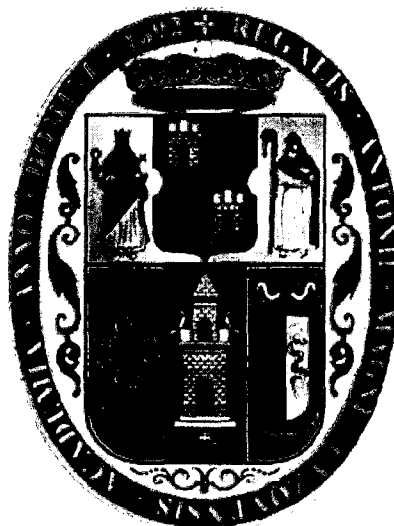


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD
DEL CUSCO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**“PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN GESTANTES QUECHUA
HABLANTES A TRAVÉS DE LA ESCALA DE EDIMBURGO
ADAPTADA AL QUECHUA, DISTRITO DE LAMAY, JULIO-2013”**

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Presentado por:

Bach. Med. Frank Fred Carrillo Pino.

Asesor:

Med. Psiquiatra: Victor Hugo Arias Chavez.

Cusco, 2013

DEDICATORIA

*A mi Madre Evodia.
Porque estando tan lejos está siempre conmigo.*

Frank Fred.

AGRADECIMIENTOS

Al concluir esta importante etapa de mi vida quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su motivación, apoyo, experiencia y comprensión formaron parte de este proceso:

A mi prestigiosa casa de estudios, llena de trayectoria histórica y académica:

Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

A mi querida facultad, de la que siempre estaré orgullosa:

Facultad de Medicina Humana.

A mi familia; porque sin escatimar esfuerzo alguno, sacrificaron gran parte de su vida para educarme mi Padre Hilario Carrillo Uribe, mi Madre Evodia Pino Farfan, mis hermanos: Hector, Yanet y Yimmi, a mi esposa Mercedes Cusi Arriaga y mi hijo querido Awky, a mi tía Cristina Apaza Yana.

A mis mentores; por su tiempo, y dedicación, por sus conocimientos y experiencias transmitidas. Me llevo los mejores recuerdos de quienes no sólo fueron mis docentes, sino también tuvieron que hacer muchas veces el papel de padres y amigos.

Con cariño, admiración y respeto a quienes apoyaron en la elaboración de ésta tesis:

Dr. Victor Hugo Arias Chavez

Dr. Pablo Fidel Grajeda Ancca

Dra Teresa Huaman Yana

Cuando se trata de agradecer el amor, los valores, el impulso, la motivación, el cuidado, la protección, los desvelos, y el sacrificio que han tenido conmigo, las palabras se evaporan y queda el nudo en la garganta.

A la familia Romero Vargas, Yeny, Yanet, Vanesa y a mi gran amigo Carlos

A todos ustedes, con la promesa de seguir siempre adelante.

Contenido

Contenido.....	i
Resumen.....	ii
Introducción.....	iii
Capítulo I: Problema de investigación	1
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos generales y específicos.....	3
1.4. Justificación del estudio.....	4
1.5. Limitaciones del estudio.....	5
1.6. Aspectos éticos.....	5
Capítulo II: Marco teórico.....	6
2.1. Antecedentes de la investigación.....	6
2.2. Marco teórico	9
2.3. Definición de términos básicos.....	22
Capítulo III: Hipótesis y Operacionalización de variables	23
3.1. Hipótesis general.....	23
3.2. Identificación de variables	23
3.3. Operacionalización de variables.....	24
Capítulo IV: Metodología de la investigación	25
4.1. Tipo de estudio.....	25
4.2. Población y muestra	25
4.3. Métodos de selección.....	27
4.4. Técnica y recolección de datos.....	27
4.5. Procedimiento de recolección.....	29
4.6. Análisis de datos.....	30
Capítulo V: Resultados Discusión y Análisis	32
Capítulo VI: Discusión y Comentarios	42
Capítulo VII: Conclusiones.....	44
Capítulo VIII: Sugerencias.....	45
Referencias Bibliográficas.....	46
Anexos	48

Autor: Frank Fred. Carrillo pino.

“DEPRESION EN GESTANTES QUECHUA HABLANTES A TRAVÉS DE LA ESCALA DE EDIMBURGO, ADAPTADA AL QUECHUA, EN EL DISTRITO DE LAMAY, JULIO-2013”

Introducción: En julio-2013, un 19,4% de gestantes en el distrito de lamay presentaron depresión, representando alto riesgo de morbi-mortalidad maternainfantil, además de traer repercusiones conductuales y cognitivas para el nuevo ser. Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión en gestantes quechua hablantes a través de la escala de Edimburgo adaptada al Quechua en el distrito de Lamay e identificar la relación con los factores sociodemográficos.

Métodos: Estudio descriptivo-observacional, realizada en el distrito de Lamay, Cusco-Perú, durante julio-2013. Se identificó aleatoriamente 108 gestantes entre primigestas y multigestas, cuyos datos fueron obtenidos del centro de salud de Lamay; a quienes se aplicó el Test de Edimburgo previamente adaptada al quechua, para identificar sus características clínicas y riesgos relacionados. Para el análisis, calculamos prevalencias, Chi cuadrado(χ^2), valor de p 5%.

Resultados: Se estudiaron 08 factores sociodemográficas relacionadas a depresión. Dos factores sociodemográficos influyen en la depresión gestacional, la edad, y el periodo gestacional.

Al realizar la valoración del instrumento, para el punto de corte de 8,7 se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,803 para 9 ítems de dicho Test, siendo el ítem 10 la que muestra menor carga factorial.

Conclusiones: No se encontraron deferencias significativas entre el grupo de primigestas y multigestas, lo que podría deberse a la gran cantidad de expectativas que se depositan en torno al primer embarazo. Existe una tendencia a una depresión leve cuando se trata del primer embarazo, la que aumenta en el segundo y disminuye nuevamente a partir del tercer embarazo para adelante. La EPDS adaptada al quechua tiene una buena capacidad para discriminar entre pacientes con y sin depresión. Cuanto más alto sea el punto de corte que se tome en cuenta para definir un diagnóstico, la sensibilidad de una escala tiende a disminuir y su especificidad a aumentar, el punto de corte optimo es el que proporciona el Máximo de especificidad con el mínimo perjuicio en la sensibilidad.

Palabras Clave: Depresión, Gestación, Adaptación

Authors: Frank Fred. Carrillo pino.

"DEPRESSION IN PREGNANT Quechua SPEAKERS THROUGH THE SCALE OF EDINBURGH, QUECHUA ADAPTED IN THE DISTRICT LAMAY, JULY 2013"

Introduction: In July, 2013, 19.4% of pregnant women in the district of lamay presented depression, representing high risk of morbidity and mortality maternainfantil, besides bringing behavioral and cognitive implications for the new being. Objective: To determine the prevalence of depression in pregnant Quechua speakers through Edinburgh scale adapted to Quechua in the district of Lamay and identify the relationship with sociodemographic factors.

Methods: A descriptive, observational, held in the district of Lamay, Cusco, Peru, in July, 2013. We identified 108 randomly between primiparous and multiparous pregnant women whose data were obtained from the health center Lamay, who applied the Edinburgh Test Quechua previously adapted to identify clinical characteristics and risks. For the analysis, we calculated prevalences, Chi square (x²), P-value 5%.

Results: We studied 08 sociodemographic factors related to depression. Sociodemographic factors influencing both depression gestational age and gestational period. The measurement of the instrument, for the 8.7 cutoff yielded, Cronbach's alpha 0.803 for 9 items of the Test, with item 10 which factor loading smaller sample.

Conclusions: We found no significant deference between primiparous and multiparous group, which could be due to the large amount of expectations placed around the first pregnancy. There is a tendency to a slight depression when it is the first pregnancy, increasing in the second and decreases again after the third pregnancy to later. The EPDS adapted to Quechua has a good ability to discriminate between patients with and without depression. The higher the cutoff is taken into account to define a diagnosis, the sensitivity of a scale tends to decrease and specificity increase, optimal cutoff point is one that provides the maximum specificity with minimal damage in sensitivity.

Keywords: Depression, Pregnancy, Adaptation

INTRODUCCIÓN

La problemática de la salud mental y la salud materna han sido reconocidas recientemente por el Instituto Nacional de Salud como prioridades de investigación en el Perú, no obstante los patrones de salud y enfermedad en la población andina tienen particularidades manifiestas que aún siendo poco conocidas han sido reconocidas por la psiquiatría intercultural, la sociología médica y la antropología, diferencias que podrían dificultar su estudio con herramientas desarrolladas en países con distinta realidad e idiosincrasia.

Existe por lo tanto carencia de instrumentos de evaluación clínica e investigación para problemas de salud mental en la población andina traducidas para ser administradas en quechua y que cuenten con adaptación cultural.

Esta carencia es aún más crítica en el caso de grupos específicos como las pacientes gestantes agravando la dificultad en accesibilidad cultural a los servicios de salud.

El presente trabajo busca disminuir la brecha en el conocimiento de la depresión en la gestante de la región andina en general y en la embarazada quechua hablante en atención primaria en particular para poder comprender mejor sus particularidades culturales a través de una herramienta diagnóstica desarrollada para este estudio y que pueda servir en el futuro como herramienta de tamizaje. Conocer más la realidad de la salud mental materna permitirá también iniciar medidas para abordar de mejor manera este problema antes postergado.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1.- DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.-

Los desórdenes mentales durante la gestación son causa común de morbilidad psiquiátrica, pero son raramente diagnosticadas y tratadas en nuestro medio.

El reconocimiento y tratamiento precoz es importante para evitar el impacto negativo en el binomio madre-niño. (1)

Los hijos de madres con trastornos depresivos muestran alteraciones en la conducta y/o déficit cognitivos durante la infancia, lo cual puede prevenirse con el tratamiento oportuno de la madre.

La presencia de trastorno depresivo mayor, con frecuencia abreviado o llamado simplemente como depresión, durante el embarazo, incrementa en forma importante la morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el producto del embarazo asociándose a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal o el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, sustancias ilegales) y constituyendo un factor de riesgo para intentos de suicidios y suicidio consumados.(1)

Los desórdenes depresivos afectan al menos al 20% del sexo femenino y 12% de los hombres en algún momento durante su vida, siendo las mujeres doblemente susceptibles a sufrir depresión, y los síntomas generalmente se incrementan con la edad. Si bien los trastornos afectivos constituyen el segundo desorden más común dentro de las enfermedades mentales en todo el mundo, estimando la Organización Mundial de la Salud (OMS) que para la tercera década de este milenio sean la segunda causa general de discapacidad. (1)

El trastorno depresivo durante la gestación se ha estudiado muy poco en el Perú y el resto de Latinoamérica.

Por tratarse de un estudio que aborda un tema nunca antes desarrollado en nuestro medio la fundamentación de la existencia del problema a nivel local se hizo de manera indirecta basándose en estudios como el de Betalleluz y Quiróz "Síndrome de tristeza post parto" o "Blues" que encontraron un 34,44% de depresión en púerperas de la ciudad de Cusco encontrando varios factores psicosociales, socioeconómicos, familiares y físicos asociados muchos de ellos presentes durante todo el embarazo o antes y cuyas recomendaciones enfatizan el estudio de los factores psicológicos en el embarazo. (2)

En nuestro medio regional y local no existen estudios que aborden el problema de la depresión en gestantes por lo que no tenemos datos de su incidencia.

Los resultados cuantitativos de la investigación permitirán establecer programas más eficaces de intervención temprana.

Se debe realizar más estudios al respecto estandarizando los instrumentos a usar así como los objetivos para evitar datos tan variados.

En la revisión se observa que la escala más indicada es la Escala de Edimburgo (EPDS) ya que no contempla síntomas somáticos propios del embarazo. (1)

El eje fundamental de este trabajo está basada en la evidencia de aquellas madres depresivas durante la gestación que presentan un menor apego hacia sus hijos al manifestar conductas afectivas negativas y disfóricas durante la interacción con sus hijos, a su vez éstos presentan mayor irritabilidad se muestran más tensos que los hijos de aquellas madres que no presentaron depresión durante su gestación, lamentablemente no tenemos estudios documentados, siendo nuestra única fuente las experiencias vividas de los diferentes estudiantes y pasantes del internado rural y de la pasantía de pediatría de nuestro medio regional.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.-

Problema General:

¿Cuál es la prevalencia de depresión en gestantes quechua hablantes a través de la escala de Edimburgo adaptada al idioma quechua, en el distrito de Lamay Junio-2013?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.-

Objetivo General:

Medir la prevalencia de depresión en gestantes quechua hablantes a través de la escala de Edimburgo adaptada al quechua en el distrito de Lamay i su relación con los factores sociodemográficos.

Objetivos Específicos:

- 1) Desarrollar una versión adaptada de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo para el idioma quechua variedad meridional.
- 2) Estimar la prevalencia de depresión durante el embarazo en pacientes atendidas en el distrito de Lamay medida a través de la versión de la escala de Depresión Postnatal de Edimburgo adaptada al quechua.
- 3) Determinar la relación de los factores sociodemográficos y la depresión.

1.4. JUSTIFICACIÓN.-

Los trastornos depresivos son una causa importante de discapacidad entre mujeres. Además de los costos humanos y económicos de la depresión materna, los niños hijos de madres con depresión están en mayor riesgo de problemas de salud, desarrollo y comportamiento aunque la mayor parte de investigación se ha hecho en países desarrollados se cree que la tasa de depresión materna es mayor en países en vías de desarrollo donde vive el 90% de la población infantil a nivel mundial.(3)

El desarrollo del presente trabajo de investigación durante el embarazo pretende identificar precozmente a la gestante con depresión en una etapa en la que se puede tener un mayor grado de intervención y seguimiento a través de los distintos controles prenatales y la consejería psicológica y/o derivación a profesionales médicos de salud mental.

La salud materna y la salud mental son actualmente dos líneas de investigación promisorias consideradas dentro de las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2010-2014.

En el Perú, la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) ha sido validada, inicialmente durante el posparto. En la población gestante, la EPDS ha sido validada en múltiples países desarrollados y en vías de desarrollo encontrándose que existe una ligera mayor especificidad y sensibilidad por parte de la EPDS con respecto a la BDI-II (Inventario De La Depresión De Beck), en relación a la entrevista clínica. El grupo de Lam demostró la utilidad de EPDS para la depresión durante la gestación en Lima. (4)

Existe carencia de herramientas diagnósticas en idioma Quechua que cuenten con una traducción equivalente con adecuación cultural. La antropología médica y la sociología han encontrado particularidades en la idiosincrasia de la población andina y sus conceptos de salud-enfermedad, características que también se ven reflejadas en sus creencias respecto al embarazo, salud sexual y reproductiva y que necesitan el desarrollo de cuestionarios apropiados para conocerlos mejor.

Cusco cuenta con instituciones como la Academia Mayor de la Lengua Quechua que cuentan con el aval para desarrollar una versión traducida equivalente de la escala de Edimburgo con adecuación cultural en el marco de una adecuada coordinación.

Con este fin se presenta la encuesta adaptada, traducida y validada por expertos en materia de evaluación del campo psiquiátrico y del idioma quechua.

Al tratarse la depresión de una patología prevalente en un escenario de salud primaria con gran afluencia de pacientes como el del (Centro de Salud) C.S Lamay es adecuado para su estudio.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.-

Al tratarse de un estudio de corte transversal se deja abierta la posibilidad de que algunas mujeres arrastren la depresión desde antes del embarazo sin percatarse de ello al momento de responder el cuestionario.

Pacientes en circunstancias particulares como madres adolescentes, añosas, gran múltiparas o de alguna condición que comprometa su salud no considerada Alto Riesgo Obstétrico podrían no representar al común de la población. Las pacientes gestantes que no acuden a controles obstétricos no estarían representadas en este estudio.

Una limitación del presente trabajo es que al tratarse de un estudio de corte transversal no se podrá definir con total certeza los factores causales de depresión materna por no contar con una medición basal del estado de ánimo materno antes del embarazo que pueda junto a los criterios de Bradford Hill definir a las posibles causas.

Se considera que el presente trabajo es viable de realizar en el tiempo previsto pues se cuenta con el apoyo del C.S de Lamay.

1.6. ASPECTOS ÉTICOS.-

Todos los participantes fueron informados de los objetivos del presente trabajo utilizando un lenguaje claro y utilizando terminología socioculturalmente aceptado por la población en estudio, se considera que el presente estudio tiene mínimo riesgo para las pacientes, por lo que se mantendrá en estricta reserva la información de las pacientes que sólo será manejada por el investigador. Para lo cual firmaron o dejaron huella digital de su *consentimiento informado*.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.-

Espíndola y col (Mexico 2004), en su estudio titulado " Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Postnatal de Edinburgh, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional De Perinatología ", con el objetivo de calibrar el instrumento de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS) y determinar el punto de corte que muestre el mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad, para las pacientes que cursan el segundo y tercer trimestre de la gestación en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer). Se llevó a cabo una investigación en la consulta externa del INPer, en 264 pacientes, entre las semanas 13-40 de gestación, que aceptaron participar. Se aplicó la EPDS, así como la Escala de Automedición de la Depresión de Zung (EAMD). Los datos se analizaron utilizando estadística descriptiva e inferencial. En relación con el punto de corte, se obtuvieron valores de 0.74 de sensibilidad y 0.83 de especificidad para un puntaje mayor o igual a 14, siendo éste el de mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad. La confiabilidad de los puntajes, obtenida mediante alfa de Cronbach fue de 0.8454, similar a los obtenidos en investigaciones previas. Se encontró que la prevalencia de probable depresión perinatal tomando en cuenta el punto de corte 14 en la EPDS y 44 en la EAMD, corresponde al 18.5%. Se concluye que la EPDS demostró ser un instrumento confiable y válido para la detección de probable depresión perinatal.(5), Por ser un estudio que refiere probabilidad de depresión se le considera a estos dos instrumentos con pobre eficacia.

