchas normal"</p> <p><b>P.3</b> "Si, es normal yo no eh sufrido de sobre peso, sino que me eh mantenido bien en lo que me dice el médico, eh"</p>	Ante esta participante, basados en sus respuestas tanto de la entrevista como del inventario, se pudo deducir que los cambios fisiológicos no han sido de mayor relevancia en su proceso de gestación

				pues en mis controles"	
<b>Participante N°4</b>	30	Casada	<b>P.1</b> "Todo lo vomito baje 10 kilos no soporto nada, olores fuertes, lociones"	Para esta madre gestante, los cambios fisiológicos, si han sido de manera significativos, donde los factores que influyen no solo han sido por su estado de embarazo, sino también por diversos problemas a nivel familiar y de pareja.	
			<b>P.2</b> "si en algunos momentos"		
			<b>P.3</b> "No mi estado de ánimo ya no es el mismo como cuando no estaba en embarazo, mantengo triste mis papas me tratan mal bueno mucho más mi mamá mi papá ya ni me habla.		
<b>Participante N°5</b>	27	Casada	<b>P.1</b> "Si un poco pero no mucho"	Para esta participante ha tenido ciertos cambios fisiológicos, pero no han sido en gran medida	
			<b>P.2</b> "A veces me agito cuando grito a mi perro"		

				P.3 "Cambio un poquito si"	
--	--	--	--	----------------------------	--

Categoría cognitivo					
Preguntas	Participantes	Edad	Estado civil	Respuestas	Interpretación
<b>Pregunta 1.</b> ¿En algún momento se ha sentido usted cansada de la vida?  <b>Pregunta 2.</b> ¿Se ha sentido usted baja de ánimo y no puede concentrarse?	<b>Participante N° 1</b>	25	Unión libre	<b>P.1</b> "No, gracias a Dios lo normal me levanto hacer mis quehaceres y ya"	Para esta participante, esta categoría tal parece no resulta ser de mayor impacto, indica que a veces se le olvidan las cosas pero lo percibe como algo normal y al inicio de su proceso de gestación sintió en gran medida desaliento y pereza
				<b>P.2</b> "Lo normal a veces se me olvidan algunas cosas"	
				<b>P.3</b> "Al inicio sentí desaliento y pereza"	
<b>Pregunta 3.</b> ¿En qué momento del embarazo ha sentido más desanimo?	<b>Participante N° 2</b>	26	Soltera	<b>P.1</b> "No cansada para matarme no"	Ante esta categoría, tal parece ser que no representa un factor que le afecte en gran medida a la participante según sus respuestas
				<b>P.2</b> "Sí pero no es mucho sino que en algunos momentos de la vida"	
				<b>P.3</b> "No sé a veces me desanimo a veces lo veo que yo soy capaz y sigo con mi marido"	
		25	Casada	<b>P.1</b> "uy no cansada porque	La madre gestante refiere solo haber

<b>Participante N°3</b>				no yo no me eh sentido cansada"	presentado síntomas de pérdida de energía más que todo a los inicios del embarazo
				<b>P.2</b> "no solo con menos energía que antes pero no mucha"	
				<b>P.3</b> "Al comienzo del embarazo cuando me di cuenta porque me sentía como sin energía, pero de resto bien"	
<b>Participante N°4</b>	30	Casada		<b>P.1</b> "Si hasta pensé en suicidarme"	La gestante, indica que le ha afectado tanto el embarazo no deseado hasta tal punto de haber tenido pensamientos suicidas, el cual influyó que el padre biológico del bebé que viene en camino le indicó que tomara la decisión de abortar
				<b>P.2</b> "Si a veces en mi trabajo me cuesta un poco"	
				<b>P.3</b> "Cuando me di cuenta y el papá del bebe me dijo que lo abortara"	
<b>Participante N°5</b>	27	Casada		<b>P.1</b> "No"	Al igual que la participante N°3, esta madre gestante indica haber presentado pérdida de energía en los inicios de su proceso de embarazo
				<b>P.2</b> "Casi no"	
				<b>P.3</b> "Cuando empecé como las primeras semanas sentí como	

