



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**PREVALENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN
GESTANTES
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2018**

**PRESENTADA POR
ANTONIO LUNA MATOS**

**ASESOR
DORIS MEDINA ESCOBAR**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRÍA**

LIMA – PERÚ

2017



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**PREVALENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR
EN GESTANTES
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2018**

PLAN DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN
PSIQUIATRÍA**

**ASESORA
MGTR. DORIS MEDINA ESCOBAR**

**PRESENTADO POR
ANTONIO LUNA MATOS**

LIMA, PERÚ

2017

ÍNDICE

	Páginas
Portada	
Índice	
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación	4
1.4.1. Importancia	4
1.4.2. Viabilidad	5
1.5 Limitaciones	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	13
2.3 Definición de términos básicos	19
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	21
3.1 Formulación de la hipótesis	21
3.2 Variables y su operacionalización	21
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	22
4.1 Diseño metodológico	22
4.2 Diseño muestral	22
4.3 Procedimientos de recolección de datos	24
4.4 Procesamiento y análisis de datos	24
4.5 Aspectos éticos	25
CRONOGRAMA	26
FUENTES DE INFORMACIÓN	27
ANEXOS	33
Anexo 1: Matriz de consistencia	
Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos	
Anexo 3: Consentimiento informado	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La depresión mayor es un problema de salud mental entre las mujeres, especialmente entre de edad reproductiva, ¹ es una enfermedad crónica y recurrente; es la mayor causa de morbilidad de 15 a 44 años en países de primer mundo. ²⁻³ Cada año, un número substancial de mujeres entre 7 y 13% de la población mundial global experimentan depresión mayor, ^{4, 5} de manera particular ésta afecta a las mujeres gestantes en los diferentes grupos etarios (adolescentes, adultas y mujeres añosas). Aproximadamente una de cada 10 mujeres sufre de depresión durante el embarazo. Los hallazgos de esta información secundaria a depresión mayor son comunes en mujeres embarazadas y no es a menudo tratados. En una encuesta nacionalmente representativa en los Estados Unidos que identificó a mujeres embarazadas con depresión mayor, sólo el 50 por ciento recibió tratamiento. La enfermedad no tratada causa sufrimiento materno y está asociada con una nutrición deficiente, trastornos del uso de sustancias, mala adherencia al cuidado prenatal, depresión posparto, relaciones deterioradas entre la madre y su bebé y otros miembros de la familia y un mayor riesgo de suicidio.²⁵

El interés de este trabajo surge precisamente por los altos índices de depresión mayor durante la gestación encontrados en trabajos anteriores; tanto en el medio nacional e internacional, la poca importancia atribuida por el concepto erróneo de que la mujer se encuentra hormonalmente protegida durante el embarazo y el hecho de no existir en nuestro medio estrategias para la prevención y manejo de la depresión mayor en gestantes.⁶⁻⁷ Casi un 30% de las gestantes experimentan algún grado de depresión y en mujeres de bajos recursos económicos, tasas tan altas como 50% han sido reportadas ^{8,9,10, 11} Entre los años 2003 y 2004 Marcus *et al.*, señala que alrededor del 38 % de las mujeres, embarazadas sufrieron de depresión,¹² Heather A. Bennett *et al.* resaltan que la prevalencia de depresión mayor en gestantes es de un 20% en la población de EEUU ¹³ así como Evans J *et*

al. en el año 2001 citan la prevalencia de depresión del 2 al 21 % ¹⁴ y Megan V. Smith *et al.* en el año 2008 cita un 26 % de pacientes con depresión mayor entre las gestantes de su estudio. ¹⁵

Las evidencias sugieren que la Depresión Post Parto puede ser un continuo, de una enfermedad no advertida durante el embarazo.¹⁶⁻¹⁷ Heron *et al.* en el año 2004 señala un riesgo más elevado de depresión puerperal en gestantes con depresión mayor (6,5 veces más), y Oates señala una prevalencia de 2 % de psicosis puerperal en mujeres con depresión puerperal. ¹⁸⁻¹⁹ Una revisión de La Agencia de Calidad para la Investigación del Cuidado de la Salud (AHRQ), sugiere que la prevalencia de depresión en la gestación es de 8.5% a 10% durante diversos períodos de la gestación, llegando a una prevalencia de 6.5 a 12.9% durante el puerperio. Patricia M. Dietz *et al.* en el año 2007 identifico que la proporción de mujeres identificadas por depresión mediante la evaluación clínica fue un poco más prevalente durante el puerperio que durante la gestación reforzando la relación entre depresión durante la gestación y depresión postparto.²⁴

Existe una confusión diagnóstica entre el curso normal del embarazo y los trastornos depresivos, y sugiere la necesidad de reevaluar e interpretar con intervenciones útiles cuando se produce la depresión durante el embarazo.