Campo-Arias A y col (Cartagena Colombia 2007), en su estudio metodológico titulado " Escala de Edinburgh para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia", con el objetivo de determinar la consistencia interna y la estructura de factores de la escala de Edinburgh para depresión posparto en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia se diseñó un estudio de validación de un instrumento de tamizaje sin patrón de oro (metodológico), de la escala de Edinburgh para depresión posparto con 200 mujeres gestantes letradas entre 18 y 42 años, con un promedio de 24,3 años (DE = 5,2), residentes de estrato económico bajo que asistían a consulta externa en una clínica pública de maternidad en Cartagena. Se determinó consistencia interna (alfa de Cronbach) y la estructura factorial de la escala (análisis factorial exploratorio). La escala mostró una consistencia interna de 0,78, una estructura tridimensional (ánimo deprimido, anhedonia y desesperanza y culpa) que explicaba el 59,9% de la varianza. Se concluye que el estudio muestra que la escala de Edinburgh para

depresión posparto posee una alta consistencia interna y una estructura tridimensional para el concepto de depresión en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia.(10)

Ceballos-Martínez I, Sandoval-Jurado L (Cancún, Quintana Roo México 2010), en su estudio titulado "Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicana", cuyo objetivo fue estimar la frecuencia de depresión en mujeres embarazadas, las características epidemiológicas y factores asociados, en una unidad de primer nivel de atención médica con un estudio transversal comparativo con una muestra de 220 embarazadas de 18 a 32 semanas de gestación. Se excluyeron aquellas con tratamiento psiquiátrico o depresivo en los seis meses previos al embarazo actual. Resultados: 6.4 % presentó depresión, una media de 26 años de edad y 21.4 % fue adolescente. La escolaridad máxima fue secundaria en 50 %, 71.4 % con nivel socioeconómico medio bajo, 21.4 % sin pareja, 35.7 % con depresión en la familia y 28.6 % con historia de tratamiento antidepresivo previo. Se concluyó que aun cuando en la población estudiada no existieron factores de riesgo como en una unidad de alta especialidad la frecuencia fue alta en comparación con población abierta, por lo que es importante realizar la búsqueda intencionada, principalmente en las mujeres que han cursado con algún evento depresivo que ameritara tratamiento, en las adolescentes embarazadas o con antecedente de hijos previos con peso bajo al nacer.(11)

Vega-Dienstmaier, J M; Mazzotti Suarez, G; Campos Sanchez, M(Lima, 2002); en su artículo titulado "Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo" (Lima 2002), el objetivo de este estudio fue validar la versión en español del Edinburgh Postnatal DepressionScale (EPDS) en mujeres peruanas con menos de 1 año de haber dado a luz. Se administró el EPDS y la entrevista clínica estructurada para el diagnóstico de depresión mayor según criterios de DSM-IV a 321 mujeres dentro del primer año de postparto. Encontrándose que el punto de corte óptimo para la población en estudio fue 13.5. La sensibilidad fue de 84.21% y la especificidad 79.47% para el diagnóstico de depresión mayor. Ninguna mujer con un score menor que 7.5 tuvo depresión mayor. El coeficiente de correlación entre el score EPDS y el número de criterios de síntomas para depresión mayor según el DSM-IV fue 0.4478. El coeficiente alfa de Cronbach fue 0.7043 concluyendo que la versión en español del EPDS tiene buen desempeño en mujeres peruanas.(6)

Luna Matos ML, Salinas J y Luna Figueroa A (Lima 2009), en su artículo titulado "Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú", cuyo objetivo principal fue determinar la prevalencia de depresión mayor durante el embarazo y establecer las características sociodemográficas y obstétricas de las embarazadas con depresión mayor atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, en un estudio descriptivo transversal de asociación simple. Se analizaron 222 gestantes de 16 a 42 años con bajo riesgo obstétrico que acudieron a la consulta externa entre el 2 de junio y el 28 de noviembre de 2006. Se les aplicó la escala de depresión de Edimburgo y un cuestionario sobre datos sociodemográficos y obstétricos. Se determinó la relación entre las variables según la presencia de depresión mayor mediante las pruebas de la χ^2 y de la Z. De las 222 gestantes estudiadas, 89 (40,1%) presentaron depresión mayor. Las mujeres casadas tendían a deprimirse menos; las que no planificaron su embarazo y que presentaron complicaciones durante su gestación tendieron a deprimirse más que sus pares. No se encontró que la edad, el número de hijos, la edad gestacional, el nivel educacional, los antecedentes 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.(12)

Lan N, Contreras H y col (Lima 2010), en su trabajo multicéntrico "Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes - Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008", cuyo objetivo fue: determinar las correlaciones y asociaciones de riesgo entre depresión y casos probables de depresión mayor según factores psicosociales. Estudio observacional transversal analítico en tres hospitales: Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" (HONADOMANI) y Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL con una muestra probabilística de 593 gestantes. Se utilizó la Escala de la Depresión de Edimburgo (EPDS) para medir depresión y casos probables de depresión mayor. Se halló un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.836 para EPDS. Estructura multidimensional de dos factores que explica el 54.67% de la varianza. La prevalencia de casos probables de depresión mayor de 34.1%. Según regresión logística, fueron factores asociados independientes para probable depresión mayor: antecedente de aborto, no planificación de embarazo y antecedente de violencia.(13)

BetalleluzPallardel JN y Quiroz Valdivia R (Cusco - 1996), en su artículo titulado "Síndrome De Tristeza Posparto Hospitalario en la Ciudad Del Cusco", cuyo objetivo fue determinar la incidencia de depresión postparto en mujeres que dieron a luz por parto vaginal en los tres hospitales de la ciudad de Cusco a través de un estudio prospectivo

llevado a cabo entre noviembre de 1995 y marzo de 1996 utilizando la Escala de Valoración de Depresión de Beck (EVDB), el Test de Autovaloración de Ansiedad de Zung (TAAZ) y un cuestionario con preguntas directas encontraron que de las 360 puérperas consideradas como el 34,44% presenta síndrome de tristeza postparto, manifestando el pico sintomático al tercer día. Destacan asimismo la presencia de factores socioeconómicos, psicosociales, familiares y físicos relacionados y recomiendan proseguir el estudio de la salud mental durante el embarazo (2)

2.2. MARCO TEÓRICO.-

2.2.1. DEPRESIÓN DURANTE LA GESTACIÓN:

Dentro de la clasificación de los trastornos mentales, la depresión se ubica como una alteración del estado de ánimo o un trastorno afectivo. El manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su versión IV, considera varios tipos de depresión, en función de la gravedad y cronicidad de sus manifestaciones sintomáticas (episodio depresivo, trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos depresivos no especificados). En el rubro de trastornos adaptativos, se consideran los "trastornos adaptativos" (agudos o crónicos) con estado de ánimo depresivo o mixto. Dicha entidad diagnóstica es claramente diferenciable de las otras entidades depresivas por su carácter de respuesta emocional a un factor estresante psicosocial, claramente identificable. (5)

El episodio depresivo mayor como cofactor, consiste en un periodo de al menos dos semanas, en las que existe un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer para casi todas las actividades. El sujeto debe experimentar además de los síntomas anteriores, al menos cuatro síntomas más, de una lista que incluye: cambios en el apetito o peso corporal; alteraciones en el sueño y la actividad psicomotora; falta de energía y sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida y/o intentos suicidas. Dicha sintomatología debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente, si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas deben mantenerse la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas consecutivas. El evento debe acompañarse de un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (5)

Como puede observarse, la depresión como episodio y como trastorno es una entidad clínica claramente delimitada que para su tratamiento y diagnóstico requiere de una cuidadosa evaluación de la sintomatología, anamnesis e historia del paciente. (5)

Como se sabe, los diversos medicamentos antidepressivos, en su generalidad, están contraindicados durante el embarazo y la lactancia. Por lo que, si una madre es mal

diagnosticada, será sometida a un tratamiento farmacológico innecesario, por lo que tendrá que suspender la lactancia de su hijo a cambio de un tratamiento injustificado. Ésta y otras razones, tales como la elevada prevalencia que se ha informado de dicho diagnóstico en estudios en el mundo, hacen que este padecimiento deba ser estudiado en forma cuidadosa.(5)

La investigación acumulada en el devenir de la última década sugiere que los problemas de salud mental y, en especial la depresión durante la gestación, son factores de riesgo independientes que aumentan la morbilidad y la mortalidad tanto materna como fetal, asociándose en este último caso con problemas neurológicos y psiquiátricos en la infancia y la adolescencia.(4)

CUESTIONARIOS PARA EVALUAR LA DEPRESIÓN GESTACIONAL:

La Sociedad Americana de Ginecología y Obstetricia sugirió que en los centros encargados de velar por la salud materno-perinatal, durante la consulta prenatal, se debería prestar especial atención al tamizaje de las mujeres gestantes con este tipo de trastorno. Para ello se propuso la utilización de los cuestionarios autoaplicables (CA) que, en el curso de cierto número de preguntas, evalúan la presencia de síntomas depresivos.(4)

En el Perú, la utilización de los cuestionarios autoaplicables (CA) no es usual en la práctica médica, pero sí en la investigación, ya que desde hace algunos años ha sido sumado a los aportes científicos extranjeros, demostrando la importancia de considerar a la depresión gestacional como lo que es, no un traspié del 'ser psicológico' sino un desorden multicausal, de causa eminentemente biológica (epigenética) y social (cinética) y por tanto psíquica consciente, con consecuencias para la madre como para el ser humano en formación. Recordemos que, como plantea la teoría psicobiológica dialéctica, la vida empieza en la concepción y no en el nacimiento, al mismo tiempo que es síntesis de múltiples determinaciones.(4)

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo y/o el postparto es importante por su morbimortalidad, consecuencias y posibles complicaciones, lo que ha llevado a que en los últimos años se haya intentado optimizar el diagnóstico y proveer tratamientos tempranos y eficientes para estos. Al respecto, se han diseñado varias escalas para el tamizaje de esta patología, entre las cuales se encuentra la escala de depresión posparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal DepressionScale, EPDS); es importante tener presente que la (Edinburgh Postnatal DepressionScale, EPDS), EPDS es un método de pesquisa para la depresión posparto, siendo el "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" DSM-IV el método más exacto para el diagnóstico de esta entidad clínica. Según este último, el especificador de inicio en el posparto debe ser realizado a los trastornos que

se inicien durante las cuatro semanas posteriores al parto y puede realizarse a episodios depresivos mayor, maniaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve(1)

Para que un cuestionario auto aplicable (CA) pueda ser utilizado en población gestante debe demostrar cierto grado de validez como instrumento. Los únicos instrumentos validados en el campo de la salud mental perinatal son la Escala De Depresión Postnatal De Edimburgo (EPDS) y el inventario de la depresión de Beck (BDI-II).(4)

En el Perú, la Escala De Depresión Postnatal De Edimburgo (EPDS) ha sido validada por Vega el 2002 (6) inicialmente para el posparto. En la población gestante, la Escala De Depresión Postnatal De Edimburgo (EPDS) ha sido validada en Estados Unidos, en Francia, en Nigeria y en el Reino Unido. Recientemente, en un estudio realizado en Taiwán, se validó conjuntamente las dos escalas, de lo cual se pudo confirmar la presunción planteada por Bennett y col.: existe una ligera mayor especificidad y sensibilidad por parte de la Escala De Depresión Postnatal De Edimburgo (EPDS) con respecto a la BDI-II, en relación a la entrevista clínica. (4) Lam y col demostraron que tanto la Escala De Depresión Postnatal De Edimburgo (EPDS) como el BDI-II tienen una consistencia interna alta, lo que sugiere que ambos CA son confiables y posiblemente válidos para ser utilizados en la identificación de episodios depresivos en la población gestante de Lima, Perú. (4)

En cuanto a la correlación entre ambos CA, existe una moderada correlación (coeficiente de correlación de Pearson 0,541), lo cual permite afirmar que para efectos de tamizaje de posibles episodios depresivos se puede utilizar cualquiera de ellos. Consideramos que el grado de correlación no es mayor debido a que uno de los cuestionarios (BDI-II) toma en consideración ítems somáticofísicos, es decir, posibles falsos positivos, mientras que el otro cuestionario (EPDS) no los toma en cuenta.(4)

Ítems utilizados en los dos únicos cuestionarios para la detección de síntomas depresivos en la población gestante.

Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS, 10 ítems)	Inventario de la depresión de Beck (BDI-II, 21 ítems)
1. Risa	1. Tristeza
2. Disfrute	2. Pesimismo
3. Culpa	3. Errores del pasado
4. Ansiedad	4. Pérdida de placer
5. Pánico	5. Sentimiento de culpa
6. Desesperanza	6. Sentimiento de castigo
7. Infelicidad	7. Disgusto por sí misma
8. Tristeza	8. Autocrítica
9. Llanto	9. Deseos o pensamientos suicidas
10. Ideación suicida	10. Llanto
	11. Inquietud
	12. Pérdida de interés
	13. Indecisión
	14. Inutilidad
	15. Pérdida de energía
	16. Cambios del patrón de sueño
	17. Irritabilidad
	18. Cambios en el apetito
	19. Dificultad de concentración
	20. Cansancio
	21. Pérdida del interés sexual

DISFORIA:

Etimológicamente significa malestar, es usado para referirse a una sensación de malestar general y más específicamente a un estado de ánimo depresivo, inestabilidad emocional acompañado de reacciones coléricas. (14)

Es un síntoma de la depresión por lo que el sujeto manifiesta pérdida de la alegría y tono vital. (15)

ANSIEDAD:

Reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias. (16)

Es un estado de desesperación constante, en la cual no vives o disfrutas los momentos presentes, pensando siempre en la actividad que tienes posteriormente. (14)

SENTIMIENTO DE CULPA:

La culpa es un sentimiento, una emoción cognitivizada basada en una emoción más básica: la vergüenza. (15)

La culpa es una vivencia psicológica que surge a consecuencia de una acción que causa un daño y que provoca un sentimiento de responsabilidad. También puede surgir por la omisión intencionada de un acto. (16)

IDEACION SUICIDA

Son aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinflingida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir. (14)

FALTA DE CONCENTRACION

Está definida cuando no se consigue de forma permanente desconectar de otros estímulos para dedicarse a una cosa concreta. (15)

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DE INSTRUMENTOS:

Cuando se utiliza un instrumento de medición, como una encuesta, no sólo debe asegurarse que dicho instrumento a utilizar sea confiable, sino que además sea válido en la población a investigar. Una de las grandes limitaciones que tenemos en nuestro medio es que muchos de los instrumentos relevantes para nuestro propósito de investigación están en otro idioma (generalmente en inglés). Por lo que aún, conociendo la confiabilidad y validez del instrumento en el país donde se desarrolló, para poder considerarlo un instrumento válido en nuestro medio, debe pasar por un proceso conocido como adaptación transcultural.(7)

La mayor parte de los instrumentos de medida de que disponemos en el ámbito de la salud han sido desarrollados inicialmente en otras lenguas, por lo que la preparación de versiones que puedan utilizarse de manera fiable en nuestro entorno cultural requiere que se siga un proceso que asegure la equivalencia conceptual con el instrumento original, pero que también garantice su aplicabilidad transcultural.(8) La adaptación de un instrumento incluye, por supuesto, su traducción, su adaptación cultural e idiomática y la comprobación de las características psicométricas de fiabilidad y validez. En contra de lo que pudiera parecer, este proceso de adaptación cultural de instrumentos de evaluación no suele ser bien conocido, y existe la falsa idea de que basta traducir un cuestionario para obtener una versión culturalmente adaptada.(8)

Este método comporta una serie de etapas que nos llevarán a una traducción fiel y válida del instrumento:

1. Traducción. La versión original, en la mayoría de casos en inglés o el español, será traducida al idioma de destino, en nuestro caso el quechua, por dos grupos de expertos. Cada grupo estará compuesto por dos traductores independientes. Uno de los grupos no conocerá el tema de estudio. Después de la correspondiente discusión, cada grupo realizará una traducción final. Este procedimiento permitirá la detección de errores y de interpretaciones divergentes de ítems ambiguos del instrumento original.(8)

2. Retro traducción o traducción inversa. Las dos versiones de la traducción al quechua serán retraducidas al idioma original, el español en este caso, por dos grupos de traductores independientes, distintos de los anteriores, y sin ayuda de la versión original. Estas retro traducciones serán comparadas con la versión original por expertos bilingües. Gracias a este procedimiento, se detectarán los posibles errores de adaptación al contexto cultural de la población en prueba (diana). (8)

3. Revisión. El objetivo de esta etapa es verificar la equivalencia intercultural de las versiones, en quechua y español, obtenidas en las etapas anteriores. Un comité pluridisciplinario comparará estas versiones. Es importante que los miembros del comité sean bilingües.(8)

La composición ideal del comité incluirá al equipo investigador, los traductores de la etapa preliminar, un lingüista experto y, si es posible, al autor del test original. A causa de las diferencias culturales o de expresión lingüística, ciertos ítems pueden ser difíciles de traducir. Las posibles divergencias se resolverán mediante técnicas estructuradas, como la descentralización. (8)

Este método da la misma importancia a la versión original y la versión traducida, es decir, que la escala de medida no está centrada en una de las lenguas. Durante esta revisión, es

posible modificar o rechazar ítems que el comité considere inapropiados. Incluso pueden generarse nuevos ítems. (8)

4. Pretest. El objetivo del pretest es determinar si los ítems que componen la versión experimental de la escala son claros y están redactados sin ambigüedades, con un lenguaje que se ajuste al de la población diana. Una muestra seleccionada de esta población responderá al cuestionario a fin de detectar los posibles errores o desviaciones de la traducción. Se pedirá a estas personas que señalen toda expresión o ítem ambiguo. Los ítems que resulten señalados regularmente deben ser reformulados. (8)

Gracias a este procedimiento, cada ítem de la escala se ajusta progresivamente y se obtendrá una versión traducida adecuada en concepto y expresión a la versión original.

La administración de la escala: La versión traducida se someterá a una población equivalente a la utilizada para construir la versión original, en la que la única diferencia sea su lengua. (8)

VALIDACIÓN DE CUESTIONARIOS Y ESCALAS: Características psicométricas de un instrumento

Evaluar las propiedades psicométricas de un instrumento es un criterio esencial para determinar la calidad de su medición. Las dos características métricas esenciales para valorar la precisión de un instrumento son la fiabilidad y la validez. (9)

La fiabilidad hace referencia al hecho de medir una variable de manera constante y la validez a que el instrumento mide lo que quiere medir. No todo instrumento que sea fiable es válido. Un instrumento puede ser fiable porque mide una variable de manera constante, pero inválido si no mide el fenómeno que quiere medir. (9) La sensibilidad y factibilidad son otras características métricas que también miden la validez de un instrumento. En la tabla se presentan las diferentes propiedades psicométricas que se pueden medir de un instrumento. La validación de un instrumento es un proceso continuo y dinámico que va adquiriendo más consistencia cuantas más propiedades psicométricas se hayan medido en distintas culturas, con distintas poblaciones y sujetos. (9)

Actualmente no existe una guía estándar para validar medidas de salud, sin embargo, se utilizan criterios diseñados en ciencias de psicología y educación. La manera de validar un instrumento varía según el tipo y objetivo del instrumento. Los instrumentos cuyo objetivo sea recoger información fáctica, relacionada con las acciones que llevan a cabo los sujetos, requerirán que se verifique la validez del contenido por expertos, en cambio, los instrumentos de medida cuantitativos, que valoran la importancia de una variable, requerirán verificar la validez de contenido analizando el concepto expresado en la variable considerada. (9)

CONCEPTO DE FIABILIDAD

Fiabilidad es la propiedad que designa la constancia y precisión de los resultados que obtiene un instrumento al aplicarlo en distintas ocasiones. La fiabilidad evalúa el grado de consistencia en que un instrumento mide lo que debe medir. Un instrumento es fiable cuando los resultados son comparables en situaciones similares.(9)

La fiabilidad se mide en grados y se expresa en forma de coeficiente de correlación que varía de 0, significando ausencia de correlación, a 1 que es una correlación perfecta.