				desanimo del cuerpo"	
--	--	--	--	----------------------	--

Categoría sexualidad y pérdida de placer					
Preguntas	Participantes	Edad	Estado civil	Respuestas	Interpretación
<p><b>Pregunta 1.</b> De acuerdo a su estado de gestación ¿cómo se siente usted con su pareja?</p> <p><b>Pregunta 2.</b> ¿Ha sentido usted que el embarazo ha disminuido las ganas de estar con su pareja?</p>	<p><b>Participante N° 1</b></p>	<p>25</p>	<p>Unión libre</p>	<p><b>P.1</b> "Normal, a veces siento cansancio y fatiga pero no es más"</p>	<p>La participante indica que por su condición de gestación siente algunos síntomas y eso es el motivo por el cual a veces no se siente a gusto de estar con su pareja, sus gestos son de indecisión y esto también hace parte de su proceso, son parte de los síntomas. Basado en la investigadora Mariangela Carta Peña, citado en Olivares et al., (2021), la OMS define la salud sexual como "un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar" (p.2).</p>
				<p><b>P.2</b> "No mucho a veces me gusta estar con él a veces no me siento del todo bien, pero es normal(suspiro)"</p>	
	<p><b>Participante N° 2</b></p>	<p>26</p>	<p>Soltera</p>	<p>P.1 "bien si"</p> <p>P.2 "No, yo"</p>	<p>Para esta participante su estado de gestación no ha afectado su sexualidad placer con su pareja. Es decir, que los síntomas asociados a la depresión no representan influencia alguna</p>

	<b>Participante N°3</b>	25	Casada	P.1 "Bien por, ahora Bien, esperemos que siga así"	Al igual que para la madre gestante N° 2, para esta participante su libido en el estado de gestación no ha disminuido, el cual, indica que siente las mismas ganas de estar con su pareja íntimamente, solo que no tiene son las mismas energías
				P.2 "No, yo sigo con las mismas ganas de antes pues no es la misma energía, pero igual me dan ganas de estar con él"	
	<b>Participante N°4</b>	30	Casada	P.1 "con cual (se ríe) pues no yo con él no volví a estar él (papá biológico del bebé) dice que le doy asco y mi esposo él aún no sabe que estoy embarazada porque él no vive conmigo"	Ante esta categoría, la participante refiere que se ha visto afectada su parte sexual, pero no ha sido por falta de placer, sino porque él papá del bebé manifiesta sentir asco hacia ella y por otro lado, el esposo aún no sabe de su estado de embarazo, ya que no viven juntos
P.2 "Si desde que se dio cuenta él no me toca"					
	<b>Participante N°5</b>	27	Casada	P.1 "bien tranquila"	Para esta madre gestante primeriza, refiere no haber sentido cambios en su sexualidad y placer
				P.2 "Que lo haya sentido no"	

## 11. Discusión

Las gestantes con edades de 20 a 25 años, corresponden al 40% ; el 60% a madres de 26-30 años. Referente al estado civil, el 20% narraron estar en unión libre y 20% soltera y el

60% están casadas. Se encontró que 4 de 5 madres gestantes presentan *depresión mínima* y solo una de las participantes, obtuvo *depresión leve*, el cual se describe de la siguiente manera: la madre gestante N° 1, puntuó un 17,5%, con síntomas asociados a *tristeza, llanto, agitación, irritabilidad, pérdida de interés, de energía, indecisión y cambios en los hábitos de sueño y en el apetito*. A diferencia de la participante N°2 se encuentra ante un 19,0%, correspondiente a *llanto, agitación, pérdida de energía, interés en el sexo, indecisión, cambios en el apetito, en el hábito del sueño, irritabilidad, cansancio o fatiga*; la gestante N°3 determinó un porcentaje de 1,6% solo con *pérdida de energía* lo cual se puede identificar que solo presenta un síntoma. La participante N° 4 y quien mostró un nivel *leve* con un 28,6%, comparación de las demás fue la que más se enfatizó *sintomatologías asociadas a tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimiento de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, llanto, agitación, pérdida de interés de energía, desvalorización, cambios en los hábitos del sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, cansancio o fatiga, pérdida de interés en el sexo*. Y finalmente, la gestante primeriza N° 5 con un 7,9% que corresponde a *tristeza, pérdida de placer, llanto, desvalorización, pérdida de interés en el sexo*.