20-21--23

La dificultad en el estudio de la depresión mayor en gestantes recae en el hecho de no tener un instrumento estricto para su diagnóstico, la mayoría de los instrumentos usados se fundamentan en los mismos criterios empleados para diagnosticar un cuadro episodio depresivo en mujeres sin gestación, evaluando síntomas que presentan similitud con síntomas somáticos que se presentan normalmente durante el embarazo.^{22, 23} Julia Hall *et al.* en el año 2014 recomiendan que la detección de la depresión prenatal y postnatal sea en todos los trimestres del embarazo y varias veces en el posparto. En este estudio también se hace una evaluación de la calidad de la relación de pareja íntima. Julia Hall *et al.* recomiendan que la

relación de pareja debe evaluarse durante y después del embarazo. Además, el Inventario de Relación y Autonomía, que se usó en este estudio, que examinan la relación íntima de pareja, debe ser validado en muestras más grandes en todos los trimestres de embarazo y el período posparto. Se recomiendan que estudios de investigación examinen los datos psicosociales y biológicos para ampliar el estado actual de la conocimiento sobre la depresión asociada con el embarazo. Incluso, la asociación inversamente proporcional de la Escala de depresión postnatal relacionada al Inventario de Relación y autonomía, muestra una disminución de la severidad de depresión relacionada a una mejor relación conyugal.²⁶

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia del trastorno depresivo mayor en gestantes Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018?

1.3 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Conocer la prevalencia del trastorno depresivo mayor en gestantes Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018

Objetivos específicos

Determinar la prevalencia de depresión mayor en las gestantes que acuden a consulta externa del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima–Perú 2018

Identificar las características socio demográficas de las gestantes con trastorno depresivo mayor que acuden a consulta externa del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital “Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima–Perú 2018

Identificar características Obstétricas de las gestantes con trastorno depresivo mayor que acuden a consulta externa del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima–Perú 2018

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Importancia

En nuestro medio no existen estrategias preventivas y tratamiento adecuado de la depresión mayor en gestantes, esto se debe al desconocimiento de su verdadera prevalencia y menos aún de sus características asociadas, esto impide una visión objetiva del problema y por lo tanto una ausencia en la formulación de estrategias de prevención, manejo y tratamiento tomando en cuenta además la repercusión de esta patología en el futuro de la familia y de su prole.¹² Por lo tanto, es urgente contribuir a la identificación real de este problema de salud mental que gracias a los pocos trabajos que existen su prevalencia podría ser significativa; además de continuar con la validación del test de Edimburgo que está siendo aplicado en el despistaje de los trastornos depresivos en el post parto. ^{12 - 13}

El servicio que será tomado como objeto de estudio forma parte de un Hospital general nivel II situado en un distrito popular de la gran Lima, por lo tanto su grupo muestral es representativo pudiendo generalizarse en el resto de los servicios de las zonas urbanas del Perú. Sus características, tanto demográficas, sociales y antropológicas son semejantes.

En nuestro medio no se le da la importancia necesaria a los trastornos depresivos y en general a la salud mental, de manera especial en las gestantes, debido al débil desarrollo de esta área en los servicios, a los tabúes,

prejuicios y falta de conocimiento de los propios miembros de los servicios de salud, estando totalmente ausentes en los servicios ginecológicos y obstétricos o servicios orientados a la salud de la mujer.¹⁴

Tratar y diagnosticar precozmente es substancial para evitar el impacto negativo en la relación madre - hijo. Las consecuencias de la depresión pueden ser devastadoras, inhibiendo la capacidad de la mujer para realizar las actividades diarias, para vincularse con su bebé, y para relacionarse con el padre del niño.¹⁵ Estudios previos han encontrado que toda la historia de la depresión es uno de los elementos más importantes que condicionan la depresión postparto, y los estudios que han seguido a la mujer durante la gestación y posterior a esta han encontrado que aproximadamente el 50% de las mujeres con depresión después del parto tuvo depresión durante el embarazo.¹⁶ Sin embargo, poco se sabe sobre el estado de depresión de las mujeres durante el embarazo y cómo esa condición se refiere a la trayectoria después del embarazo. Las madres con episodios depresivos han dado a luz niños que muestran alteraciones conductuales y/o pobre rendimiento escolar, siendo esto posible de prevenir con un diagnóstico oportuno.^{15 - 16}