Ningún instrumento presenta el máximo grado de correlación en las distintas situaciones, por ello es necesario determinar el grado de correlación aceptable. (9)

Según algunos autores, el margen aceptable para los coeficientes de fiabilidad se sitúa entre 0,7 y 0,9. Un coeficiente de fiabilidad alto es claramente deseable cuando las diferencias entre los sujetos son legítimas y esperadas; y esto es lo que suele suceder en los test psicológicos.(9)

No hay que olvidar que una fiabilidad alta no es sinónimo sin más de calidad porque puede faltar lo que es más importante, la validez.(9)

La fiabilidad se puede estimar por cuatro medios: la consistencia interna, la estabilidad, la equivalencia y la armonía interjueces. El método utilizado depende de la naturaleza del instrumento.(9)

La consistencia interna mide la homogeneidad de los enunciados de un instrumento indicando la relación entre ellos. Este método es el más utilizado para medirla fiabilidad de los instrumentos. (9)

Hay varias técnicas para medirla como son la fiabilidad mitad y mitad, el alfa de Cronbach y la técnica de Kuder-Richardson. El más utilizado es el alfa de Cronbach que mide la correlación de los ítems dentro del cuestionario valorando cómo los diferentes ítems del instrumento miden las mismas características.(9)

Se considera el indicador más idóneo porque da un único valor de consistencia y proporciona los datos de la técnica de la fiabilidad mitad y mitad. El rango del alfa de Cronbach oscila de 0 a 1.(9)

Valores elevados denotan una mayor consistencia interna. Según George y Mallery, el alfa de Cronbach por debajo de 0,5 muestra un nivel de fiabilidad no aceptable; si tomara un valor entre 0,5 y 0,6 se podría considerar como un nivel pobre; si se situara entre 0,6 y 0,7 se estaría ante un nivel débil; entre 0,7 y 0,8 haría referencia a un nivel aceptable; en el intervalo 0,8-0,9 se podría calificar como de un nivel bueno, y si tomara un valor superior a 0,9 sería excelente.(9)

La estabilidad mide la constancia de las respuestas obtenidas en repetidas ocasiones, en las mismas condiciones y con los mismos sujetos. La estimación de la estabilidad se puede obtener con la técnica del test-retest. El método es sencillo y fácil de realizar; consiste en utilizar el instrumento en una misma muestra de sujetos en distintas ocasiones y comparar

los resultados de ambos momentos. La determinación de los intervalos de tiempo entre las mediciones depende de los tipos de variables. Algunos autores sugieren un intervalo de dos a cuatro semanas en aquellos instrumentos que midan variables estables. Sin embargo, en los instrumentos que miden variables cambiantes, como son aspectos físicos y psicológicos, es más difícil de determinar el tiempo, porque los resultados pueden ser distintos aunque el instrumento sea estable.(9)

Para ello, se determina el intervalo de tiempo en el que se espera que no haya cambios en los sujetos que se evalúan.(9)

Otra limitación en esta técnica es que los sujetos en la segunda administración del Cuestionario puedan recordar las respuestas de la primera cumplimentación del mismo.(9)

Esto puede llevar a un coeficiente de correlación erróneo elevado. Por último, hay que tener en cuenta que los sujetos en la segunda administración puedan cumplimentarlo con menos atención que en la primera o no aceptan que se les administre el cuestionario en dos ocasiones. Estas limitaciones se tienen que tener en cuenta al utilizar esta técnica, sin embargo, no son un impedimento para aplicarla en aquellos instrumentos que se considere necesario medir la estabilidad. Para valorar la estabilidad mediante test-retest se puede usar el coeficiente de correlación de Pearson, de Spearman o el coeficiente de correlación intraclase (CCI). El coeficiente de Pearson, método estadístico paramétrico, se suele utilizar para medir la correlación entre dos variables cuantitativas, sin embargo, cuando las variables son nominales u ordinales está más indicada la correlación de Spearman-Brown. Estas correlaciones están basadas en el análisis de regresión lineal entre los ítems. El coeficiente de correlación intraclase (CCI), además, detecta el cambio de las puntuaciones y permite obtener un solo coeficiente a pesar del número de aplicaciones del cuestionario.(9)

La equivalencia es otra manera de medir la fiabilidad de un instrumento cuando se dispone de dos o más versiones del mismo test. Se mide el grado de correlación entre las versiones aplicándolas sucesivamente a los sujetos en un mismo tiempo. El resultado se obtiene correlacionando las puntuaciones de las dos formas paralelas del instrumento. Valores de correlación por encima de 0,8 reflejan que los instrumentos son equivalentes.(9)

La armonía inter jueces o armonización de las medidas de los diferentes observadores mide el grado de concordancia entre los resultados de dos o más observadores al medir las mismas variables o acontecimientos.(9)

Se utiliza cuando se quiere determinar la equivalencia de puntuaciones de diferentes sujetos al cumplimentar el mismo instrumento. Se puede realizar también con el mismo observador en dos ocasiones distintas. Habitualmente se obtiene calculando el coeficiente de correlación de Pearson o Spearman. Hay otras técnicas, para obtener la armonía inter jueces, como son el coeficiente de correlación Kappa, análisis de varianza, correlación intraclase, que podrían obtener resultados más fiables.(9)

Estos coeficientes deben alcanzar puntuaciones por encima de 0,5 y se recomienda llegar a 0,7 para que sean consistentes.(9)

CONCEPTO DE VALIDEZ

La validez explora en qué grado un instrumento mide lo que debería medir, es decir aquello para lo que ha sido diseñado. La validez es una pieza clave tanto en el diseño de un cuestionario como en la comprobación de la utilidad de la medida realizada. Puede estimarse de diferentes maneras cómo son la validez de contenido, validez de criterios y validez de constructo.(9)

Cada una de ellas proporciona evidencias a la validación global del instrumento.

La validez aparente es una forma de validez de contenido que mide el grado en el que los ítems parecen medir lo que se proponen. Es el método más sencillo para medir la validez del instrumento. Se considera la parte del "sentido común" de la validez de contenido que asegura que los ítems del instrumento sean adecuados.(9)

Consiste en que algunas personas, expertas o no, digan si consideran relevantes los ítems incluidos en un instrumento. Cuantas más personas intervengan, mayor validez tendrá esta técnica. Medir la validez aparente es importante porque la aceptación de una escala por varias personas da consistencia a la hora de utilizarla. La validez de contenido es un método relevante sobre todo cuando se diseña un instrumento. (9) No es tan importante cuando el instrumento ya ha sido validado anteriormente y utilizado en distintos ámbitos. Sin embargo, cuando se traduce un instrumento a otro idioma, si se supone que los conceptos explorados cambian significativamente de una cultura a otra, puede ser conveniente volver a comprobar la validez aparente.(9)

La validez de contenido evalúa de manera cualitativa si el cuestionario abarca todas las dimensiones del fenómeno que se quiere medir, ya que se considera que un instrumento es válido en su contenido si contempla todos los aspectos relacionados con el concepto que mide. Para ello es necesario tener una idea clara de los aspectos conceptuales que se van a medir. Uno de los problemas que aparece al utilizar esta técnica es que no suele estar disponible un listado del contenido correcto del fenómeno que se va a medir y por lo tanto hay que establecerlo. Esto supone el riesgo de que no se incluyan todas las dimensiones. Los métodos utilizados para medir esta validez son: el método Delphi, el modelo de estimación de magnitud, el modelo Fehring y la metodología Q. En la tabla 1 se explica cada una de ellas. Estas técnicas se pueden utilizar individualmente o combinadas entre sí. En ocasiones es suficiente utilizar una de ellas.(9)

Validez de criterio es el grado de correlación entre un instrumento y otra medida de la variable a estudio que sirva de criterio o de referencia. Cuando hay una medida de criterio aceptada por investigadores del campo se le llama estándar o regla de oro y los nuevos

instrumentos que miden el mismo concepto se comparan con esa medida. Sin embargo, cuando no existen medidas previas que puedan considerarse como medida estándar, la validez de criterio se mide buscando otro instrumento que sirva de medida comparable.(9)

Este instrumento debe estar validado en el idioma que se está validando el nuevo instrumento. Hay dos formas de validez de criterio: la validez concomitante y la validez predictiva.

La validez concomitante mide el grado de correlación entre dos medidas del mismo concepto al mismo tiempo y en los mismos sujetos. Puede medir la correlación con el instrumento en global o de cada ítem. Esta técnica se utiliza también para seleccionar los mejores ítems de un instrumento y realizar las modificaciones en el instrumento que se está validando.(9)

Es importante estar seguro de que el instrumento utilizado como estándar ha sido validado y no solo reconocido como instrumento estándar por la frecuencia de su uso. En el caso de que no esté validado y exista otro instrumento que sí lo esté se utiliza como validez de criterio el que está validado. Esta validez concomitante se expresa por coeficientes de correlación. La validez predictiva mide el grado de correlación entre un instrumento y una medida posterior del mismo concepto o de otro que está estrechamente relacionado. Mide de qué manera un instrumento predice una evolución o un estado posterior. Por ejemplo, un instrumento que mide aptitudes en estudiantes que comienzan unos estudios puede servir para predecir un grado de éxito en el futuro. (9)

La validez de constructo se relaciona con la coincidencia de medida con otros instrumentos que midan la misma dimensión. Esta validez determina la relación del instrumento con la teoría y la conceptualización teórica. El proceso para medir la validez de constructo empieza definiendo una dimensión o tema, indicando la estructura interna de sus componentes y su relación teórica con otros instrumentos que midan la misma dimensión. Esto puede ser expresado como hipótesis indicando, por ejemplo, qué correlaciones deben tener con otros instrumentos, qué sujetos deben puntuar más alto o más bajo y qué otros resultados se pueden predecir de las puntuaciones. La validez de constructo es un proceso continuo que contribuye a entender mejor el constructo del instrumento y a realizar nuevas predicciones. Esta validez de constructo se explora especialmente cuando el diseño del instrumento se ha basado en una teoría. En otros procedimientos, la validez de constructo se puede verificar mediante estudios de validez convergente- divergente, de análisis factorial y de validez discriminante. (9)

La validez convergente se apoya en la hipótesis de que el instrumento que se valida correlaciona con otra escala de medida y examina si el instrumento se correlaciona con variables de otros instrumentos que deberían estar relacionadas con él. Las variables que se espera que no tengan relación se obtiene con la validez divergente, que se apoya en la

hipótesis de que el instrumento no correlaciona con otras escalas. Se podría decir que la validez convergente evalúa la sensibilidad y la divergente la especificidad del instrumento. Se miden con el método multi rasgo-multi método, de Campbell y Fiske, que emplea conceptos de validez convergente y discriminante.(9)

El análisis factorial es un análisis estadístico multi variante que reduce un conjunto de *variables interrelacionadas* en un número de variables comunes llamados factores. Por ejemplo, el análisis factorial de un instrumento que evalúa la calidad de vida puede reagrupar variables que evalúen aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Esta técnica se utiliza para distinguir las dimensiones subyacentes que establecen las relaciones entre los ítems del instrumento. Hay dos tipos de análisis factorial: el exploratorio y el confirmatorio.(9)

El exploratorio se utiliza cuando no se conocen previamente los factores definitorios de las variables y el confirmatorio cuando se parte de factores definidos "a priori" y se comprueba la adecuación de los mismos al constructo teórico. La interpretación de un factor se realiza examinando las cargas factoriales de los ítems que incluye. Representan la variabilidad de cada ítem explicada por cada factor. Algunos autores recomiendan tener en cuenta las cargas cuyos ítems muestren al menos un 15% de la varianza común con el factor. Para realizar esta técnica es necesario que exista correlación entre las variables del instrumento. Esto se suele realizar con el test de Bartlett, que indica que existe correlación entre las variables con lo que el análisis factorial tendría sentido; se considera adecuado con un nivel de significación menor de 0,05. El índice de Kaiser Meyer Olkim indica el grado de inter correlación de las variables; si es mayor de 0,7 se considera factible.(9)

La validez discriminante mide el grado de capacidad del cuestionario para distinguir entre individuos o poblaciones que se espera que sean diferentes. Por ejemplo, se puede esperar que los pacientes con dolor intenso tengan una calidad de vida peor que aquellos con dolor leve. Se puede estimar a través de diferentes métodos estadísticos como: multitrazo-multimétodo multivariante, test de Mann-Whitney, coeficiente de correlación.(9)

Concepto de sensibilidad La sensibilidad de un instrumento nos muestra la capacidad que tiene de detectar cambios en los atributos o sujetos evaluados después de una intervención. Está relacionada con la magnitud de la diferencia en las puntuaciones del sujeto que ha mejorado o empeorado y las que no han cambiado su situación. Se mide con el estadístico "tamaño del efecto" para evaluar la sensibilidad al cambio relacionando la media de las diferencias entre las puntuaciones antes y después de la intervención con la desviación estándar de la puntuación antes de la intervención. Es importante conocer en los instrumentos relacionados con la salud la diferencia mínima relevante para conocer la eficacia de los tratamientos. Esta característica también es importante para estimar el

tamaño muestral de un estudio, cuanto mayor sea la sensibilidad del instrumento menor será el tamaño de la muestra necesario.(9)

Concepto de factibilidad

La factibilidad mide si el cuestionario es asequible para utilizarlo en el campo que se quiere utilizar. Los aspectos que habitualmente se evalúan son: el tiempo que se requiere para cumplimentarlo, la sencillez y la amenidad del formato, la brevedad y claridad de las preguntas así como el registro, la codificación y la interpretación de los resultados. Esta característica es preciso medirla en distintas poblaciones para conocer si el instrumento es adecuado en sujetos en diferentes situaciones (5). Se obtiene mediante el cálculo del porcentaje de respuestas no contestadas, y el tiempo requerido para rellenarlo. La factibilidad también se puede medir evaluando la percepción del paciente respecto a la facilidad de usar el cuestionario, así como la percepción del profesional respecto a su utilidad en la práctica clínica.(9)

FILOSOFIA ANDINA

En primer lugar debemos señalar que denominamos mundo andino a la pacha, esto es, al espacio, tiempo y naturaleza, y los suyus, regiones, que se encuentran lo alto, los valles y contrafuertes de Los Andes donde con anterioridad a los Siglos X a. C. se desarrollaron una serie de culturas, con unas características. Entre tales características que la diferencian podríamos señalar: El universo se encuentra desde el principio en orden (cosmos), los andinos tienen una visión estética del mundo, el Dios Wiraqocha crea a los hombres en varias parejas, con distintos idiomas, y los envía a poblar las distintas zonas de Los Andes. Aquí, el hombre se esfuerza por la conservación de la armonía en las relaciones hombre-naturaleza. (17) El trabajo del varón y el alumbramiento de la mujer son la expresión más alta de júbilo, y finalmente que solamente existe el bien o lo bueno (allin) y no lo malo como ente real. (17) En lo social, la concepción del hombre es colectivista, (17) esto es que al interior de la sociedad sus miembros se encontrarán bien en la medida en que lo esté todo el conjunto.

Nuestra concepción del mundo es diferente a la concepción occidental, de la misma manera que nuestra racionalidad encierra conceptos muy diferentes a la occidental. (17) En tal sentido, siendo nuestra concepción del mundo distinta a la occidental, importado por los europeos al momento de la conquista también nuestros problemas tienen una particularidad que sólo nosotros debemos resolver, pero no todo debe quedar allí, debemos crear paradigmas que sustenten la explicación racional y fundada de nuestra realidad. (17)

Nuestra racionalidad, se sustenta en una concepción de la razón, que no es absolutamente teórica o teórica, como la occidental, el conocimiento racional andino es un concepto fruto de la experiencia, inferido por analogía y generalización. Las corrientes más próximas en la Teoría del Conocimiento serían el empirismo, el pragmatismo y el utilitarismo (17)

Características Psicométricas de un Instrumento.

			DESCRIPCION
FIABILIDAD	CONSISTENCIA INTERNA	Alfa de Cronbach	Mide el grado de correlación interna entre los ítems.
		Mitad y mitad	Compara las correlaciones entre las dos mitades de un instrumento
		Kuder-Richarson	Obtiene el grado de correlación entre variables dicotómicas
		Correlación internunciados	Obtiene el grado de correlación entre cada variable y la puntuación total
	ESTABILIDAD	Test-retest	Mide la constancia de las respuestas obtenidas en repetidas ocasiones con los mismos sujetos.
	EQUIVALENCIA		Determina la consistencia de las puntuaciones de los instrumentos
	ARMONIA INTERJUECES		Mide el grado de concordancia entre observadores que miden el mismo fenómeno.
VALIDEZ	VALIDEZ APARENTE		Determina el grado en que los ítems parecen medir lo que se proponen
	VALIDEZ DE CONTENIDO	Método Delphi	Método para obtener la opinión de un panel de expertos
		Modelo de estimación de magnitud	Determina la intensidad percibida de un estímulo físico o social.
		Modelo de Fehring	Explora si el instrumento mide el concepto que quiere medir con la opinión de un grupo de expertos.
		Metodología Q	Mide la validez de contenido con un grupo de expertos
	VALIDEZ DE CRITERIO		Mide el grado de correlación entre un instrumento y otra magnitud que mida el mismo criterio
		Concomitante	Mide el grado de correlación entre dos medidas del mismo concepto al mismo tiempo en los mismos sujetos
		Predictiva	Mide el grado de correlación entre la medida de un concepto y otro posterior del mismo concepto. Mide como un instrumento predice una evaluación.
	VALIDEZ DE CONSTRUCTO	Convergente-divergente	Mide si el instrumento correlaciona con variables esperables y no correlaciona con las que no se esperan
		Análisis factorial	Reduce un numero de variables a factores de variables para distinguir las dimensiones subyacentes que establecen las relaciones entre los ítems
Validez discriminante		Mide el grado del instrumento para distinguir entre individuos que se espera que sean diferentes.	
SENSIBILIDAD		Habilidad del instrumento para reflejar cambios en el estado de salud debido a una intervención conocida.	
		Mide si el cuestionario es asequible para utilizarlo en el campo que se quiere.	
FACTIBILIDAD		Porcentaje de respuestas, tiempo de cumplimentación, percepción de los pacientes y profesionales.	

2.2.3. Definición de términos básicos:

2.2.3.2. Depresión:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad.

La actividad está por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares.

Otra definición importante es la propuesta por el DSM IV, donde se detalla la Sintomatología de la depresión grave sosteniendo que:

Una persona tiene el síndrome de depresión clínica, si muestra por lo menos 5 de los siguientes síntomas de forma interrumpida y a lo largo de dos semanas incluyendo siempre el estado de ánimo deprimido o la disminución del placer o interés en cualquier actividad

2.2.3.3. Gestación:

para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo o gestación comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación).

CAPITULO III

HIPOTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1. HIPOTESIS GENERAL.-

Por tratarse de un estudio descriptivo no se ha considerado plantear la hipótesis de estudio.

3.2. IDENTIFICACION DE VARIABLES.-

3.2.1. Variables implicadas:

Depresión en gestantes.