Lara y Navarrete, en Huancano – Perú, con su trabajo titulado “*Depresión y ansiedad en madres gestantes primerizas atendidas en los centros de salud del distrito de Huánuco – 2015*”, el cuál fue abordado con instrumentos como el inventario de depresión y ansiedad de Beck. Los resultados demuestran un 50% de *depresión leve* y un 40%. *ansiedad moderada*.

De acuerdo con los grupos etarios de 15 a 20 años presentan *depresión leve* un 23% y *ansiedad moderada* un 20%. Las madres gestantes de 21 a 25 años señalan *depresión leve* un 23% y *ansiedad moderada* un 13%; de 26 a 30 años manifiestan *algo mínimo* un 7% y *ansiedad*

grave, moderado y mínima un 3%; y de 31 a 35 años padecen *depresión grave* y mínima un 3% y ansiedad moderada y leve un 3%.

Ante estos resultados, es importante mencionar que las redes de apoyo, como pareja, familia y grupo de amistades influye en gran medida en los estados de ánimo en el proceso de gestación, por ejemplo, las participantes N° 1,2,3 y 5, con *depresión mínima* cuentan con el apoyo de su pareja, sus familiares y amigos, el cual, ante síntomas asociados a esta patología, esa red de apoyo busca la manera de estar ahí para ellas. A diferencia de la participante N°4 y quien puntuó tener un nivel de *depresión leve*, no solo influye el estado de gestación sino que también entran en juego otros factores como lo son problemas familiares y de pareja, donde manifiesta que es un embarazo no deseado y es resultado de una infidelidad hacia su esposo, el cual, él hasta el momento no sabe de su estado, ya que no vive con ella, sin embargo, a causa de dicha situación perdió el apoyo de sus familiares, en especial el de sus padres, indicando que la mamá la trata mal y el papá no le habla.

Lo anterior va en línea de la investigación realizada por Luna, et al., (2009) denominado: “*depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú*”, donde plantean que la carencia en cuanto al apoyo de la familia y la apreciación de tener conflictos en pareja, familiares, personales o económicos inciden en la periodicidad de depresión, es decir, que la prevalencia de la depresión mayor en las mujeres en estado de gestación incluidas en ese estudio fue muy elevada. Se debe prestar especial atención a las mujeres que exteriorizan tener un embarazo no planificado y las que sufren inconvenientes durante su embarazo, a fin de llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos.

Como también lo sustenta el estudio de Díaz, et al., (2013), procedente de Valencia – Venezuela y que se titula “*Depresión y ansiedad en embarazadas las embarazadas con pareja*

inestable tienen un riesgo 8,5 veces mayor de mostrar ansiedad y 6,5 veces mayor de presentar depresión, con respecto a las que tienen pareja estable. En mujeres con embarazo no deseado, el riesgo de ansiedad fue 1,63 veces mayor que las que querían su gravidez y para la depresión el riesgo fue 1,66 veces mayor. Sin embargo, este hallazgo no fue estadísticamente significativo. Finalmente, se concluye que hay elevados niveles de depresión y ansiedad en las embarazadas que una pareja inestable.

En síntesis, teniendo en cuenta los antecedentes y los resultados de la presente investigación, se puede determinar que las características de la depresión en madres gestantes de Corinto-Cauca, están relacionadas también si cuentan con una red de apoyo sólida, una pareja estable y si su embarazo fue o no deseado.