Se tienen pocos estudios que justifiquen esta realidad tanto como en Perú como Latinoamérica, no hay muchos trabajos que se enfoquen en el estudio del episodio depresivo durante la gestación.^{11, 12, 13, 15, 16} Por eso, los datos resultantes de este estudio nos permitan establecer programas más eficaces en el diagnóstico temprano de la depresión y la prevención de esta.

Este trabajo pretende aportar insumos para hacer visible un problema de salud mental de tal forma que pueda contribuir en el futuro a la formulación de estrategias de intervención e incrementar la atención de los profesionales de salud sobre esta problemática.

1.4.2 Viabilidad del estudio

El servicio de Ginecología y Obstetricia, por el volumen de pacientes que atiende, asegura cumplir con el tamaño muestral (aproximadamente: 500 pacientes al mes).

El test EPDS es de fácil uso y comprensión, aún en pacientes con nivel cultural bajo, ya que son solo diez preguntas que hay que responder y serán puestas a manera de entrevista por personal especializado.

Se cuenta con los medios económicos como encuestas, fotocopias del test EPDS y equipo multimedia para realizar las tabulaciones y demás cálculos epidemiológicos así como personal especializado y preparado para formular las preguntas del test EPDS.

El Hospital también cuenta con servicio de psiquiatría en donde contamos con asesores del mismo, así como apoyo del servicio de Ginecología y Obstetricia para llevar a cabo las encuestas en el área de consulta externa.

1.5 Limitación del estudio

Los tiempos destinados a la recolección de la muestra están ajustados por lo tanto, para cumplir con el tamaño muestral necesario para el trabajo deberá cumplirse rigurosamente con los tiempos establecidos.

Existen muchos tabúes y prejuicios al que está sometida nuestra población para con las enfermedades mentales y el desconocimiento de la realidad del problema, harán que la sensibilidad del test de EPDS disminuya.

A pesar de que el test EPDS no reconoce síntomas somáticos para el tamizaje de depresión, haciéndolo ideal para su aplicación en gestantes, aún no ha sido validado lo suficiente en la población de gestantes en nuestro medio.

Las pacientes que serán sometidas al estudio, no cuentan con un nivel cultural medio alto como para poder reflejarlo objetivamente en el estudio, debido a que la gran mayoría de estas pacientes provienen de estratos marginales donde no se cuenta con buenos niveles de educación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Existen muchos trabajos sobre depresión post parto pero pocos sobre depresión durante el embarazo. La mayoría se basa en escalas de depresión mayor por medio de DSM V y pocos implican el uso de otras escalas.

Dentro de los antecedentes que tenemos sobre prevalencia de depresión en gestantes podemos mencionar:

Según Marcus *et al.* año 2003, en su investigación obtuve que todas las gestantes estudiadas, un 20% padecían de depresión. Según Serrano R. *et al.* en el año 2016, alrededor del 10% de las gestantes tiene depresión, el embarazo es una época de depresión.^{17,58} La depresión prenatal es una enfermedad potencialmente significativa que repercute en la salud de la madre y el niño. Además, las mujeres con Depresión antenatal tienen 6,5 veces aumento del riesgo de depresión post parto (Heron *et al.* año 2004).¹⁸ Del 10 al 15 % de las puérperas que padecen episodio depresivo posparto, hasta 0,2 por ciento desarrollará la psicosis posparto, una enfermedad grave asociada con el suicidio, el infanticidio y homicidio (Oates, año 2003).¹⁹ Miguez M. *et al.* en el año 2017, en un estudio en poblaciones de alto riesgo socioeconómico bajo, demostró que en mujeres de bajo nivel educacional, existe un 22.2% de depresión postparto.⁵⁹

El artículo de revisión publicado en el año 2004 por Heather A. Bennett *et al.* resaltan que la prevalencia de depresión mayor en gestantes es de un 20% en la población de EEUU.²⁰ Otros artículos como el de Evans J *et al.* años 2001

citan la prevalencia de depresión del 2 al 21 % .²¹ Estos resultados se muestran diferentes a los obtenidos por Marcus SM *et al.* 2003 quien lo cataloga con una prevalencia de 38%.¹⁷ Las discrepancias en las poblaciones se atribuyen a que en los estudios no se han utilizado instrumentos validados para el embarazo.