Factores Socio Demográficos:

- edad.
- estado civil.
- grado de instrucción.
- ocupación.
- lugar de procedencia.
- paridad.
- tiempo de gestación
- Hijo deseado

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES IMPLICADAS	Definición conceptual	Naturaleza de la variable	Forma de medir	Indicador	Escala de medición	Procedimiento de medida	Expresión final	Definición operacional
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento en años hasta la fecha del estudio de la gestante	Cuantitativa	Directa	Años de edad	De razón	Pregunta directa.	¿Cuántos años tienes? Menores o iguales a 18 años. Mayores a 18 años.	La variable edad se expresará posteriormente en intervalos de años de acuerdo a la información en la ficha de recolección de datos.
Estado civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o convivencia, que establece ciertos derechos y deberes	Cualitativa	Directa	Condición con respecto al matrimonio o convivencia de pareja.	Nominal	Pregunta directa.	¿Está casada? a. Soltera b. Casada c. Viuda d. Divorciada e. Conviviente	La variable cualitativa nominal Estado civil corresponde a la respuesta a ¿Cuál es su estado civil?
Grado de Instrucción	Es el nivel más elevado de estudios reconocido por el estado realizado o en curso.	Cualitativa	Directa	Nivel Educativo más alto alcanzado por el participante culminados o en curso	Nominal	Pregunta directa.	¿Ha estudiado, hasta qué grado? a. Con instrucción b. Sin instrucción	La variable cualitativa nominal grado de instrucción corresponde a la respuesta a ¿Cuál es su Grado de Instrucción?
Ocupación actual	Actividad remunerada o no que ocupa el tiempo del paciente	Cualitativa	Directa	Actividad remunerada o no a la que se dedica el paciente actualmente	Nominal	Pregunta directa.	¿En que trabaja? a. Ama de casa b. Otros	La variable cualitativa nominal Ocupación actual corresponde a la respuesta a ¿Qué Ocupación tiene Ud.?
Lugar de Procedencia	Donde habitan en los tres últimos meses	Cualitativa	Directa	Lugar de domicilio actual	Nominal	Pregunta directa.	¿Dónde vive? Urbano Rural	Puesto de salud de su jurisdicción
Paridad	clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación	Cualitativa	Directa	Número de embarazos	Nominal	Pregunta directa.	¿Cuántos hijos tiene?	Definida por el número de gestaciones
Tiempo de Gestación	Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la implantación del huevo hasta el tiempo del estudio	Cualitativa	Directa	Semanas de gestación	Ordinal	Tarjeta de control prenatal	¿Cuanto tiempo de embarazo tiene? I Trimestre II Trimestre III Trimestre	Indica la semana de gestación
Hijo deseado	Planificación del embarazo.	Cualitativa	Directa	Aceptación de la gestación	Nominal	Pregunta directa	¿Querías tener a tu hijo? Si No	Gestación planificada y asumida por la pareja en forma responsable
DEPRESIÓN	Presencia de sintomatología depresiva durante la gestación evidenciable a través del EDPE	Cualitativa	Indirecta	Puntaje en el cuestionario EDPE adaptada al Quechua.	Nominal	Cuestionario EDPE	a) Si tiene depresión b) No tiene depresión	Puntaje mayor a 13 en la escala EDPE

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. TIPO DE ESTUDIO.-

El presente estudio fue de tipo Descriptivo, Transversal y Prospectivo pues de primera intención no se realizó una intervención terapéutica sobre la población de estudio hasta recabar la información del estudio. El enfoque de este estudio es cuantitativo.

Descriptivo- correlacional: Se hizo uso de medidas de tendencia central y otros descriptivos para representar las características de la población en estudio y su distribución haciendo análisis univariado inicialmente. Luego se reconocerán factores asociados a la presencia de depresión gestacional.

Transversal: Porque se estudió las variables simultáneamente, la recolección de datos se realizó en un solo momento: Julio-2013.

Prospectivo: Porque toda la información se recogió durante Julio 2013 después de planificada la investigación contándose con fuentes primarias desarrolladas para este fin exclusivamente.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño del estudio fue del tipo observacional, es decir no se realizó manipulación de las variables.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.-

4.2.1 Población:

Correspondió a todas las mujeres embarazadas que se atiendan en el centro de Salud Lamay y de las comunidades campesinas de su ámbito de referencia. Siendo de 300 pacientes gestantes en el distrito y comunidades de Lamay.

4.2.2 Muestra:

4.2.2.1. Cálculo de la muestra:

En ese caso el tamaño de la muestra, se demostró a través de la siguiente fórmula:

Tamaño muestral para una proporción en una población finita o conocida:

$$n = \frac{N * p * q * Z_{\alpha/2}^2}{d^2 * N + p * q * Z_{\alpha/2}^2}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra definida.

N = Tamaño de la población.

p = Proporción de éxito de la variable obtenida en un estudio anterior. (Prevalencia estimada)

q = Proporción de fracaso de la variable obtenida en un premuestreo.

d = Precisión del estimador de interés (en este, la proporción)

α = Nivel de significancia.

$Z_{\alpha/2}^2$ = Valor tal que $P(|Z| < z_{(\alpha/2)}) = 1 - \alpha$; Z es una variable con distribución normal

En tanto que

N = 300 pacientes gestantes en el distrito de Lamay.

p = 0.5

q = 0.5

d = 0.05 (error ofrece precisión estándar, sugerido por especialistas)

α = 0.05 (ofrece confianza en la investigación)

$Z_{\alpha/2}^2 = 1.96$ (se obtiene de la tabla normal)

Remplazando nuestros datos tenemos: **n = 108 pacientes**

Por consiguiente el estudio se realizó con una muestra de 108 pacientes en Lamay y comunidades, teniendo en cuenta las limitaciones de recursos con las que se puede enfrentar el proyecto, por lo que fue posible gracias al apoyo de los promotores de salud y personal técnico con dominio del quechua y conocedor de la zona en estudio. Las participantes fueron encuestadas aquellas que tuvieron dificultad en la lectoescritura, y participantes sin problemas de lectoescritura se le aplicó los cuestionarios auto-aplicables durante el periodo Julio2013.

Asimismo se realizó antes una primera prueba con 20 participantes bilingües quechua-español para comprobar la adaptación de la Escala De Depresión Postnatal De Edimburgo (EPDS).

UNIDAD DE ESTUDIO.- Gestantes que fueron atendidas en el centro de salud Lamay y los puestos de salud de Sayllafaya, Poques y Chumpe, que engloba diferentes comunidades.

UNIDAD DE MUESTREO.- Gestantes que cumplan los criterios de inclusión

UNIDAD DE ANÁLISIS.- Ficha de recolección de datos completa con el cuestionario EDPE

4.3. MÉTODOS DE SELECCIÓN.-

4.3.1. Criterios de inclusión:

Pacientes mujeres embarazadas que aceptaron participar en el estudio.

4.3.2. Criterios de exclusión:

Pacientes que no tenían antecedente de patología psiquiátrica o enfermedad gineco-obstétrica de alto riesgo.

4.4. TÉCNICA Y RECOLECCIÓN DE DATOS.-

Técnica: Se Utilizó la técnica de los cuestionarios auto aplicables (CA), en participantes con problemas de lectoescritura se aplicó los CA tipo encuesta.

Instrumentos de recolección de datos:

Ficha de recolección de datos e información demográfica del paciente.

Cuestionario EDPE (Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo) desarrollada por Cox que será inicialmente traducida, adaptada culturalmente al quechua versión que se aplicará inicialmente sobre un grupo de gestantes bilingües junto a:

Un pre test que fue aplicado al mismo grupo de mujeres gestantes bilingües quechua-español para comprobar su validez, confiabilidad y adecuación cultural.

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo explora los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo mayor o menor ocurrido solo de los 15 días anteriores a la aplicación de esta escala. Este instrumento consta de 10 preguntas y cada una tiene tres opciones de respuesta, con una puntuación de 0 a 3 puntos, que en su totalidad dan un intervalo de 0 a 30; si la puntuación obtenida es igual o mayor de 9 se considera que el sujeto cursa con depresión. El cuestionario es auto-aplicable y se contesta en presencia de personal de salud, cuya función es despejar las dudas derivadas del cuestionario. (11)

En cuanto a la correlación entre ambos CA, se puede ver que existe una moderada correlación (coeficiente de correlación de Pearson 0,541), lo cual permite afirmar que para efectos de tamizaje de posibles episodios depresivos se puede utilizar cualquiera de ellos. Consideramos que el grado de correlación no es mayor debido a que uno de los cuestionarios (BDI-II) toma en consideración ítems somático físicos, es decir, posibles falsos positivos, mientras que el otro cuestionario (EPDS) no los toma en cuenta.(4)

Mediante una hoja de datos se recabará información de los antecedentes gineco obstétricos, como edad gestacional al inicio del control prenatal del actual embarazo, gestaciones previas, antecedentes de parto vía vaginal o cesárea, productos con muerte perinatal, antecedentes heredofamiliares y sociodemográficos. La recolección de la información se llevó a cabo en un área de usos múltiples del centro de salud y puestos de salud destinada para tal fin, donde las pacientes tenían privacidad para responder a los cuestionarios auto aplicable.

Las pacientes en quienes se identificó depresión fueron reportados al Departamento de Psicología, donde fueron atendidas.

PROCEDIMIENTOS:

Esquema para el proceso de traducción, adaptación cultural y validación de la escala de Edimburgo:

Se fundamentó en los diferentes pasos de la adaptación de cualquier instrumento psicométrico que se realiza.

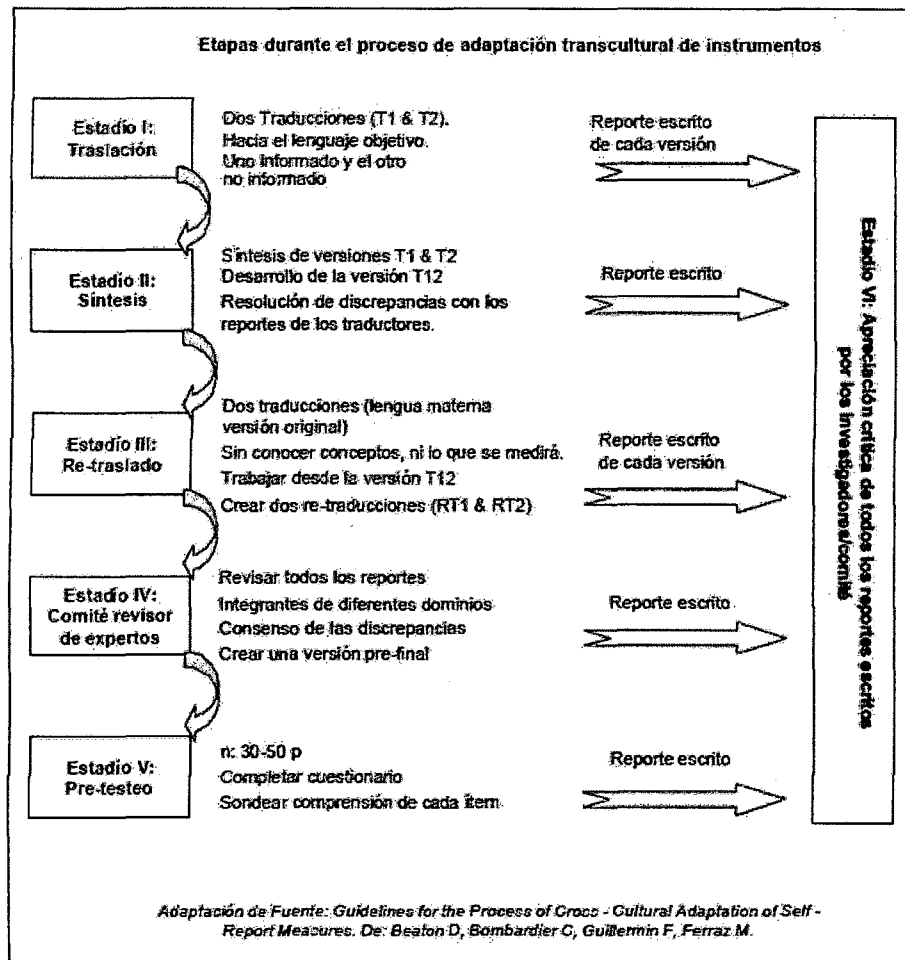
ESTADIO I	DOS TRADUCCIONES
TRASLACION	T1 INFORMADO T2 NO INFORMADO
ESTADIO II	SINTESIS DE VERSIONES T1 - T2
SINTESIS	DESARROLLO DE LA VERSION T12
ESTADIO III	DE T1-T2 SE OBTIENE
RETRASLADO	RT1-RT2
ESTADIO IV	
COMITÉ REVISOR DE EXPERTOS	REVISAR TODO LOS REPORTES INFORME PRE-FINAL
ESTADIO V	
PRETESTEO	SONDEAR COMPRESION DE CADA ITEMS

T1: Traductor informado, es decir del area de salud.

T2: Traductor no informado, es decir no tiene conceptos de salud.

RT1: Retrotraductor informado, conocedor del area de salud.

RT2:Retrotraductor no informado, indistinto al area de salud.



Se comprobó previamente si el grado de entendimiento de los ítems de la escala de Edimburgo traducida y adaptada al quechua para depresión en gestantes del Distrito de Lamay es adecuado para el contexto cultural de la población objetivo a través de una prueba piloto en 20 gestantes.

Determinación de las características psicométricas de confiabilidad y validez de la escala de Edimburgo traducida.

4.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN.-

El procedimiento de la aplicación y análisis de los cuestionarios auto-aplicables del Test de Edimburgo adaptado al Quechua se realizó en el Distrito de Lamay.

Al distrito de Lamay pertenecen los puestos de salud de Poques, Chumpe , Sayllafaya y Lamay, la unidad de estadística son las gestantes quechua hablantes con residencia mínima de 3 meses. Que no presenten riesgo obstétrico, y patología psiquiátrica de base.

El desarrollo de la investigación empezó con la obtención de datos generales sobre la gestante en estudio que nos permitió decidir una estrategia de aplicación del cuestionario, y 10 ítems del Test de Edimburgo adaptado al quechua cuyo objetivo fue la identificación de la sintomatología propia del Síndrome depresivo gestacional, en caso de que exista, o el rechazo de la ocurrencia del mismo.

La valoración de los ítems 1,2 y 4 presentan la puntuación de 0, 1,2 y 3 puntos por alternativa respectivamente.

La valoración de los ítems 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 presentan la puntuación de 3, 2, 1 y 0 puntos por alternativa respectivamente.

Los ítems 1, 2, 7,8 y 9 son indicadores de la Disforia.

El ítem 3 es un indicador del sentimiento de culpa.

Los ítems 4 y 5 son indicadores de la Ansiedad.

El ítem 6 es un indicador de la Falta de Concentración

El ítem 10 es un indicador que nos permite analizar la Ideación Suicida o autoagresión

4.6. ANALISIS DE LOS DATOS.-

1.- PROCESO DE ADAPTACIÓN CULTURAL DE LA ESCALA DE EDIMBURGO PARA LA REALIDAD DEL DISTRITO DE LAMAY.

FASE DE ADAPTACIÓN:

Se analizó las preguntas del constructo formuladas, realizando las modificaciones correspondientes del caso, para posteriormente aplicar una prueba piloto a 20 personas que fueron elegidas por conveniencia. Para realizar el análisis estadístico se deberá determinar la confiabilidad mediante la prueba de alfa de Cronbach. Para la validez del instrumento, se realizó la prueba estadística de Kaiser-Meyer-Olkin(K-M-O) y la prueba de esfericidad de Bartlett.

2.- PROCEDIMIENTO DE ANALISIS DE LA DEPRESIÓN EN GESTANTES

FASE DE APLICACIÓN:

Se revisó la ficha de recolección de datos de todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y que estén correctamente llenadas para su selección.

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó el programa Epiinfo. Los datos obtenidos se ingresaron a una base de datos en el programa estadístico SPSSv.20 para uniformizar los datos, colocar las variables en orden de frecuencia y poder compararlos.

Para el análisis univariado se utilizó estadísticos descriptivos; promedios y desviaciones estándar y sus respectivos intervalos de confianza en variables cuantitativas y las proporciones en cualitativas. Para las inferencias estadísticas se utilizó el Chi Cuadrado (χ^2) en variables cualitativas $p < 0.05$ para factores asociados de ser necesario; coeficiente de correlación de Pearson (variables cuantitativas) y Rho Spearman (Variables cualitativas u ordinales).

ANALISIS FACTORIAL-VARIMAX

El análisis factorial es un nombre genérico atribuido a una clase de técnicas estadísticas multi variantes cuyo principal objetivo es la definición de la estructura de una matriz de datos (18). El análisis factorial permite resolver el problema de las correlaciones existentes en un número de ítems que se complementa con la rotación de factores que es una herramienta importante redistribuyendo la varianza de cada ítems para obtener un patrón de factores denominada matriz de componentes rotados (18).

Para nuestro estudio se aplicó el método de Varimax para el análisis de la matriz de componentes rotados, este método considera significativo para una muestra de 100 observaciones una carga factorial de 0,5.

El primer análisis fue observar las cargas más elevadas, y poder agruparlas en tres grandes factores que nos dan una idea tridimensional de nuestro problema.

Alfa de Cronbach

Para evaluar la confiabilidad o la homogeneidad de las preguntas o ítems es común emplear el coeficiente alfa de Cronbach cuando se trata de alternativas de respuestas policotómicas, como las escalas tipo Likert; la cual puede tomar valores entre 0 y 1, donde: 0 significa confiabilidad nula y 1 representa confiabilidad total. El coeficiente α de Cronbach puede ser calculado por medio de la varianza de los ítems y la varianza del puntaje total (Hernández Sampieri et al, 2003). Para calcular el coeficiente de confiabilidad se usó el "COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH (α)" Córdova (2009).

CAPITULO V

RESULTADOS, DISCUSION Y CONCLUSIONES

5.1 RESULTADOS DEL PROCESO DE TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN CULTURAL.

Cuadro N°1

Pregunta Nro 1

EPDS	1. Atirani asikuyta imaymanapi sumaq kaynitapas qhawarani	1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
EPDS Traducido al Quechua	Huk.- Hasicuytan Atini , Allillanta Imatapas Kahuarini	1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
EPDS Adaptado al Quechua	Huk .- Hasicuni Atini , Allillanta Imatapas Kahuarini	1. ¿He podido reír y apreciar lo divertido de las cosas?

Pregunta Nro 2

EPDS	2. Naupaq pachata rikurani	2. He mirado el futuro con placer
EPDS Traducido al Quechua	Iskay.- Kusiskallam Naupacta Kahuarini	2. He mirado el futuro con placer
EPDS Adaptado al Quechua	Iskay.- Ancha Kusikuiwan Hamusqanta Qawarini	2.¿He disfrutado las cosas que hago?

Pregunta Nro 3

EPDS	3. Mana imapas allinta lloqsewaqtinmi huchachakuni	3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
EPDS Traducido al Quechua	Kinsa.- Juchaiwiu nirani mana imallamanta ruhuaskay mana allin llocsehuactin	3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
EPDS Adaptado al Quechua	Kinsa.- Juchaiwiu nirani mana imallamanta ruhuaskay mana allin llocsehuactin	3. ¿Me echado la culpa innecesariamente cuando las cosas han salido mal?

Pregunta Nro 4

EPDS	4. Munasharani yuyaywan yuyapakuspa ima	4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
EPDS Traducido al Quechua	Tawa.- Llaqui llaquiskam Kasiarani , maña imallamanta	4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
EPDS Adaptado al Quechua	Tawa.- Anchallakisqa Karani, Mana imamanta	4.¿Me he sentido preocupada y ansiosa sin una buena razón?

Pregunta Nro 5

EPDS	5. Manchakurani anchata mana imaymana kunamanta	5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
EPDS Traducido al Quechua	Pisqa.- Mancha manchaskam Kani, mana imallamanta	5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
EPDS Adaptado al Quechua	Pisqa.- Manchasqa Kani, mana imallamanta	5. Me he sentido asustada o en pánico sin una Buena razón

Pregunta Nro 6

EPDS	6. Ima imayma kuna ruwasqaywan anchata llakicuni	6. Las cosas me oprimen o agobian
EPDS Traducido al Quechua	Soqta.- Imapis llaquichihuanmi	6. Las cosas me oprimen o agobian
EPDS Adaptado al Quechua	Soqta.- Imaruwasqaypas Llaquichiwan	6. ¿He sentido que las cosas se me están viniendo encima?

Pregunta Nro 7

EPDS	7. Mana kusikuranichu, sasachakuymi karan	7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
EPDS Traducido al Quechua	Qanchis.- kcahuaykunim llaquiska manam puñuitapis atiranichu	7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
EPDS Adaptado al Quechua	Qanchis.- Qhahuakunim llaquiska manam puñuitapis atinichu	7. ¿He estado tan infeliz que tengo problemas para dormir?