## 12. Conclusiones

Se logra concluir que, a pesar de que no se encontró niveles graves de depresión, solo una participante con *nivel leve* de 28,6%, cada una de estas madres gestantes primerizas presentó síntomas asociados a la patología abordada en esta investigación. Ante las participantes que exteriorizaron pocos síntomas, se logró identificar que son personas que cuentan con redes de apoyo fortalecidas, es decir, cuentan con el apoyo y cuidados constante de sus parejas, familiares y amigos, el cual, han sido factores que influyen de manera saludable en el proceso de gestación que se encuentran actualmente.

El problema de investigación se resolvió en gran medida ya que se logró dar cumplimiento a al propósito principal que fue identificar las características de la depresión que presentan un grupo de cinco (5) gestantes entre 18 y 30 años de edad, en el municipio de Corinto-Cauca. De igual modo, se considera que le marco teórico y los antecedentes indagados

fueron adecuados, puesto que se tuvo en cuenta en todo momento tanto para el conocimiento del fenómeno estudiado como para el análisis y discusión de la investigación.

Con respecto al nivel de generalización, este trabajo de grado no se realizó con la intención de generalizar datos, teniendo en cuenta que el abordaje metodológico en la primera etapa fue la parte cuantitativa con un muestreo no probabilístico intencional, es decir que la muestra no es representativa para generalizar datos; por lo tanto, se debe tener en cuenta que uno de los límites de esta investigación fue la muestra reducida. Por otro lado, se considera que no hubo hallazgos no esperados que aportaron la recolección y análisis de la información.

Dando respuesta a la pregunta expuesta en la guía de elaboración de trabajo de grado, referente a ¿Qué aportes se obtienen para la disciplina? se considera que la contribución sería para la psicología, en especial el campo clínico en los contextos hospitalarios, el cual, estaría encaminado en la atención de los controles prenatales de madres gestantes, donde por medio del conocimiento de las características de la depresión en especial madres primerizas, permitirá un abordaje desde una atención con enfoque diferencial.

Finalmente, referente a los logros personales alcanzados, se podrían resumir en dos palabras que son: paciencia y perseverancia, ya que al final de este proceso hubo pensamientos de rendirse y cancelar la materia que da cumplimiento a este documento, puesto que eran muchas cosas a la vez, cumplir con una jornada laboral, las prácticas profesionales, atender un bebé, brindarle tiempo al hogar, la familia, etc. En fin, fueron muchas las situaciones que generaron sentimientos y pensamientos que jugaban en contra, pero que al final la asesora brindó opciones de entregas y herramientas de afrontamiento para poder cumplir en los tiempos.

### 13. Recomendaciones

Con base a los resultados de ambos instrumentos y en línea con las conclusiones, se realizó las siguientes recomendaciones:

- En futuras investigaciones que se aborde el fenómeno de depresión de mujeres gestantes primerizas tener en cuenta la ampliación de la muestra para tener un mayor conocimiento y datos generalizados
- Desde los centros de salud, incluir un abordaje psicosocial a las madres gestantes primerizas, donde se permita realizar talleres de psi coeducación, y así prevenir una posible depresión en el proceso de gestación.
- Brindarle el conocimiento a los profesionales de la salud que atienden a las gestantes en el municipio de Corinto-Cauca, sobre la importancia que tiene la salud mental y cómo prevenir la depresión, en las mismas
- Invitar a los estudiantes de la Universidad Antonio Nariño a realizar investigaciones que aborden la depresión en gestantes primerizas de diferentes municipios con el fin de conocer la importancia que tiene y principalmente como afecta la depresión en gestantes de diferentes edades ya que cada trimestre de gestación se presentan cambios y ver las diferencias según sus culturas
- Concientizar sobre la importancia que tiene la salud mental en gestantes, tanto a su entorno familiar como a su pareja, para así evitar una depresión, ya que son cambios en algunos casos muy fuertes y pueden afectar su vida cotidiana.