Una revisión bastante actual de Hall Julia J. *et al.* 2015, concluye que todavía no se tiene escalas predictivas o despistaje adecuadas para la gestación, ya que mucha de la sintomatología tanto por las relaciones de pareja, o sea a nivel social, biológico que predispone a la gestación, y factores inmunes, que hacen complicada una evaluación de la depresión en gestantes.⁶⁰

Smith M. *et al.* en el año 2008 en un trabajo donde se hace un screening de depresión y desórdenes del pánico, se evalúan a un grupo de 387 mujeres embarazadas atendidas en consulta prenatal, de las cuales se detectó un 26 % de las pacientes con depresión mayor. También hay que resaltar que las discrepancias entre estudios se deben a que todas fueron diagnosticadas en diferentes etapas del embarazo.²² Bennett H. *et al.*, en su meta-análisis sobre episodio depresivo en el embarazo, su objetivo fue el de evaluar la prevalencia de la depresión durante la gestación en los tres trimestres, hallándose diferencias, donde se encontró una prevalencia más marcada en el tercer trimestre de gestación.²⁰

Kessler RC *et al.*, año 2006, remarcan que el trastorno depresivo mayor en las mujeres, su prevalencia más alta durante la edad fértil. La depresión materna se asocia con riesgo perinatal relacionada con secuelas fisiológicas de la enfermedad y las conductas maternas, como el tabaquismo, el abuso de sustancias y atención obstétrica adecuada.²³

En otros estudios en los que se tocan la repercusión de la depresión durante la gestación y después de esta (Patricia M. Dietz año 2007); entre 4.398 mujeres embarazadas, 678 (15,4%) se identifican con la depresión durante al menos un período; 8,7%, 6,9%, y 10,4% tenían diagnósticos de depresión antes, durante y/o después del embarazo, respectivamente.²⁴

En trabajos más recientes, Wisner K. *et al.*, año 2009, señalan que la depresión mayor afecta también a los resultados reproductivos. Su estudio examinó: 1) anomalías físicas menores, 2) aumento de peso materno y el peso del niño al nacer, 3) el nacimiento prematuro, y 4) la adaptación neonatal resulta ser más laboriosa y con dificultada por la exposición a la depresión.²⁵

Todos los estudios remarcan igual la preocupación de nuevos estatutos para el diagnóstico de Depresión en gestantes así como el manejo y tratamiento. En un trabajo en Pakistán por Karmalina R. *et al.* año 2009 concluyeron que tanto la ansiedad y la depresión son más frecuentes durante la gestación en las mujeres paquistaníes, el numero era mayor en mujeres que sufrían de abuso sexual y físico, así como el abuso verbal, pero también han aumentado entre las mujeres con parejas desempleadas y aquellos de nivel socioeconómico bajo. Estos resultados sugieren que el desarrollo de un programa de tratamiento y detección de violencia doméstica y la depresión / ansiedad durante el embarazo puede mejorar la salud mental de las mujeres embarazadas pakistaníes; concluyendo también que el entorno socio cultural es un factor predominante en la depresión prenatal; así como lo es en nuestro medio.²⁶

También Luke S. *et al.* año 2009 EEUU, en un estudio prospectivo en mujeres afroamericanas demostró que el riesgo de depresión prenatal aumenta aproximadamente 5 veces entre las mujeres de bajos ingresos de 30 años de edad, en comparación con madres adolescentes. Los resultados son consistentes con el efecto de la sociedad como resultado de años de la carga de estrés acumulado debido a la marginación socioeconómica y la discriminación. Acotando así que mayor número de madres afroamericanas pueden beneficiarse con un cribado de la depresión prenatal de rutina para el diagnóstico precoz y la intervención de la depresión prenatal.²⁷