Pregunta Nro 8

EPDS	8. Llakichiwankitaq mana samiyooq	8. Me he sentido triste y desgraciada
EPDS Traducido al Quechua	Pusaq.-Llaqui llaquiskam kani juchaypis kanam jinarac	8. Me he sentido triste y desgraciada
EPDS Adaptado al Quechua	Pusaq.-Llaqui llaquiskam kani juchaypis kanman hinarac	8. ¿Me he sentido triste o miserable?

Pregunta Nro 9

EPDS	9. Mana ancha kuisami kaqtiy waqasharani	9. He sido tan infeliz que he estado llorando
EPDS Traducido al Quechua	Isqon.-Llaquiskallam kasian wakallaranim	9. He sido tan infeliz que he estado llorando
EPDS Adaptado al Quechua	Isqon.-Llakisqan Kashani Wakashanitaq	9. ¿He estado tan infeliz que me he puesto a llorar?

Pregunta Nro 10

EPDS	10. Noqakikuypuni k irichakuyta yuyaychakurani	10. He pensado en hacerme daño a mí misma
EPDS Traducido al Quechua	Chunka.- Yuyapin Kirikuytam munarany , nokallatac	10. He pensado en hacerme daño a mí misma
EPDS Adaptado al Quechua	Chunka.- Yuyayniypin K'irikurani Noqallatac	10. Se me ha ocurrido la posibilidad de hacerme daño a mi misma

5.2 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y METODO DE DISTANCIA DE PUNTO MEDIO

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que fueron acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

5: Representara al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelto por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

4: Representara la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.

3: Significara una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada.

2: Representara una absolución escasa de la interrogante planteada.

1: Representaran una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.

Se solicitó a los expertos que marquen con un aspa (X) en la escala de valoración que figurara a la derecha de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.-

Validez a juicio de expertos, utilizando el método DPP (Distancia del punto medio).

PROCEDIMIENTO

1. Se constituyó la tabla adjunta, donde colocamos los puntajes por ítems y sus respectivos promedios, brindados por los cinco expertos en materia de quechua.

CUADRO N°.02

N° ITEM						PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	4	5	5	5	5	4,8
2	5	4	4	4	4	4,2
3	5	5	4	4	5	4,6
4	4	5	5	5	5	4,8
5	5	4	5	5	4	4,6
6	5	4	5	5	5	4,8
7	4	5	5	5	5	4,8
8	4	5	4	4	5	4,4
9	5	5	5	5	5	5
10	5	4	5	5	4	4,6

- 2.- Con los promedios hallados se determinó la distancia del punto múltiple (DPP) mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_{10})^2}$$

Dónde: X= valor máximo en la escala concedido para cada ítem.

Y= promedio de cada ítem.

DPP=

$$\sqrt{(5 - 4,8)^2 + (5 - 4,2)^2 + (5 - 4,6)^2 + (5 - 4,8)^2 + (5 - 4,6)^2 + (5 - 4,8)^2 + (5 - 4,8)^2 + (5 - 4,4)^2 + (5 - 5)^2 + (5 - 4,8)^2}$$

Si DPP es igual a cero, significa que el instrumento posee una adecuación total con lo que pretende medir, por consiguiente puede ser aplicado para obtener información.

Resultado: DPP = 1,6

- 3.- Determinando la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D (\text{máx.}) = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 1)^2 + \dots + (x_n - 1)^2}$$

Dónde: X= valor máximo en la escala concedido para cada ítem.

$$Y = 1$$

$$D (\text{máx.}) =$$

$$\sqrt{(5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2}$$

$$D (\text{máx.}) = 12.6$$

4.- La D (máx.) se dividió entre el valor máximo de la escala: Resultado: $12.6/5$
 $= 2.52$

5.- Con este último valor hallado se construyó una escala valorativa a partir de cero, hasta llegar al valor D máx., dividiéndose en intervalos iguales entre sí denominados de la siguiente manera:

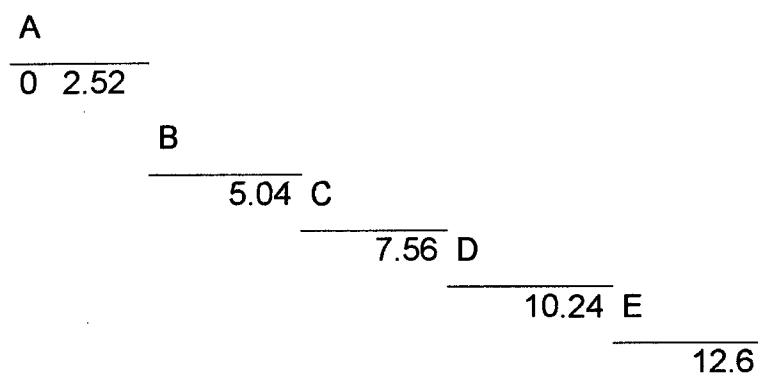
A= adecuación total

B= adecuación en gran medida

C= adecuación promedio

D= escasa adecuación

E= inadecuación



6.- El punto DPP que es de 1,16, se localizó en la zona A (que considera de 2.52 a 5.04).

CONCLUSION.-

El valor hallado del DPP en nuestro estudio fue de 1,16, cayendo en la zona A, lo que permite su aplicación.

CUADRO N°.03 ESTADISTICOS DESCRIPTIVOS

Cargas factoriales: Coeficientes básicos para la determinación del contenido conceptual de los factores en el análisis exploratorio. Ver anexo VII

	Media	Carga factorial.	Moda	Interpretación
1. ¿He podido reír y apreciar lo divertido de las cosas?	.53	.869	1	No tanto ahora
2. ¿He disfrutado las cosas que hago?	.81	.866	2	Definitivamente menos que antes
3. ¿Me echado la culpa innecesariamente cuando las cosas han salido mal?	1.69	.930	3	Si, la mayoría de las veces
4. ¿Me he sentido preocupada y ansiosa sin una buena razón?	1.94	1.241	3	Si, muy frecuentemente
5. ¿Me he sentido asustada o en pánico sin una Buena razón?	1.78	1.245	3	Si, muy frecuentemente
6. ¿He sentido que las cosas se me están viniendo encima?	1.75	.884	3	Si, casi siempre
7. ¿He estado tan infeliz que tengo problemas para dormir?	.94	.796	2	Si, a veces
8. ¿Me he sentido triste o miserable?	1.03	.756	2	Si, muy frecuentemente
9. ¿He estado tan infeliz que me he puesto a llorar?	.78	.712	1	Solo, ocasionalmente
10. ¿Se me ha ocurrido la posibilidad de hacerme daño a mí misma?	.22	.485	1	Rara vez.

Fuente Cuestionario auto aplicable Escala Edimburgo para Depresión en Gestantes, Lamay y Comunidades, julio 2013

5.3 RESULTADOS DE LA VALIDEZ DE CONSTRUCTO

CUADRO N°. 04 ANALISIS FACTORIAL DE LA ESCALA DE DEPRESION EN GESTANTES DE EDIMBURGO EN EL DISTRITO DE LAMAY, JULIO 2013

Matriz de componentes rotados^a

	Componente		
	1	2	3
1. ¿He podido reír y apreciar lo divertido de las cosas?	.869		
2. ¿He disfrutado las cosas que hago?	.866		
7. ¿He estado tan infeliz que tengo problemas para dormir?	.796		
8. ¿Me he sentido triste o miserable?	.756		
9. ¿He estado tan infeliz que me he puesto a llorar?	.712		
3. ¿Me echado la culpa innecesariamente cuando las cosas han salido mal?		.930	
6. ¿He sentido que las cosas se me están viniendo encima?		.884	
4. ¿Me he sentido preocupada y ansiosa sin una buena razón?			1.241
5. ¿Me he sentido asustada o en pánico sin una Buena razón?			1.245

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización por Varimax

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Varimax

Es el procedimiento ortogonal más utilizado, el mismo que trata de minimizar el número de variables que hay con pesos o saturaciones elevadas en cada factor

5.2 RESULTADOS DE LA CONFIABILIDAD

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

α : Coeficiente de confiabilidad de la prueba o cuestionario

k : Número de ítems del instrumento

S_t^2 : Varianza total del instrumento.

$\sum S_i^2$: Sumatoria de las varianzas de los ítems.

APLICANDO LA FORMULA

Con 10 elementos.

$$\alpha = \left(\frac{10}{10 - 1} \right) \left(1 - \frac{13,6}{30,9} \right) = 0,6156$$

Con 9 elementos.

$$\alpha = \left(\frac{9}{9 - 1} \right) \left(1 - \frac{8,30}{28,91} \right) = 0,803$$

CUADRO N° 05

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.615	10

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.803	9

PUNTO DE CORTE

CUADRO N°6

Resultados de los estudios de validación de la EPDS realizados en diversas partes del mundo.						
Estudio	Lugar/idioma	Punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Alfa de Cronbach	N° items
En nuestro estudio.	Perú-Quechua.	8.7	-	-	0.803	9
Cox et al 1987	Reino Unido	12.5	86.0	78.0	0.87	10
Harris et al 1989	Reino Unido	12.5	95.0	93.0	0.87	10
Murray Y Carothers et al 1990	Reino Unido	12.5	95.7	81.1	0.87	10
Boyce et al 1993	Australia	12.5	100.0	95.7	0.87	10
Jadresic et al 1995	Chile	9.5	100.0	80.0	0.87	10
Wickberg et al 1996	Suecia	11.5	96.0	49.0	0.87	10
Areias et al 1996	Portugal	9.0	71.0	89.0	0.87	10
Ghubash et al 1997	Arabe	10.0	65.0	84.0	0.84	10
Carpidiello et al 1997	Italia	9.5	100.0	96.0	0.87	10
Bergant et al 1998	Alemania	9.5	96.0	83.0	0.87	10
Lawrie et al 1998	Sud Africa	11.5	80.0	100.0	0.87	10
Lee et al 1998	China	9.5	82.0	76.6	0.87	10
Benvenuti et al 1999	Italia	8.5	94.4	86.0	0.79	10
Vega-Dienstmaier et al 2002	Perú	13.5	84.2	87.4	0.70	10

Fuente Cuestionario auto aplicable Escala Edimburgo para Depresión en Gestantes, Lamay y Comunidades, julio 2013

CUADRO N° 07

**Prevalencia de depresión en gestantes quechua hablantes del distrito de Lamay,
julio-2013**

DEPRESION		
	n	%
Sin depresión	87	80,6
Con depresión	21	19,4
Total	108	100,0

Fuente Cuestionario auto aplicable Escala Edimburgo para Depresión en Gestantes, Lamay y Comunidades, julio 2013

CUADRO N° 08

**FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS en gestantes quechua hablantes del distrito de
Lamay, julio-2013**

Factores Sociodemográficos	Chi cuadrado	Valor P	%	Interpretación
Edad	5,21	0,02	22,0%	Significativo
Gestación	3638,00	0,049	18,0%	Significativo
Número de Hijos	0,642	0,42	7,0%	No significativo
Estado Civil	0,74	0,86	8,0%	No significativo
Grado de Instrucción	0,745	0,39	8,3%	No significativo
Hijo Deseado	0,027	0,87	1,6%	No significativo
Convivencia con pareja	0,08	0,78	2,8%	No significativo
Ocupación	0,003	0,95	0,6%	No significativo
Procedencia	2955,00	0,09	16,5%	No significativo

Fuente Cuestionario auto aplicable Escala Edimburgo para Depresión en Gestantes, Lamay y Comunidades, julio 2013.

Nota: Los cuadros estadísticos comparativos los presentamos en el anexo XIII

DISCUSION

Es importante conocer primero el comportamiento psicométrico de una escala con una única aplicación y sin criterio de referencia (la consistencia interna y la estructura factorial), en diferentes poblaciones, dado que el comportamiento de las escalas varía de acuerdo con la población estudiada. Una aceptable confiabilidad y validez de una escala en una población determinada no garantizan un adecuado comportamiento en otro grupo con alguna otra característica distintiva y pueden invitar a que se hagan algunas modificaciones o adaptaciones para para conseguir un comportamiento comparable y aceptable.

En nuestro estudio realizamos tres etapas para conseguir adaptar nuestro instrumento, primero se llevó a cabo la traducción del Test de Edimburgo por dos expertos en materia de lectoescritura del idioma quechua, el primero de ellos era un traductor informado (**anexo II**) es decir conocedor de materia en salud, el segundo es un traductor no informado, que no tiene conocimientos de salud (**anexo III**), posterior a ello se llevó a cabo un primer reporte consensuado entre ambos traductores, para luego realizar el re traslado de este reporte al castellano (**anexo VI**) para poder observar el grado de variabilidad, fue realizado por los integrantes de la Academia Mayor de la Lengua Quechua, obteniendo ajustes semánticos como morfológicos lo cual conforma un segundo reporte que viene hacer nuestro pre test (**anexo IV**), la cual se aplica en un grupo piloto de 20 personas, para obtener una tercera versión (**anexo V**) ajustada a la cultura e idiosincrasia de la población en estudio. **Cuadro N°1**

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que fueron acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

- 5: Representara al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelto por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.
- 4: Representara la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
- 3: Significara una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada.
- 2: Representara una absolución escasa de la interrogante planteada.
- 1: Representaran una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.

Se solicitó a los expertos que marquen con un aspa (X) en la escala de valoración que figurara a la derecha de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.

El procedimiento de esta valoración por expertos primero se tuvo una media de cada ítem, en estudio, esta media es restada de su valor máximo, el resultado es elevado a su cuadrado para luego tener una sumatoria de los resultados y extraerle la raíz cuadrada dándonos el valor de la distancia de punto múltiple, en nuestro estudio fue de 1,6, luego se obtiene la distancia máxima, tomando el valor máximo de puntaje que viene hacer 5 y está restada del mínimo valor que es 1, para que estos resultados sean elevados a su cuadrado obteniendo una sumatoria, a la que se le extrae la raíz cuadrada que viene hacer 12,5, este es dividida entre el máximo puntaje que es 5, siendo el resultado de 2,52, con este valor se obtiene una escala valorativa en progresión aritmética hasta llegar al máximo valor que es 12,5', para nuestro estudio recae en el eslabón A que significa que nuestra valoración es adecuada. **Cuadro N°2**

En el **Cuadro N°3** se analiza cada ítem tomando énfasis en su carga factorial de cada una de ellas, tomando como mínimo valor aquellas que sean mayores o iguales a 0.5, en nuestro estudio los ítems 5,6 fueron las más significativas, en el otro extremo presentamos al ítem número 10 que solo nos brinda una carga factorial de 0,485 tomando una moda la alternativa 1 que significa rara vez.

Debido a que nuestro estudio no tuvo un patrón de oro se le puso mucha atención en el paquete estadístico del Alfa de Cronbach, la cual nos da el índice de la consistencia interna de nuestro instrumento que toma valores entre 0 y 1 y que sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando recopila información defectuosa y por tanto nos llevaría a conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes, el Alfa de Cronbach toma valores de 0 a 1 considerando una fiabilidad respetable a partir de 0,8, al aplicarlo en nuestro instrumento con los 10 ítems obtenemos un Alfa de Cronbach de 0.63, indicándonos que si se retira el ítem N° 10 nuestro Alfa de Cronbach toma valores de 0,8 por lo que se decide excluir el ítem N° 10 para nuestro estudio. **Cuadro N°5**

Según la prueba del alfa de Cronbach, los ítems relacionados significativamente con el diagnóstico de depresión son: llanto, capacidad para afrontar problemas, pánico, preocupación, culpa, tristeza e insomnio.

El ítem de autoagresión no fue significativo para este estudio.

Al realizar el análisis, los ítems que más aportan al diagnóstico, en orden descendente son:

Preocupación, capacidad para afrontar los problemas, pánico, llanto y optimismo.

Tres de los cuatro ítems que más aportan al diagnóstico de depresión son síntomas ansiosos como: preocupación, incapacidad para enfrentar problemas y pánico, lo cual

indica que la ansiedad es un aspecto predominante en la depresión gestacional. Esto coincide con el hallazgo de Vega-Dienstmaier.

Con todo esto no sugiero que se reduzca la escala eliminando el ítem de autoagresión o aquellas que no guardaron mucha asociación con el diagnóstico de depresión gestacional, sino más bien que se podría utilizar esta información para futuras modificaciones o adaptaciones en la manera de plantear estos ítems.

Para determinar la confiabilidad inicial de una escala se explora la consistencia interna, lo que se refiere a que los ítems que conforman la escala tienen adecuados niveles de correlación entre ellos. Si existe una adecuada consistencia interna, se considera que la escala es homogénea y sugiere indirectamente que los ítems tienen mucho en común. Para conocer los factores o dimensiones latentes en una escala homogénea se utiliza el análisis de factores. Los factores o dimensiones son, a su vez, pequeñas agrupaciones de los ítems de la escala dando lugar a la validez de constructo y esta evalúa hasta qué punto el indicador o la definición operativa mide el concepto. En nuestro estudio se agrupó en tres factores. **Cuadro N°4**

La validez predictiva del EPDS se evaluó sin presencia del Gold estándar debido a ser un trabajo nunca antes realizado, se encontró que la EPDS tiene una buena capacidad para discriminar entre pacientes con y sin depresión, en base a los valores promedio de la escala, su sensibilidad y especificidad y la creciente probabilidad de encontrar depresión a medida que las puntuaciones de la EPDS aumentan.

Cuanto más alto sea el punto de corte que se tome en cuenta para definir un diagnóstico, la sensibilidad de una escala tiende a disminuir y su especificidad a aumentar, el punto de corte óptimo es el que proporciona el Máximo de especificidad con el mínimo perjuicio en la sensibilidad; en nuestro estudio este punto de corte es 8,7.

Nuestro punto de corte permite una sensibilidad alta, es decir una puntuación de 0 a 7 nos da una elevada certeza de que una mujer no tiene depresión. **Cuadro N° 6**

Al realizar un análisis comparativo a los del estudio Vega-Dienstmaier JM encuentra una sensibilidad de 84,21% y una especificidad de 87,4%, el que más se aproxima a nuestro punto de corte es el estudio de Benvenuti quien toma un punto de corte de 8,5 con una sensibilidad de 94,4% y una especificidad de 86%.

En el **Cuadro N°6** se pueden comparar los resultados de los trabajos de validación de la EPDS realizados en otros países con los de nuestro estudio, aquí se observa que el punto de corte obtenido o utilizado varía entre 8,5(Italia), y 8,7; Estas discrepancias podrían deberse a diferencias culturales y de idioma, y a las distintas formas de definir "depresión" y de captar a las participantes. Considerando que los límites que se usan

en las clasificaciones para definir depresión mayor son arbitrarios y que en realidad el síndrome depresivo es una continuidad que va desde la casi total ausencia de síntomas hasta los cuadros afectivos más severos, no es lo mismo calcular sensibilidad y especificidad tomando directamente una población claramente deprimida y otra que definitivamente no lo está, en nuestro estudio se procedió a dividir la población en deprimida y no deprimida, en este último caso existirá una alta proporción de sujetos con niveles intermedios de depresión que aumentarían las discrepancias entre el diagnóstico según la escala y el obtenido en función de los criterios diagnosticados de referencia tal como el DSM IV. El valor predictivo positivo de la EPDS nos indica la probabilidad de que la participante presente depresión si es que su puntuación está por encima del punto de corte. Sin embargo, esto incluye un rango amplio de puntuaciones dentro del cual las probabilidades de depresión son distintas, por ejemplo, aunque el valor predictivo de la escala para las puntuaciones de 9 a 30 es 19,4 %, la probabilidad de tener depresión es distinta para una mujer con EPDS de 9 que para otra con puntuación de 30. Por esta razón sería útil saber la probabilidad de depresión para cada valor de la escala lo cual se muestra en el cuadro 16. Es importante tener en cuenta que esta probabilidad, así como el valor predictivo positivo, depende además de la prevalencia de depresión en la población

En el presente estudio se encontró una prevalencia de 19,4% de las gestantes del distrito de Lamay sufren algún grado de depresión, en un estudio realizado en Perú en el 2004 se encontró una prevalencia de depresión de 13,5% en mujeres con 32 semanas de gestación que vivían en la comunidad, mientras en otro estudio realizado en una sala de maternidad de Perú esta proporción fue de 17,0%. Estos porcentajes son mayores que los informados para la depresión postparto, que van de 8,1% a 9,1%. **Cuadro N° 7**

Uno de los indicadores principales al momento de evaluar si una persona sufre de depresión es si ésta surge sin razón aparente. Puede ser que una persona tenga una vida normal, sin mayores preocupaciones ni problemas; sin embargo, afirma sentirse triste, sin interés por las actividades que antes le motivaban e, inclusive, altera su vida cotidiana por completo.