#### 14. Referencias bibliográficas

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, 22209-3901. Asociación Americana de Psiquiatría.  
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>.

Caamaño, A., y Contreras, D. (2015). *Caracterización de depresión perinatal en mujeres atendidas en hospitales de la ciudad de Bogotá*. Universidad Nacional de Colombia.  
<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/55461>.

Carta, M. (S.f.), citado por Olivares, E., Montoya, R., Arteaga, A. (2021). *Prevalencia de disfunción sexual en gestantes en control prenatal en una institución hospitalaria en Rionegro, Colombia, 2020-2021*. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 72 N.  
<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3761/3737>.

Castillo, J. (2008). La motivación como factor esencial en el enfrentamiento del embarazo. *Multimed* 2008; 12(4).

<https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1887/1917>.

Cruzat, L. (2023). *Cambios en el embarazo: ¿Cómo combatir el cansancio de las primeras semanas?* Indisa- Clínica de familia. <https://www.indisa.cl/blog/cambios-en-el-embarazo-como-combatir-el-cansancio-de-las-primeras-semanas/>.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE (2021). *Nota estadística. Salud mental en Colombia: Un análisis de los efectos de la pandemia.*

<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/ago-2021-nota-estadistica-salud-mental-en-colombia-analisis-efectos-pandemia.pdf>

Díaz, M., Amato, R., Chávez, J., Ramírez, M., Rangel, S., Rivera, L., & López, J. (2013). *Depresión y ansiedad en embarazadas.* *Salus online*, 17-2.

[https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-71382013000200006](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382013000200006)

Flores (2013). *La salud mental en la mujer embarazada.* *Perinatol. Reprod. Hum.* vol.27 no.3. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372013000300001](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300001)

García (2021). *Definición de embarazo y sus fases.* N. Colegiado: 080830158. *Salud MAPFRE.* <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/embarazo/definicion/>

Guimarães, F., Da Silva Santos, F., Bem, A., De Holanda, V., De Sousa, G., Albuquerque, (2019). *Salud mental en mujeres embarazadas.* *Revista electrónica trimestral de enfermería.* ISSN 1695-6141. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n53/1695-6141-eg-18-53-499.pdf>.

Infosalus (2022). La OMS lanza una guía para integrar la atención a la salud mental en los servicios materno-infantil. <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-oms-lanza-guia-integrar-atencion-salud-mental-servicios-materno-infantil-20220920100129.html>.

Lara, M., y Navarrete, L. (2012). *Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D*. Salud Mental 2012; 35:57-62. <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a9.pdf>.

Larrosa, P. (2015). *Aspectos psicológicos en la atención a la embarazada en los centros CAIF de Montevideo*. Universidad de la República de Uruguay. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/5805>.

Ley 1090 (2006). *Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. Departamento Administrativo de la Función Pública. El Congreso de Colombia. [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=66205](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=66205)

Luna, M., Salinas, J., & Luna, A. (2009). *Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú*. Revista Panam Salud Pública; 26(4):310–4. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n4/310-314/es>.

Martínez, J., y Jacome, N. (2017). *Depresión en el embarazo*. Rev colomb psiquiat; 48 (1):58–65. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v48n1/0034-7450-rcp-48-01-58.pdf>

Martínez, P., Waysel, R. (2009). *Depresión en adolescentes embarazadas*. Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 14, núm. 2, pp. 261-274. Consejo Nacional para la Enseñanza

en Investigación en Psicología A.C. Xalapa, México.

<https://www.redalyc.org/pdf/292/29211992004.pdf>.

Mendoza, M. (2023). *¿Es normal tener ganas de llorar durante el embarazo?* Eres Mamá Revista para madres con consejos sobre embarazo, bebés y niños. <https://eresmama.com/es-normal-tener-ganas-de-llorar-durante-el-embarazo/>.

Ministerio de Salud y protección social (2017). *Boletín No 1, marzo de 2017*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>.