Misri S. *et al.* año 2010, estudiaron la depresión y la ansiedad prenatal y el

tratamiento con inhibidores selectivos de la receptación de serotonina y los inhibidores selectivos de la receptación de la noradrenalina su relación con la depresión post parto, concluyendo que existe un fuerte impacto de depresión y ansiedad después del parto directamente después de sufrir depresión antenatal, independientemente de su tratamiento prenatal para depresión. El curso de la enfermedad mental durante la gestación es un importante predictor de estrés post-parto para las madres. El reconocimiento precoz y el tratamiento hasta la remisión es clave para el control de esta enfermedad. ²⁸

Woods SM *et al.* año 2010, en un trabajo realizado Seattle EEUU, donde se evaluaron 1522 mujeres durante el período de Enero 2004 a Marzo 2008, concluyó que la depresión antenatal es común y es debido a factores de riesgo conocidos, como abuso sexual en la infancia, uso de drogas que recaen severamente durante el embarazo con pobres resultados beneficiosos para el niño.²⁹

Baker R. Orton *et al.* año 2015, en un trabajo realizado en Londres Inglaterra, tipo cohorte con una duración de evaluó a 209 418 gestantes, en un período del 1997 al 2014, en diferentes etapas de la gestación, concluyendo que las gestantes que sufrieron de depresión durante la gestación, tiene un riesgo incrementado de padecer depresión posparto hasta cinco año después del parto.⁶¹

Sobre el test de Edimburgo, se ha tocado en varios artículos el tema, ^{30- 31 - 32- 33} pero ninguno sin llegar a una validación de dicho instrumento. Entre ellos tenemos

Deirdre Ryan *et al.*, en un artículo de revisión publicado el 2005, basándose en base de datos MEDLINE desde enero 1989 a agosto de 2004 con las palabras claves: depresión, el embarazo, atención prenatal; se limitó a estudios del idioma Inglés, los artículos se centraron en la depresión durante el embarazo que fueron seleccionados para su revisión y se basaron en opiniones de expertos (evidencia de nivel III) y los estudios prospectivos (evidencia de nivel II) se llegó a la conclusión que el test de Edimburgo tiene un nivel de evidencia II para el diagnóstico de Depresión durante la gestación. ³⁰

Swalm D. *et al.* año 2009, en su trabajo sobre la utilidad del Test de Edimburgo en depresión gestacional, confirman que la subescala de ansiedad de EPDS y su utilidad en la detección de síntomas de ansiedad tiene un corte puntuación ≥ 4 , que obtuvo como resultado un 20% de la población de gestantes con diagnóstico de depresión, demostrando su utilidad.³¹

Bunevicius A *et al.* año 2009, también hacen una revisión sobre la validez del Test de Edimburgo en Lituania EEUU, llegando a la conclusión de que el EPDS es un instrumento de alta fidelidad para estimaciones periódicas de sintomatología depresiva durante la gestación. Su sensibilidad y especificidad para detectar Depresión Mayor prenatal con punto de corte óptimo de 11/12 o superior, resulta ser una de las mejores.³²

Lau Y *et al.* año 2010, China en un estudio sobre la viabilidad de test de Edimburgo modificado al mandarín, afirma que la prevalencia de la depresión posparto, utilizando el EPDS, fue de 4,7%; sugiere que el éxito EPDS está en que discrimina entre los no deprimidos, depresión leve y clínicamente deprimidos. Los datos confirman la validez de la versión China del EPDS en la identificación de la depresión posparto y antenatal entre las mujeres en Chengdu con > 10 puntos de corte. A causa de su brevedad y la aceptación, se recomienda que la EPDS debiera ser utilizado en los controles de rutina después del parto y durante la gestación.³³

En el año 2013, Ertel K. *et al.*, realizan un estudio en el que involucran dos variables, depresión en la gestación y tolerancia a la glucosa detectado en gestantes, basando su estudio con el uso del EPDS (Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo), en cuyo marco teórico hace una serie de acotaciones en donde se sugiere que los que la depresión como sintomatología es predecesora a los síntomas de diabetes mellitus. En su trabajo Karen A. Ertel *et al.* 2013, no logra encontrar una relación significativa entre la tolerancia

anormal de la glucosa y la depresión en la gestación, pero si plantea muchas preguntas para seguir siendo investigadas, ya que la relación entre pacientes deprimidas e incremento de glucosa se veía incrementado, dando paso a preguntarse si los síntomas de depresión son previos a la diabetes, ya que el estudio de Karen A. Ertel *et al.* presento dificultades en la toma de datos ya que no fue una población significativa en la cohorte.⁶²

En nuestro medio son pocos los artículos relacionados con Depresión en gestantes.^{11 – 12 – 13.}

En Lima, Perú, Qui C. *et al.* en el año 2007 presento un trabajo con muchas similitudes de resultados con otro estudio que se hizo en la maternidad de Lima por Sánchez S. *et al.* en el año 2008. Ambos trabajos presentaban una prevalencia de la depresión mayor en gestantes, de 13,5% y 17% respectivamente.