La depresión afecta a cada gestante de una manera diferente. Muchas sólo reportan algunos de los síntomas, los que pueden variar en severidad y duración. Para algunas, tales síntomas se manifiestan en episodios; para otras persisten un largo periodo, el hecho de mostrar algunos síntomas de depresión no significa que una persona esté clínicamente deprimida

Con base en la afirmación previa, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de primigestas y multigestas, lo que podría deberse a la gran cantidad de expectativas que se depositan en torno al primer embarazo y al hecho de convertirse en madres. Se infiere lo anterior ya que los análisis realizados muestran que existe una tendencia a una depresión leve cuando se trata del primer embarazo, la que aumenta en el segundo y disminuye nuevamente a partir del tercer embarazo para adelante.

De igual manera, es importante recalcar que mientras que algunos teóricos consideran que la depresión es rara en las primigestas ya que los síntomas no se asemejan en su totalidad a la depresión en multigestas, otros mencionan que en esta etapa la depresión posee sus propias características, las cuales logran enmascarse con las conductas típicas de las primigestas adolescentes.

Al no haber diferencias significativas entre los grupos se realizó un análisis donde se encontró que las primigestas que padecían depresión de este tipo expresaron temor ante la reacción de su pareja por el embarazo, pero, por otra parte, se observó que el apoyo de la madre tiene gran importancia e influye de manera directa en el grado en que la mujer desarrolla sintomatología depresiva.

De igual manera, se observó que quienes mantenían una relación de pareja tendieron a desarrollar en mayor grado depresión leve.

Otros factores importantes que se encontraron a lo largo de este estudio fueron los siguientes:

Existe la tendencia de que a mayor edad de las mujeres, mayor es la gravedad de la sintomatología depresiva, la que disminuye con el paso del tiempo. **Cuadro N° 8**

En cuanto al grado de instrucción, el grado de depresión aumenta en proporción directa al grado de estudios, se plantea la hipótesis que en aquellas mujeres de comunidades pobres que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, con frecuencia ven la maternidad como una forma de aumentar su propio autoestima y poseer algo valioso.

Para muchas mujeres el embarazo puede ser una etapa muy positiva, mientras que para otras puede significar un periodo de angustia y depresión difícil de sobrellevar. Según Polaino-Lorente (2005), 10% de las mujeres embarazadas sufren depresión, especialmente entre la sexta y décima semanas de embarazo y durante la segunda mitad de la gestación, cuando el cuerpo se prepara para el parto y el nacimiento del bebé, se estima que la mitad de las mujeres que sufren de depresión durante el embarazo desarrollan depresión posparto.

El embarazo durante el periodo de la adolescencia se concibe como "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen"

Se toma como parámetro de edad 18 años, debido a que en diferentes estudios de depresión en gestantes embarazadas, toman como parámetro esta edad tal como se aplicó en el estudio de Patricia Martínez Lanz Universidad Anahuac México norte la misma que en nuestra realidad cuentan con apoyo materno tienen a presentar depresión leve.

Por otro lado, la coexistencia de síntomas depresivos y ansiosos es algo bastante común. Estudios epidemiológicos realizados en población general de Estados Unidos como el de Epidemiologic Catchment Area (ECA) y el National Comorbidity Survey (NCS), muestran una fuerte asociación, expresada mediante "odds ratios" entre trastornos afectivos y desordenes de ansiedad.

Esta coexistencia es explicada por el hallazgo de que existen determinantes genéticos comunes para el trastorno de ansiedad generalizada y depresión mayor respaldando la hipótesis de la enfermedad "pánico-depresiva"

Se debe tener en cuenta que el presente estudio posee limitaciones, como contar con participantes solo de estrato uno y dos, las que tienen menores grados de escolaridad y habilidades en lectoescritura y la falta de un patrón de oro para explorar otras propiedades psicométricas. Además se debe tener en cuenta que el comportamiento psicométrico de la escala puede variar significativamente por las características de la población.

Se concluye que la escala de Edimburgo para depresión gestacional para el distrito de Lamay para 9 ítems presenta adecuada consistencia interna y estructura factorial, para ser utilizada en la detección temprana de episodio depresivo mayor en la población de gestantes quechua hablantes.

CONCLUSIONES

1. Se desarrolló una versión adaptada de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo para el idioma quechua variedad meridional. La Escala de Depresión en gestantes de Edimburgo adaptado al Quechua tiene buena validez interna y de constructo en gestantes del Distrito de Lamay y sus comunidades.
2. La prevalencia de la depresión en gestantes de 16 a 41 años de las comunidades del Distrito de Lamay fue de 19,4% para el mes de julio del presente año.
3. El estudio encontró que la edad y la segunda mitad de la gestación son factores asociados y relacionados a la depresión dando valores estadísticos significativos.

CAPITULO VI

SUGERENCIAS

Dirigido a los profesionales de Salud en general.

- 1.-Lo más importante es realizar más estudios.
- 2.- Que todo gestante debe pasar por un control del test de Edimburgo
- 3.- Informar a la población en general la importancia de este estudio
- 4.- Evitar la exposición prolongada a los síntomas depresivos
- 5.-Realizar estudios multicéntricos de factores de riesgo de la depresión.
- 6.- Sugerimos el uso de esta escala para la identificación de depresión gestacional en nuestro medio, principalmente por parte de los gineco-obstetras.
- 7.- Teniendo en cuenta que en los hijos de mujeres con depresión tienen mayor riesgo de sufrir a largo plazo problemas conductuales, déficit cognitivo y de interacción social.
- 8.- La detección de depresión gestacional no sólo beneficiaría a la madre sino también al niño.
- 9.-Realizar estudios antropológicos de la ideología andina respecto a la autoagresión.
- 10.-Realizar un seguimiento estricto de intentos de suicidio o suicidio.

Referencias bibliográficas

1. Urdaneta M J, Rivera S A, García I J, Guerra V M, Baabel Z N, Contreras B A. Prevalencia de Depresión Posparto en Primigestas Y Multíparas Valoradas por La Escala de Edimburgo. Revista chilena de obstetricia y ginecología. enero de 2010;75(5):312–20.
2. Betalleluz Pallardel JR, Quiroz Valdivia R. Síndrome de tristeza postparto hospitalario en la ciudad del Cusco;. SITUA. marzo de 1997;(9):8–13.
3. Wachs TD, Black MM, Engle PL. Maternal Depression: A Global Threat to Children's Health, Development, and Behavior and to Human Rights. Child Development Perspectives. 2009;3(1):51–9.
4. Lam N, Contreras H, Mori E, Cuesta F, Gutiérrez C, Neyra M, et al. Comparison of two self report questionnaires for depressive symptoms detection in pregnant women. Anales de la Facultad de Medicina. 2009;70(1):28–32.
5. Espíndola Jg, Morales F, Mota C, Díaz E, Meza P, Rodríguez L. Calibración del punto de corte para la escala de depresión perinatal de Edinburgo, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. Perinatología y reproducción humana. septiembre de 2004;18(3):179–86.
6. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti Suárez G, Campos Sánchez M. [Validation of a Spanish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale]. Actas Esp Psiquiatr. abril de 2002;30(2):106–11.
7. Arribas A. Adaptación transcultural de instrumentos. Guía para el proceso de validación de instrumentos de tipo encuestas; Rev. Asoc. Med. Bahía Blanca. (Argentina) septiembre de 2006;16(3):74– 82.
8. Bravo M. Adaptación transcultural de instrumentos de medida relacionados con la salud. Enfermería clínica. 2004;14(2):102–6.
9. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? Anales del Sistema Sanitario de Navarra. abril de 2011;34(1):63–72.
10. Campo-Arias A, Ayola-Castillo C, Peinado-Valencia HM, Amor-Parra M, Cogollo Z. Escala de Edinburg para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. diciembre de 2007;58(4):277–83.

11. Ceballos-Martínez D, Sandoval-Jurado L, Jaimes-Mundo E, Medina-Peralta G, Madera-Gamboa J, Fernández-Arias YF. Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2010;48(1):71–4.
12. Luna Matos ML, Salinas Piélago J, Luna Figueroa A. Majordepression in pregnantwomenservedbytheNational Materno-Perinatal Institute in Lima, Peru. Revista Panamericana de Salud Pública. octubre de 2009; 26(4):3104.
13. Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Hinostroza R, Torrejón E, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. Revista Peruana de Epidemiología. 2010;(3):193–200.
14. Hernan S. Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. Rev. chil. neuropsiquiatr. 2010;48(1):71–4.
15. Hall V. Depresión Fisiopatología y Depresión . Costa Rica 2003;26(4):310–
16. Nogareda S. Fisiología del estrés . España 2000. 58(4):277–83.
17. Pacheco Farfán, Juvenal. La Filosofía Inka y su Proyección al Futuro. Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco. 1994.
18. Yanai, H. y Ichikawa, M. (2007). Factor analysis. En C. R. Rao y S. Sinharay (Eds.), Handbook of statistics: Vol. 26. Psychometrics (pp. 257–296). Amsterdam: North-Holland

ANEXOS

Anexo I

Versión en Español de EPDS. Traducida por el departamento de Psicología de la Universidad de Iowa.

Escala de Edimburgo (COX JL, HOLDEN JM, SAGOVSKY R. BR J PSYCHIATRY 1987)

Por favor **subraye** la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:

Tanto como siempre	0
No tanto ahora	1
Mucho menos	2
No, no he podido.	3
2. He mirado el futuro con placer:

Tanto como siempre	0
Algo menos que antes	1
Definitivamente menos que antes	2
No, nada	3
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas marchaban mal:

Sí, la mayoría de las veces	3
Si, algunas veces	2
No muy a frecuentemente	1
No, nunca	0
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

No, nada	0
Rara vez	1
Sí, a veces	2
Sí, muy frecuentemente	3
5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

Sí, muy frecuentemente	3
Sí, a veces	2
No, no mucho	1
No, nada	0
6. Las cosas me han estado agobiando:

Sí, casi siempre	3
Sí, a veces	2
No, casi nunca	1
No, nada	0

7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
- | | |
|-----------------------|---|
| Sí, casi siempre | 3 |
| Sí, a veces | 2 |
| No muy frecuentemente | 1 |
| No, nada | 0 |
8. Me he sentido triste y desgraciada:
- | | |
|------------------------|---|
| Sí, casi siempre | 3 |
| Sí, muy frecuentemente | 2 |
| No muy frecuentemente | 1 |
| No, nada | 0 |
9. He estado tan infeliz que he estado llorando:
- | | |
|------------------------|---|
| Sí, casi siempre | 3 |
| Sí, muy frecuentemente | 2 |
| Sólo ocasionalmente | 1 |
| No, nunca | 0 |
10. He pensado en hacerme daño a mí misma:
- | | |
|------------------------|---|
| Sí, muy frecuentemente | 3 |
| A veces | 2 |
| Rara vez | 1 |
| Nunca | 0 |

Anexo II

Primera versión de la traducción del EPDS al Quechua por un experto informado.

Atirani asikuyta imaymanapi sumaq kaynitapas qhawarini

imayman karqanhinata
mana kunallanchu
nitaq pisichaspachu
mana , manam imapas

Ñaupaq pachata qhawarani kusikuywan

immaynam karqan hina
chikan pisita ruwamanmantaqa
nishupisitapuni
manam mana imapas

Mana imapas allinloqsetinqa, yanqallanmanta

ari, pasaq kutilla
ari, mayllanpi
mana pasaq kutillachu
mana haykaqpas

Yanqallanmanta sonqay llakiyman churakum

mana, yanqalla
yaqalla mana
ari, mayninpi
ari, sapakutillam

Mancharikuni qaqchasqataraq, mana imamanta ari, allinta

ari, allinta
ari, maynimpi
mana, mana nishutachu
mana, mana imapas

Imakunapas sonqoyta matipayan saykuywan

ari, pasaq kutilla
ari maynimpi
mana, man haykaqpas
mana, mana imapas

Manakatapas atauchayta tarispa, ñakaymanta puñuni

ari, pasqllapuni
ari mayninpi
mana, sapa kutillanchu
mana, mana imapas

Llakisqa pampachasqa rikukapuni

ari, yaqa pasaqla
ari sapa kutilla
mana nishu sispallachu
mana imapas

Mana katatapas atauchasqa kaspawaqaku sharqani

ari, yaqa pasaqla
ari, sapa kutilla
may mayllanpi
mana haykaqpas

Yuyaykuni noqallatataq kerinchakuyta

ari, sapa kutillan
maynimpi
wamaq kutillapas
mana haykaqpas

ANEXO III Segunda versión de la traducción del EPDS al Quechua por un experto no informado

CUESTIONARIO SOBRE DEPRESION POSTNATAL EDIMBURGO TRADUCIDA POR " LA REAL ACADEMIA MAYOR DE LA LENGUA QUECHUA"

1) Atirani asikuyta imaymanapi sumaq kaynitapas qhawarani

- A) Ancha hinatapuni.
- B) Mana ancha chikantacho
- C) Chikallantapuni
- D) Mana. manan atiranichu.

2) Ñaupaq pachata rikurani

- A) Ancha hinatapuni
- B) Mana allinta ruwarisqaymanta
- C) Chikallantapuni
- D) Mana mana imatapas

3) Mana imapas allinta lloqsewaqtinmi huchachakuni

- A) Ari pasaqkutillapuni
- B) Ari mayllanpi
- C) Mana sapaq-kutillachu
- D) Mana hayk` aqpas.

4) Munasharani yuyaywan yuyapakuspa ima.

- A) Mana imapaqpas
- B) Yaqa imapaq
- C) Ari mayllanpi
- D) Ari sapaqkutillam

5) Manchakurani anchata mana imaymana kunamanta

- A) Ari sinchitapuni
- B) Ari mayllanpi
- C) Mana mana nishutapunichu
- D) Mana mana imatapas.

6) Imaymakuna ruwasqaywan anchata llakicuni

- A) Ari sapakutillanpuni
- B) Ari mayllampi
- C) Mana yaqa hayk aqpas
- D) Mana mana imatapas.

7) Mana kusikuranichu, sasachakuymi karan

- A) Ari sapakutillanpuni
- B) Ari mayllanpi
- C) Mana sapa kutillanchu
- D) Mana mana imatapas

8) Llakichiwankitaq mana samiyuq

- A) Ari sapakutillan
- B) Ari sapakutillanpuni
- C) Mana sapaqkutillanchu
- D) Mana mana imatapas.

9) Mana ancha kuisami kaqtiy waqasharani

- A) Ari sapakutillan
- B) Ari sapkutillanpuni
- C) Mayllanpipuni
- D) Mana man hayk' aqpas.

10) Noqa kikuypuni k irichakuyta yuyaychakurani

- A) Ari anchatapuni
- B) Mayllanpi
- C) Yaqapas , mana hayk' aqpas
- D) Mana mana hayk'' aqpas.

Anexo IV Síntesis de las dos versiones anteriores de la traducción del EPDS al Quechua por un experto informado y otro no informado.

Pre test versión adaptada y traducida al idioma Quechua.

**Tapukuy LLaquikuymanta Warmikuna Unkaskaspa
Edimburgo EPDS**

Sutiqui:.....
 Maymanta Kanqui:
 Jaikasmi Pakariranqui:.....
 JaiKasmi Pakariram Wawaiqui:.....
 Yachaitam Munayku Imainatam Reparakanqui Onkoc Kaspaiqui Kan.
 Sekeyunaquin Tapukuyta Chekasman Kacta, Manan Kunallamantachu,
 reparakuskaiquita Chanquis Punchuimantam Kepanimantapis
 Keitan nistami, Kusikallam Kasiani quei Kanchus Puinkun Kepacmam, Juntay tapukuita
 Kaskallanta, Checcascata.

Huk .- Hasicuytan Atini , Allillanta Imatapas Kahuarini	
- Imaynanta jinallam	0
- Manañam Kunamka	1
- Pisillataña	2
- Mana , mana atiranichu	3

Iskay.- Kusiskallam Naupacta Kahuarini	
- Imaynata Jinallam	0
- Pisillata Mana Anchatachu	1
- Pisillatapuni	2
- Mana, mana imatapis	3

Kinsa.- Juchaiwiu nirani mana imallamanta ruhuaskay mana allin llocsehuactin	
- Ari sapakutillanwi	3
- Ari maillampi	2
- Mana ñutullapichu	1
- Mana jaikaspis	0

Tawa.- Llaqui llaquiskam Kasiarani , maña imallamanta	
- Manam imapacpis	0
- Manam jaykaspis	1
- Ari maillampi	2
- Ari sapacutillampi	3

Pisqa.- Mancha manchaskam Kani, mana imallamanta	
- Ari nishutapuni	3
- Ari maillampi	2
- Manam Nishutaka	1
- Manam manaymapacpis	0
Soqta.- Imapis Ilaquichihuanmi	
- Ari pasacllapipunim	3
- Ari maillampy	2
- Manam Jaikaspis	1
- Manam Manaymapacpis	0
Qanchis.- kcahuaykunim Ilaquiska manam puñuitapis atiranichu	
- Ari pasacllapipunim	3
- Ari mayllampi	2
- Manam Jaikaspis	1
- Manam Manaymapacpis	0
Pusaq.-Llaqui Ilaquiskam kani juchaypis kanam jinarac	
- Ari yakapis pasacllacta	3
- Ari sinchitapuni ñuthullapi	2
- Manam Ñuthullapichu	1
- Manam manaynapacpis	0
Isqon.-Llaquiskallam kasiari wakallaranim	
- Ari sapakutillami	3
- Ari nishuta ñutullapi	2
- Maillampi	1
- Manam jaykaspis	0
Chunka.- Yuyapin Kirikuytam munarany , nokallatatac	
- Ari nishuta ñutullapi	3
- Maininpis	2
- Yaqapas, Jaikaspas	1
- Manam , Jaykaspis.	0

ANEXO V

Reporte final: versión adaptada y traducida al idioma Quechua.

Tapukuy LLaquikuymanta Warmikuna Unkaskaspa
Edimburgo EPDS

Sutiqiu:.....
Maymanta Kanqui:
Jaikasmi Pakariranqui:.....
JaiKasmi Pakariram Wawaiqui:.....
Yachaitam Munayku Imainatam Reparakanqui Onkoc Kaspaiqui Kan.
Sekeyunaquin Tapukuyta Chekasman Kacta, Manan Kunallamantachu,
reparakuskaiquita Chanquis Punchedimantam Kepanimantapis
Keitan nistami, Kusikallam Kasiani quei Kanchus Puinkun Kepacmam, Juntay tapukuita
Kaskallanta, Checcascata.