Ministerio de Salud y protección social (2021). *Comprometido con la salud mental de los colombianos*. Boletín de Prensa No 1033 fde 2021. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-comprometido-con-la-salud-mental-de-los-colombianos.aspx>.

Ministerio de salud y protección social (2022). *Salud mental: asunto de todos*. Boletín de Prensa No 481 de 2022. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Salud-mental-asunto-de-todos.aspx>.

Montoya, S., y Valencia, L. (2015). *Depresión y ansiedad en madres gestantes primerizas atendidas en los centros de salud del distrito de Huánuco – 2015*. Universidad Nacional “Hermilio Valdizán” Huánuco Facultad de Psicología E.A.P. <https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/1430/TPS%2000200%20M84.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.

Murube, et al. (1999), citado por Sierra, O., y Mejía, B. (2007). *Función social de las lágrimas: una indagación empírica sobre los tipos de llanto emocional*. Univ. Psychol. Bogotá (Colombia), 6 (2): 295-308. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v6n2/v6n2a09.pdf>.

Muñiz y Fernández-Hermida (2010), citado por Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., y García, M., (2014). *Criterios y baremos para interpretar el “Inventario de depresión de Beck-II” (BDI-II)*. Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 22, Nº 1, 2014, pp. 37-59. [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/03.Sanz\\_22-1oa.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/03.Sanz_22-1oa.pdf).

Organización Mundial de la Salud, (OMS). Citado por Menéndez, G., Navas, I., Hidalgo, Y., Espert, J. (2012). *El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente*. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología; 38(3)333-342.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2012/cog123f.pdf>.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2023). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

Retamal P. (1999) citado por Díaz, M., Amato, R., Chávez, J., Ramírez, M., Rangel, S., Rivera, L., & López, J. (2013). *Depresión y ansiedad en embarazadas*. Salus online, 17-2. [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-71382013000200006](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382013000200006).

Rodríguez, J. (2017). *Aspectos psicológicos y emocionales durante la gestación y el puerperio*. GEA Atención Perinatal y psicología. Presidenta de la Asociación Española de Psicología Perinatal. [https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1189/7\\_1\\_Mesa\\_SMental\\_1\\_aspectos%20psicoloxicos\\_emocionais.pdf](https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1189/7_1_Mesa_SMental_1_aspectos%20psicoloxicos_emocionais.pdf).

Sampiere, Fernández, Baptista et al., (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ª. Ed. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. México, (p. 91-551).

Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., y García, M., (2014). *Criterios y baremos para interpretar el “Inventario de depresión de Beck-II” (BDI-II)*. Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 22, Nº 1, 2014, pp. 37-59. [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/03.Sanz\\_22-1oa.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/03.Sanz_22-1oa.pdf).

Telencuentas (S.f), consultado el 23 de octubre del 2023. *Cuántos habitantes tenían Corinto, Cauca en 2022*. <https://telencuestas.com/censos-de-poblacion/colombia/2022/cauca/corinto>.

Villegas, Z., Vanegas, P., y Campos, L. (2019). *Características relacionadas y derivadas de la depresión en gestantes*. Cina Research, 3 (3), 14-20. <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/cinaresearch/article/view/188>.

## 15. Anexos

### 15.1 Consentimiento informado

#### FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Corinto-Cauca \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ del 2023

Mi nombre es Lina Verónica Parra Oyola, soy estudiante de pregrado (psicología) de la Universidad Antonio Nariño. Como parte de mis estudios, estoy desarrollando un proyecto de investigación titulado “Caracterización de la depresión en cinco madres gestantes, habitantes del municipio de Corinto Cauca” quiero invitarla a participar en este proyecto, cuyo objetivo es

aplicar el inventario de Depresión de Beck – BDI” y una entrevista semiestructurada en el cual le realizaré algunas preguntas, el rango de edad es de 18 a 30 años. Este proyecto tiene una finalidad académica; no tiene una finalidad comercial. Por lo que la información que nos brinde será tratada de manera confidencial. En ningún caso sus respuestas serán presentadas acompañadas de su nombre o de algún dato que lo indique.