Huk .- Hasicuni Atini , Allillanta Imatapas Kahuarini	
- Imaynanta jinallam	0
- Manañam Kunamka	1
- Pisillataña	2
- Mana , mana atiranichu	3

Iskay.- Ancha Kusikuiwan Hamusqanta Qawarini	
- ImaynataJinallam	0
- Pisillata Mana Anchatachu	1
- Pisillatapuni	2
- Mana, mana imatapis	3

Kinsa.- Juchaiwiu nirani mana imallamanta ruhuaskay mana allin llocsehuactin	
- Ari sapakutillanwi	3
- Ari maillampi	2
- Mana ñutullapichu	1
- Mana jaikaspis	0

Tawa.- Anchallakisqa Karani, Mana imamanta	
- Manam imapacpis	0
- Manam jaykaspis	1
- Ari maillampi	2
- Ari sapacutillampi	3

Pisqa.- Manchasqa Kani, mana imallamanta	
- Ari nishutapuni	3
- Ari maillampi	2
- Manam Nishutaka	1
- Manam manaymapacpis	0

Soqta.- Imaruwasqaypas Llaquichiwan	
- Ari pasacclapipunim	3
- Ari maillampy	2
- Manam Jaikaspis	1
- Manam Manaymapacpis	0

Qanchis.- Qhahuakunim llaquiska manam puñuitapis atinichu	
- Ari pasacclapipunim	3
- Ari mayllampi	2
- Manam Jaikaspis	1
- Manam Manaymapacpis	0

Pusaq.-Llaqui llaquiskam kani juchaypis kanman hinarag	
- Ari yakapis pasacclacta	3
- Ari sinchitapuni ñuthullapi	2
- Manam Ñuthullapichu	1
- Manam manaynapacpis	0

Isqon.-Llakisqan Kashani Wakashanitaq	
- Ari sapakutillami	3
- Ari nishuta ñutullapi	2
- Maillampi	1
- Manam jaykaspis	0

Chunka.- Yuyayniypin K'irikurani Noqallataq	
- Ari nishuta ñutullapi	3
- Maininpis	2
- Yaqapas, Jaikaspas	1
- Manam , Jaykaspis.	0

ANEXO VI

RESULTADOS DE LAS VERSIONES DE RETRASLADO AL ESPAÑOL.

Pregunta Nro 1

EPDS	1. I have been able to laugh and see the funny side of things.	1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
EPDS Traducido al Quechua	1. ATIRANI ASIKUYTA IMAYMANAPI SUMAQ KAYNITAPAS QHAWARANI	1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
EPDS Adaptado al Quechua	1. Huk.- Hasicuytan Atini , Allillanta Imatapas Kahuarani	1. ¿He podido reír y apreciar lo divertido de las cosas?

Pregunta Nro 2

EPDS	2. I have looked forward with enjoyment to things.	2. He mirado el futuro con placer
EPDS Traducido al Quechua	2. NAUPAQ PACHATA RIKURANI	2. He mirado el futuro con placer
EPDS Adaptado al Quechua	2. Iskay.- Kusiskallam Naupacta Kahuarani	2. ¿He disfrutado las cosas que hago?

Pregunta Nro 3

EPDS	3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong.	3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
EPDS Traducido al Quechua	3. MANA IMAPAS ALLINTA LLOQSEWAQTINMI HUCHACHAKUNI	3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
EPDS Adaptado al Quechua	3. Kinsa.- Juchaiwu nirani mana imallamanta ruhuaskay mana allin llocsehuactin	3. ¿Me echado la culpa innecesariamente cuando las cosas han salido mal?

Pregunta Nro 4

EPDS	4. I have been anxious or worried for no good reason.	4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
EPDS Traducido al Quechua	4. MUNASHARANI YUYAYWAN YUYAPAKUSPA IMA	4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
EPDS Adaptado al Quechua	4. Tawa.- Llaqui llaquiskam Kasiarani , maña imallamanta	4. ¿Me he sentido preocupada y ansiosa sin una buena razón?

Pregunta Nro 5

EPDS	5. I have felt scared or panicky for no very good reason.	5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
EPDS Traducido al Quechua	5. MANCHAKURANI ANCHATA MANA IMAYMANA KUNAMANTA	5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
EPDS Adaptado al Quechua	5. Pisqa.- Mancha manchaskam Kani, mana imallamanta	5. Me he sentido asustada o en pánico sin una Buena razon

Pregunta Nro 6

EPDS	6. Things have been getting on top of me.	6. Las cosas me oprimen o agobian
EPDS Traducido al Quechua	6. IM IMAYMAKUNA RUWASQAYWAN ANCHATA LLAKICUNI	6. Las cosas me oprimen o agobian
EPDS Adaptado al Quechua	6. Soqta.- Imapis llaquichihuanmi	6. ¿He sentido que las cosas se me están viniendo encima?

Pregunta Nro 7

EPDS	7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping.	7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
EPDS Traducido al Quechua	7. MANA KUSIKURANICHU, SASACHAKUYMI KARAN	7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
EPDS Adaptado al Quechua	7. Qanchis.- kcahuaykunim llaquiska manam puñuitapis atiranichu	7. ¿He estado tan infeliz que tengo problemas para dormir?

Pregunta Nro 8

EPDS	8. I have felt sad or miserable.	8. Me he sentido triste y desgraciada
EPDS Traducido al Quechua	8. LLAKICHIWANKITAQ MANA SAMIYOQ	8. Me he sentido triste y desgraciada
EPDS Adaptado al Quechua	8. Pusaq.- Llaqui llaquiskam kani juchaypis kanam jinarac	8. ¿Me he sentido triste o miserable?

Pregunta Nro 9

EPDS	9. I have been so unhappy that I have been crying.	9. He sido tan infeliz que he estado llorando
EPDS Traducido al Quechua	9. MANA ANCHA KUSISAMI KAQTIY WAQASHARANI	9. He sido tan infeliz que he estado llorando
EPDS Adaptado al Quechua	9. Isqon.- Llaquiskallam kasiari wakallaranim	9. ¿He estado tan infeliz que me he puesto a llorar?

Pregunta Nro 10

EPDS	10. The thought of harming myself has occurred to me.	10. He pensado en hacerme daño a mí misma
EPDS Traducido al Quechua	10. NOQA KIKUYPUNI K IRIKACHUKUYTA YUYAYCHAKURANI	10. He pensado en hacerme daño a mí misma
EPDS Adaptado al Quechua	10. Chunka.- Yuyapin Kirikuytam manarany , nokallatac	10. Se me ha ocurrido la posibilidad de hacerme daño a mí misma

ANEXO VII

MODELO FACTORIAL CONFIRMATORIO Y MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS.

Se desea medir la depresión en las gestantes del distrito de Lamay.

Se observaron 10 ítems que fueron aplicados en un determinado grupo de gestantes del distrito de Lamay. Entre estos puntajes, o al menos entre algunas de ellas, se observan correlaciones elevadas que, en cierta medida, provienen de aptitudes disforias de la gestante que no se observan directamente:

- Puntaje sobre el parámetro de la "Risa"
- Puntaje sobre el parámetro deL "Disfrute"
- Puntaje sobre el parámetro de la "Culpa "
- Puntaje sobre el parámetro de la "Ansiedad"
- Puntaje sobre el parámetro del "Pánico"
- Puntaje sobre el parámetro de la "Desesperanza"
- Puntaje sobre el parámetro de la "Infelicidad "
- Puntaje sobre el parámetro de la "Tristeza "
- Puntaje sobre el parámetro del "Llanto"
- Puntaje sobre el parámetro de la "Ideación suicida"

Un análisis factorial permitió que la información relativa a estas variables se resumiese en tres únicos factores de fondo, sin pérdida excesiva de información y logrando, de nuevo, una incorrelación muy conveniente. Cada uno de estos tres factores se interpretó como:

F1 – Disforia.

F2 – Sentimiento de culpa-Falta de concentración

F3 – Ansiedad.

Independientemente de estos tres factores relacionados con grupos de variables (puntaje) se identificó, claro está, un factor común que podríamos llamar depresión en general y un factor específico para cada ítems (su propia dificultad y componentes de tipos aleatorio relativos a las distintas formas de evaluación).

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN				
1.- Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende.	1	2	3	4	5
2.- ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3.- ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1	2	3	4	5
4.- ¿Considera Usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5.- ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?	1	2	3	4	5
6.- ¿Considera Usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1	2	3	4	5
7.- ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8.- ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento, es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige?	1	2	3	4	5
9.- ¿Considera Usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10.- ¿Considera Usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?	1	2	3	4	5



 ACADEMIA MAYOR DE LA LENGUA QUECHUA
 73340
 Roque Luna Montoya
 DOCENTE DE ENSEÑANZA


 ACADEMIA MAYOR DE LA LENGUA QUECHUA
 Alfredo Diaz Huaman
 DOCENTE DE ENSEÑANZA


 ACADEMIA MAYOR DE LA LENGUA QUECHUA
 Gonzalo Chirinos
 DOCENTE DE ENSEÑANZA

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN
1.- Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende.	1 2 3 4 (5)
2.- ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1 2 3 (4) 5
3.- ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1 2 3 4 (5)
4.- ¿Considera Usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?	1 2 3 4 (5)
5.- ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?	1 2 3 (4) 5
6.- ¿Considera Usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1 2 3 (4) 5
7.- ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1 2 3 4 (5)
8.- ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento, es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige?	1 2 3 4 (5)
9.- ¿Considera Usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?	1 2 3 4 (5)
10.- ¿Considera Usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?	1 2 3 (4) 5


 ACADEMIA MAYOR DE LA
 LENGUA QUECHUA
 Capitán Chile Santa Cruz
 BOGOTÁ DE COLOMBIA

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALORACIÓN
1.- Considera Usted que los ítems del instrumento miden lo que se pretende.	1 2 3 ④ 5
2.- ¿Considera Usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?	1 2 3 4 ⑤
3.- ¿Considera Usted que los ítems contenidos en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?	1 2 3 4 ⑤
4.- ¿Considera Usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?	1 2 3 ④ 5
5.- ¿Considera Usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?	1 2 3 4 ⑤
6.- ¿Considera Usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y los objetivos de la investigación?	1 2 3 4 ⑤
7.- ¿Considera Usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1 2 3 ④ 5
8.- ¿Considera Usted que la estructura del presente instrumento, es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige?	1 2 3 ④ 5
9.- ¿Considera Usted que el tipo de preguntas utilizadas son apropiadas a los objetivos materia de estudio?	1 2 3 4 ⑤
10.- ¿Considera Usted que la disposición de los ítems es equilibrada y armónica?	1 2 3 4 ⑤



ANEXO VIII

Ficha de recolección de datos generales:

“DEPRESION EN GESTANTES QUECHUA HABLANTES A TRAVÉS DE LA ESCALA DE EDIMBURGO, ADAPTADA AL QUECHUA, EN EL DISTRITO DE LAMAY, JUNIO-2013”

- 1) Edad () en años cumplidos
- 2) Estado civil
 - a) Soltera. ()
 - b) Casada. ()
 - c) Divorciada. ()
 - d) Conviviente. ()
 - e) Viuda. ()
- 3) Grado de Instrucción
 - a) Sin instrucción ()
 - b) Con instrucción ()
- 4) Ocupación

-¿En que trabaja?

 - a) Ama de Casa. ()
 - b) Comerciante ()
 - c) Profesional ()
 - d) Otros. ()
- 5) Lugar de procedencia
 - a) Rural. (Poques, Chumpe o Sayllafaya) ()
 - b) Urbana (Lamay) ()
- 6) Paridad

- ¿Cuántos hijos tiene?
- 7) Tiempo de gestación

-¿Cuánto tiempo de embarazo tiene?

 - a) I Trimestre. ()
 - b) II Trimestre ()
- 8) Hijo deseado
 - a) Si ()
 - b) No ()

Anexo IX

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

PRESUPUESTO

- **Recursos Humanos:** En este estudio intervendrán los autores con el apoyo y supervisión del asesor.
- **Recursos Materiales:** Los recursos necesarios para llevar a cabo la investigación planteada serán financiados por los investigadores, y se detallan a continuación:

Recursos	Denominación	Costo Total S/.
Materiales	Material de oficina, adquisición de libros	400.00
	Impresiones y encuadernado	300.00
	Fotocopias	80.00
	Acceso a internet	70.00
Logísticos	Pasajes urbano interprovinciales	400.00
	Alojamiento, alimentación y otros	450.00
	Comunicaciones	200.00
Asesoría estadística y digitación	Análisis estadístico	600.00
TOTAL		2500.00

FINANCIAMIENTO:

Parte de los fondos de la presente investigación serán otorgados por el Fondo de Apoyo Económico para Tesis Universitaria de la UNSAAC.

Anexo X

CRONOGRAMA

Duración	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Etapa / Actividad				
1. Diseño del Proyecto	X			
2. Revisión de la Literatura	X			
3. Marco Teórico	X			
4. Diseño de variables e indicadores	X			
5. Diseño y selección de la muestra	X			
6. Elaboración del proyecto de investigación	X	X		
7. Elaboración de Instrumentos de recolección de datos		X		
8. Aplicación de Instrumentos			X	X
9. Análisis e Interpretación de datos				X
10. Elaboración de resultados				X
11. Elaboración de anexos, gráficos				X
12. Elaboración del informe final				X

Anexo XI

ABREVIATURAS

EPDS: (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)

CA: Cuestionario Autoaplicable

BDI: Inventario de Depresion de Beck

DSM IV: "Diagnostic and Stadistical Manual of Mental Disorders"

K-M-O: Kaiser-Meyer-Olkin.

ANEXO XII

CUADROS ESTADISTICOS.

Relación entre la edad y la depresión en gestantes quechua hablantes del distrito de Lamay, julio-2013

Edad	DEPRESION		Total
	Sin depresión	Con depresión	
Menor o igual a 18 años	18 100.0%	0 0.0%	18 100.0%
Mayor a 18 años	69 76.7%	21 23.3%	90 100.0%
Total	87 80.6%	21 19.4%	108 100.0%

Chi Cuadrado=5,214, P=0,022 <0,05 , Correlación Spearman=0,22

Relación entre el periodo de gestación y la Depresión en gestantes quechua hablantes del distrito de Lamay, julio-2013

Gestación en trimestres	DEPRESION		Total
	Sin depresión	Con depresión	
Primera mitad de la Gestación	45 88,2%	6 11,8%	51 100,0%
Segunda mitad de la Gestación	42 73,7%	15 26,3%	57 100,0%
Total	87 80,6%	21 19,4%	108 100,0%

Chi cuadrado=3,638, P=0,049 <0,05 , Correlación Spearman=0,18

Relación entre Número de hijos y la Depresión en gestantes quechua hablantes del distrito de Lamay, julio-2013

Número de hijos	DEPRESION		Total
	Sin depresión	Con depresión	
Primigesta	33	6	39
	84,6%	15,4%	100,0%
Multigesta	54	15	69
	78,3%	21,7%	100,0%
Total	87	21	108
	80,6%	19,4%	100,0%

Chi cuadrado=0,423, P=0,423 , Correlación Spearman=0,07

Relación entre el estado civil y la Depresión en gestantes quechua hablantes del distrito de Lamay,julio-2013

Estado Civil	DEPRESION		Total
	Sin depresión	Con depresión	
Conviviente/ Casada	84	21	105
	80,0%	20,0%	100,0%
No convive con la pareja.	3	0	3
	100,0%	0,0%	100,0%
Total	87	21	108
	80,6%	19,4%	100,0%

Chi cuadrado=0,74, P=0,386 , Correlación Spearman=0,08

Relación entre el grado de instrucción y la Depresión en gestantes quechua hablantes del distrito de Lamay, julio-2013

Grado de Instrucción	DEPRESION		Total
	Sin depresión	Con depresión	
Sin instrucción	3 100,0%	0 0,0%	3 100,0%
Con instrucción	84 80,0%	21 20,0%	105 100,0%
Total	87 80,6%	21 19,4%	108 100,0%

Chi cuadrado=0,745, P=0,388 , Correlación Spearman=0,083

Relación entre el hijo deseado y la Depresión en gestantes quechua hablantes del distrito de Lamay, julio-2013

Hijo deseado	DEPRESION		Total
	Sin depresión	Con depresión	
Hijo deseado	39 81,3%	9 18,8%	48 100,0%
Hijo no deseado	48 80,0%	12 20,0%	60 100,0%
Total	87 80,6%	21 19,4%	108 100,0%

Chi cuadrado=0,027, P=0,87 , Correlación Spearman=0,016

Relación entre la convivencia y la Depresión en gestantes quechua hablantes del distrito de Lamay, julio-2013

Convivencia con la pareja	DEPRESION		Total
	Sin depresión	Con depresión	
Vive con pareja	84 80,8%	20 19,2%	104 100,0%
No vive con pareja	3 75,0%	1 25,0%	4 100,0%
Total	87 80,6%	21 19,4%	108 100,0%

Chi cuadrado=0,082, P=0,775 , Correlación Spearman=0,028

Relación entre la ocupación materna y la Depresión en gestantes quechua hablantes del distrito de Lamay, julio-2013

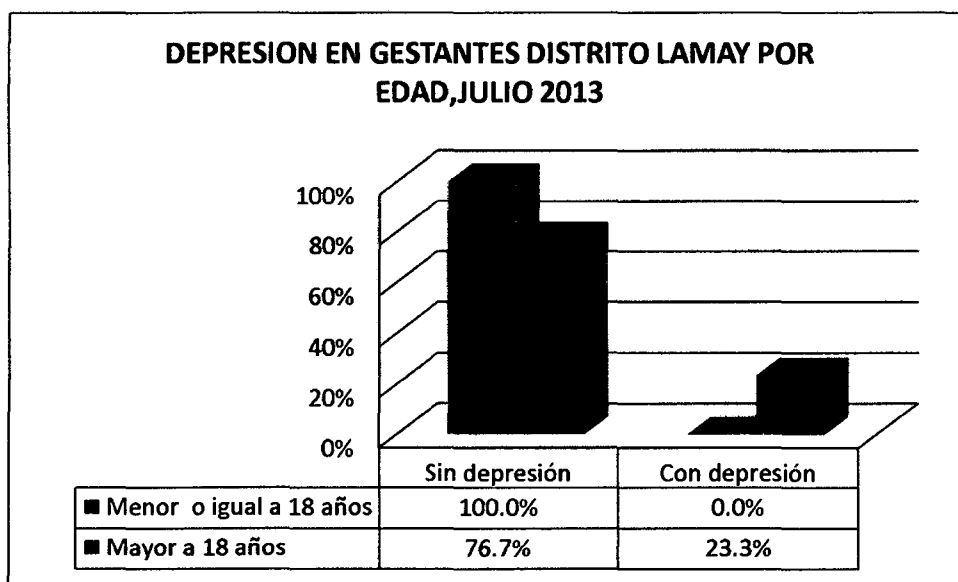
Ocupación de la madre	DEPRESION		Total
	Sin depresión	Con depresión	
Ama de casa	75 80,6%	18 19,4%	93 100,0%
Otros	12 80,0%	3 20,0%	15 100,0%
Total	87 80,6%	21 19,4%	108 100,0%

Chi cuadrado=0,003, P=0,953 , Correlación Spearman=0,006

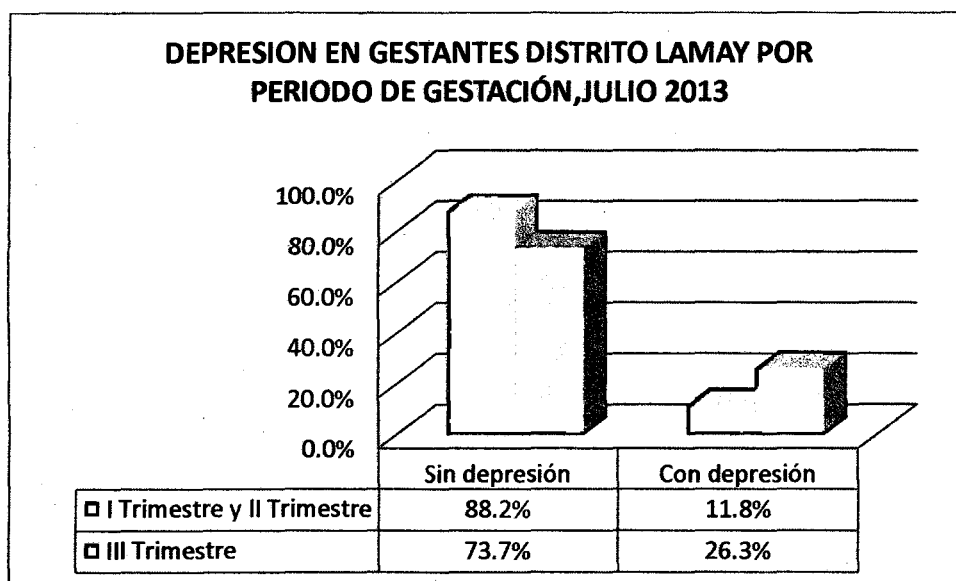
Relación entre el lugar de procedencia y la Depresión en gestantes quechua hablantes del distrito de Lamay, julio-2013

Lugar de procedencia	DEPRESION		Total
	Sin depresión	Con depresión	
Área Rural	66 84,6%	12 15,4%	78 100,0%
Área Urbano	21 70,0%	9 30,0%	30 100,0%
Total	87 80,6%	21 19,4%	108 100,0%

Chi cuadrado=2,965, P=0,086 , Correlación Spearman=0,165

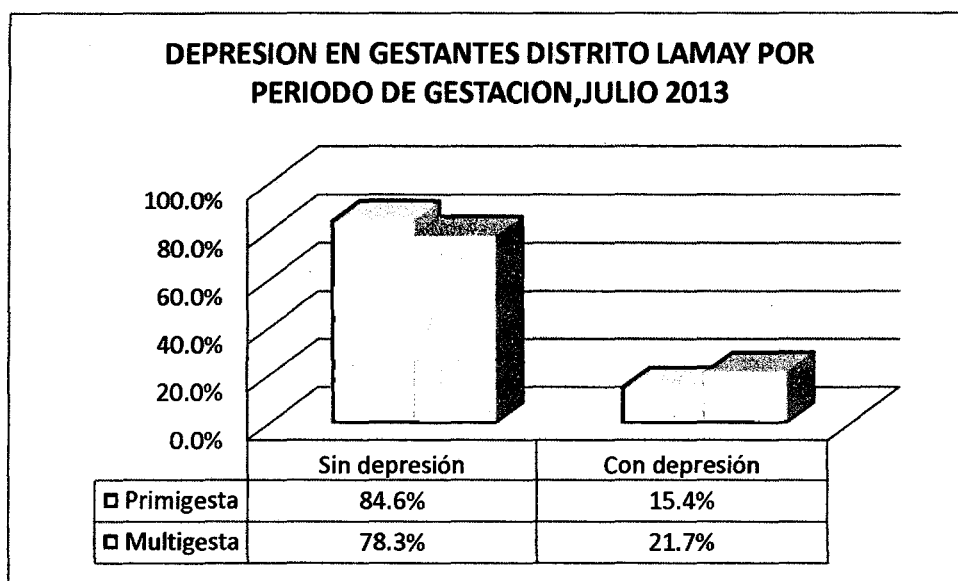


Del 100% de las gestantes mayores de 18 años el 76,7 % no presentan síntomas depresivos y el 23,3% presentan depresión.



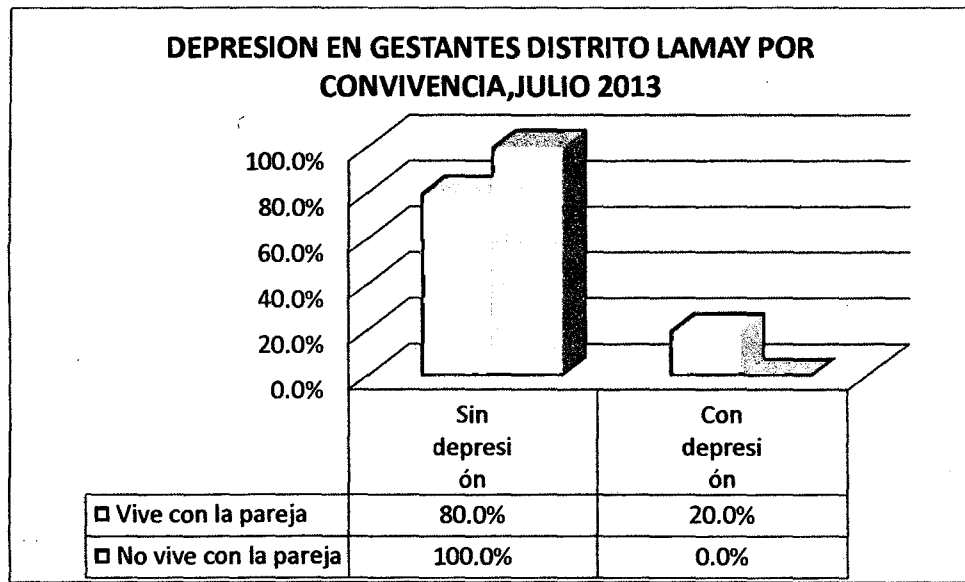
Del 100% de las gestantes del primer y segundo trimestre el 88,2 % no presentan síntomas depresivos y el 11,8% presentan depresión.

Del 100% de las gestantes del tercer trimestre el 73,7 % no presentan síntomas depresivos y el 26,3% presentan depresión.

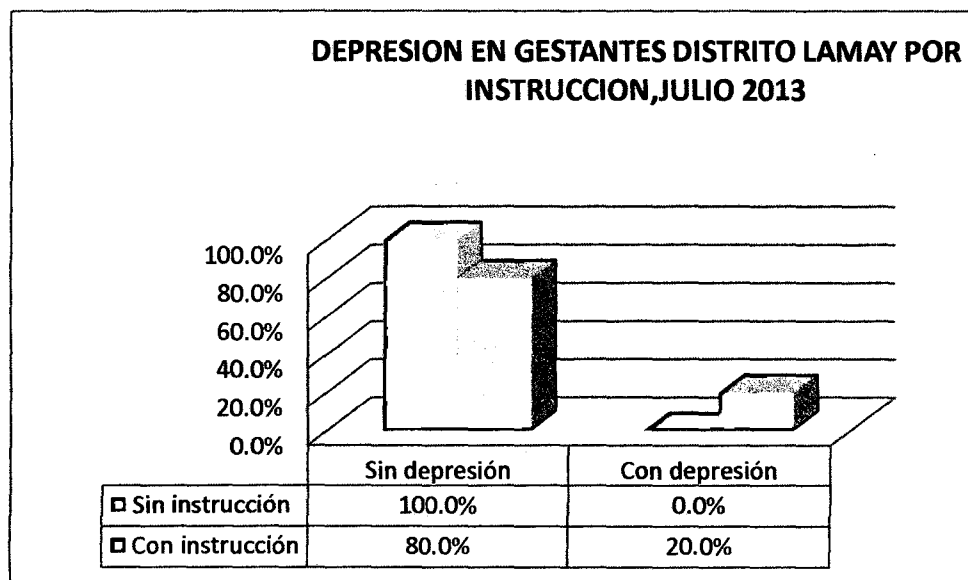


Del 100% de las primíparas el 84,6 % no presentan síntomas depresivos y el 15,4% presentan depresión.

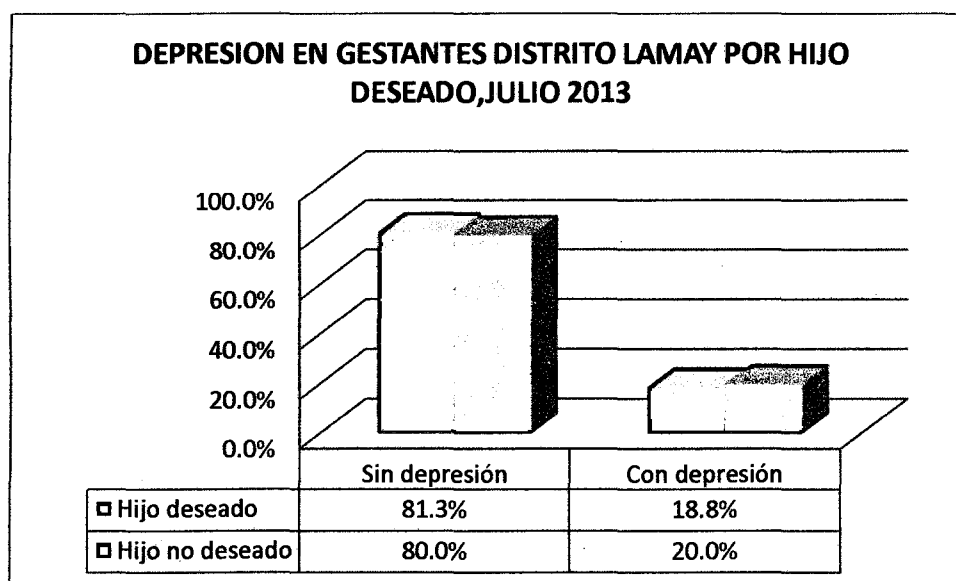
Del 100% de las multigestas el 78,3 % no presentan síntomas depresivos y el 21,7% presentan depresión.



Del 100% de las gestantes que viven con su pareja el 80,0 % no presentan síntomas depresivos y el 20,0% presentan depresión.

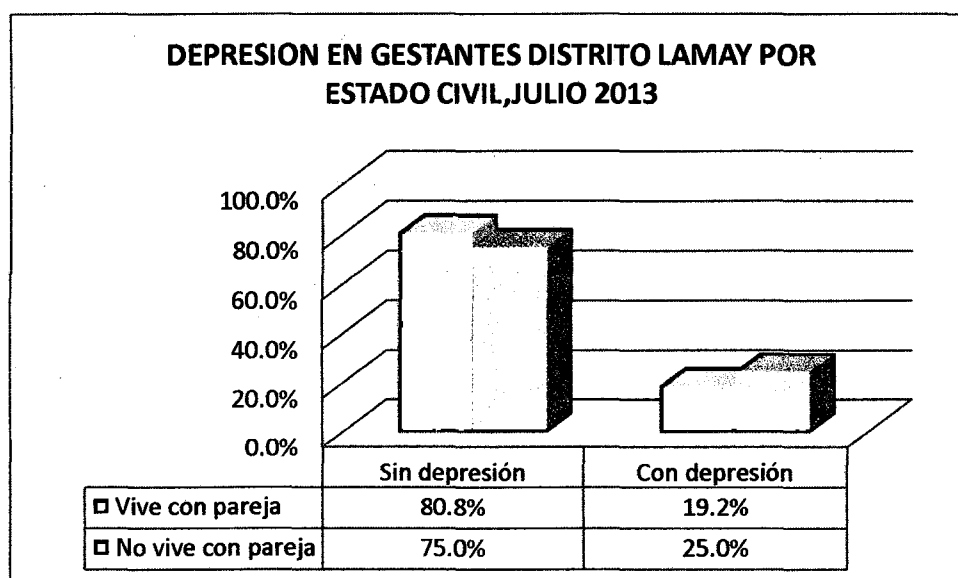


Del 100% de las gestantes con instrucción el 80,0 % no presentan síntomas depresivos y el 20,0% presentan depresión.



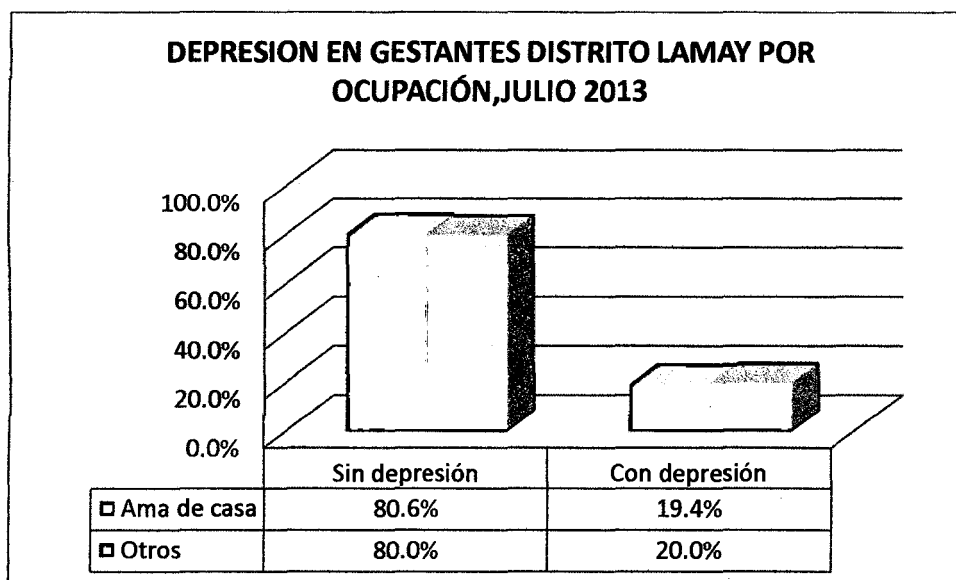
Del 100% de las gestantes que no desean tener a su hijo el 80,0 % no presentan síntomas depresivos y el 20,0% presentan depresión.

Del 100% de las gestantes que desean tener a su hijo el 81,3 % no presentan síntomas depresivos y el 18,8% presentan depresión.



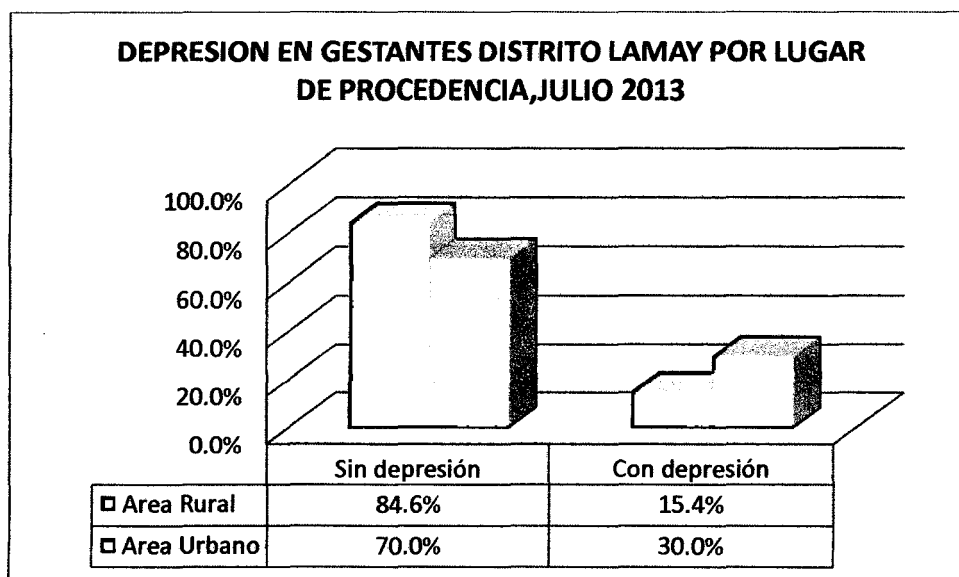
Del 100% de las gestantes que no viven con su pareja el 75 % no presentan síntomas depresivos y el 25% presentan depresión.

Del 100% de las gestantes que viven con su pareja el 80,8 % no presentan síntomas depresivos y el 19,2% presentan depresión.



Del 100% de las gestantes que son amas de casa el 80,6 % no presentan síntomas depresivos y el 19,4% presentan depresión.

Del 100% de las gestantes con otras ocupaciones como comercio, agricultura, ganadería, y otros, el 80 % no presentan síntomas depresivos y el 20% presentan depresión,



Del 100% de las gestantes que proceden del área rural el 84,6 % no presentan síntomas depresivos y el 15,4% presentan depresión.

ANEXO XIV**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo,.....

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

.....
Firma o huella digital

ANEXO XV FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS n

%

DEPRESIÓN	Sin depresión	Edad	Menor o igual a 18 años	18	20.7%
			Mayor a 18 años	69	79.3%
	Con depresión	Edad	Menor o igual a 18 años	0	0.0%
			Mayor a 18 años	21	100.0%
	Total	Edad	Menor o igual a 18 años	18	16.7%
			Mayor a 18 años	90	83.3%
	Sin depresión	Gestación en trimestres	I Trimestre	24	27.6%
			II Trimestre	27	31.0%
			III Trimestre	36	41.4%
	Con depresión	Gestación en trimestres	I Trimestre	0	0.0%
			II Trimestre	6	28.6%
			III Trimestre	15	71.4%
	Total	Gestación en trimestres	I Trimestre	24	22.2%
			II Trimestre	33	30.6%
			III Trimestre	51	47.2%
	Sin depresión	Número de Gestación	Primigesta	33	37.9%
			Multigesta	54	62.1%
	Con depresión	Número de Gestación	Primigesta	6	28.6%
			Multigesta	15	71.4%
	Total	Número de Gestación	Primigesta	39	36.1%
			Multigesta	69	63.9%
	Sin depresión	Convivencia con la pareja	Vive con pareja	84	96.6%
			No vive con pareja	3	3.4%
	Con depresión	Convivencia con la pareja	Vive con pareja	20	95.2%
			No vive con pareja	1	4.8%
	Total	Convivencia con la pareja	Vive con pareja	104	96.3%
			No vive con pareja	4	3.7%
	Sin depresión	Grado de Instrucción	Sin instrucción	3	3.4%
			Con instrucción	84	96.6%
	Con depresión	Grado de Instrucción	Sin instrucción	0	0.0%
			Con instrucción	21	100.0%
	Total	Grado de Instrucción	Sin instrucción	3	2.8%
			Con instrucción	105	97.2%
	Sin depresión	Hijo deseado	Hijo deseado	39	44.8%
			Hijo no deseado	48	55.2%
	Con depresión	Hijo deseado	Hijo deseado	9	42.9%
			Hijo no deseado	12	57.1%
	Total	Hijo deseado	Hijo deseado	48	44.4%
			Hijo no deseado	60	55.6%
	Sin depresión	Ocupación de la madre	Ama de casa	75	86.2%
		Otros	12	13.8%	
Con depresión	Ocupación de la madre	Ama de casa	18	85.7%	
		Otros	3	14.3%	
Total	Ocupación de la madre	Ama de casa	93	86.1%	
		Otros	15	13.9%	
Sin depresión	Lugar de procedencia	Área Rural	66	75.9%	
		Área Urbano	21	24.1%	
Con depresión	Lugar de procedencia	Área Rural	12	57.1%	
		Área Urbano	9	42.9%	
Total	Lugar de procedencia	Área Rural	78	72.2%	
		Área Urbano	30	27.8%	