Si usted acepta participar, le pediré que me permita aplicar el inventario, tendrá una duración aproximada de 10 minutos y le haré preguntas sobre su estado de ánimo entre otras durante la entrevista.

Su participación en esta investigación no tiene ninguna recompensa material o económica y usted es libre de no participar o de retirarse cuando lo desee. Este proyecto se archivará de manera segura.

Su participación es totalmente voluntaria y puede darla por terminada en cualquier momento. Asimismo, puede plantear todas sus dudas respecto a la investigación antes, durante y después de su participación; la información que nos pueda brindar será de gran ayuda para el desarrollo de tan importante proyecto de investigación.

Estoy muy agradecida de que me haya permitido explicar este proyecto. Si lo desea puede contactarme en el siguiente correo electrónico: [liparra47@uan.edu.co](mailto:liparra47@uan.edu.co).

Gracias,

Si está de acuerdo en participar en este proyecto por favor escriba SI o NO con su puño y letra en cada una de las casillas y escriba su nombre y datos de contacto

- Acepto participar de manera libre y voluntaria en este proyecto y entiendo que no recibirá recompensa material o económica y que puedo retirarme cuando lo desee.
- Solicito que no revele mi nombre y si mis opiniones son citadas solicito que se haga de manera anónima.
- Solicito que me haga llegar copia del trabajo de grado o de las publicaciones que se deriven de esta investigación.

---

Nombre de participante

Cédula de ciudadanía del participante:

Correo electrónico:

Teléfono:

## 15.2 Formato de aplicación del inventario

### Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre: \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.**

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

#### 1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

## **2. Pesimismo**

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

## **3. Fracaso**

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

## **4. Pérdida de Placer**

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

## **5. Sentimientos de Culpa**

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

**6. Sentimientos de Castigo**

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

**7. Disconformidad con uno mismo.**

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

**8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

**9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

**10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

### **11 Agitación**

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

### **12 Pérdida de Interés**

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3 Me es difícil interesarme por algo.

### **13. Indecisión**

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

### **14. Desvalorización**

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

### **15. Pérdida de Energía**

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

### **16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1<sup>a</sup>. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3<sup>a</sup>. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

### **17. Irritabilidad**

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

### **18. Cambios en el Apetito**

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1<sup>a</sup>. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3a No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

### **19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

## **20. Cansancio o Fatiga**

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

## **21. Pérdida de Interés en el Sexo**

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

**Puntaje Total** \_\_\_\_\_

### **15.3 Formato de la aplicación de la entrevista semiestructurada**

#### **Entrevista semiestructurada para las gestantes**

Corinto-Cauca \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ del 2023

#### **Categoría N°1. Emocional:**

Cuando usted se siente triste, ¿Qué actividad realiza o que hace para sobre llevar su tristeza?

¿Qué situaciones hacen que usted se sienta triste?

¿Cómo manifiesta usted su tristeza?

**Categoría N°2. Misión de vida:**

¿Referente a su proyecto de vida usted cómo se siente?

¿Ha sentido indecisión en algún momento de su vida?

¿Qué le ha causado sentirse indecisa?

**Categoría N°3. Fisiológico**

¿Usted ha perdido el apetito?

¿Considera que se agita más de lo normal?

¿Su estado de ánimo lo siente normal como cuando no estaba en embarazo?

**Categoría N°4. Cognitivo**

¿En algún momento se ha sentido usted cansada de la vida?

¿Se ha sentido usted baja de ánimo y no puede concentrarse?

¿En qué momento del embarazo ha sentido más desanimo?

**Categoría N°5. Sexualidad y pérdida del pacer**

¿De acuerdo a su estado de gestación como se siente usted con su pareja?

¿Ha sentido usted que el embarazo ha disminuido las ganas de estar con su pareja?