En un estudio realizado en Lima, Perú, por Luna M. *et al.* en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, cuya herramienta de medida fue el test de EPDS, dio como resultado un 40,1% de depresión mayor en la población de gestantes estudiadas. Las mujeres comprometidas desarrollaban menos depresión; las que no planearon su embarazo y que mostraron dificultades durante su gravidez desarrollaron más depresión que sus cónyuges. Se encontraron niveles muy álgidos de prevalencia de episodio depresivo mayor en las gestantes. Reiteraron que se debe prestar exclusiva vigilancia a las mujeres que muestran una gestación no planificada y las que padecen inconvenientes durante su embarazo, para poder hacer diagnósticos precoces y tratar oportunamente.¹³

Así podemos concluir que los que abarcan sobre depresión están comenzando a dar mayor importancia a la depresión durante la gestación, sin embargo, no existe un bagaje importante sobre este tema, especialmente en nuestro medio, así como una cierta cantidad de estudios que validen el test de Edimburgo para gestantes.

2.2 Bases Teóricas

La depresión mayor, es una enfermedad crónica y recurrente, es el motivo de morbilidad que se encuentra con más frecuencia en mujeres de edad fértil.^{34, 35} Cada año, un número substancial de mujeres entre 7 y 13% de la población mundial global, ^{36, 37} experimenta depresión mayor, su inicio coincide con la edad reproductiva de la mujer, ³⁸ se ha demostrado que de todas las gestantes un 30% sufre síntomas depresivos y en el caso de gestantes de nivel socioeconómico bajo, ³⁹ tasas tan altas como 50% han sido reportadas. ^{40, 41}

Muchas mujeres no son capaces de identificar su estado emocional depresivo e incluso no son capaces de buscar ayuda. ⁴²

Durante la gestación las mujeres son dependientes de sus parejas, de miembros de su familia y de proveedores de salud para su cuidado. Sin embargo la depresión que experimentan sigue con frecuencia sin ser reconocida. ³⁹

Espectro clínico de la depresión

Según en DSM V se clasifica en trastorno depresivo mayor: episodio único 296.2, trastorno depresivo mayor recurrente 296.3, trastorno distímico 300.4, el trastorno depresivo debido a otra afectación médica 293.83. ⁴³

Clínica de la depresión

El trastorno depresivo mayor, puede ser clasificado como grave, moderado y leve, dependiendo el grado de como los síntomas interfieren con la función social y ocupacional. Es característico de los episodios de depresión que se

puedan presentar una vez o repetidamente, como aparece en el CIE-10, con el código de F32. ⁴⁴

La característica principal son los episodios depresivos, en aparición de uno o más. La sintomatología es múltiple, siendo los síntomas cardinales el sentimiento de tristeza o vacío la mayor parte del día, casi todos los días e incluso las conductas de llanto observables por terceros y el desinterés o anhedonia (incapacidad de sentir placer) en las actividades diarias.

La baja de peso o aumento significativo de peso, disminución o aumento del apetito casi cada día, insomnio o incremento del sueño durante el día, aumento de la actividad o enlentecimiento psicomotores, sentirse fatigado o la disminución de la energía, la auto percepción de inutilidad o culpa inapropiada, baja autoestima, enlentecimiento en el pensamiento para tomar decisiones o de concentrarse, visión pesimista sin planes a futuro, pensar en la muerte o “desaparecer” recurrentemente e ideación suicida, son síntomas de los cuales como mínimo cinco deben estar presentes siendo persistentes por lo menos dos semanas, llevando al paciente a una alteración a nivel funcional social, laboral y familiar u otras áreas que considera importantes en su vida. Se diagnosticará de episodio depresivo recurrente si estos episodios se repiten dejando por lo menos dos meses un intervalo sin síntomas. ⁴³

Cuando nos referimos a la forma melancólica, se presenta como no reactividad a estímulos que causen placer a la persona, siendo esta mayor en la mañana y mejorando el ánimo en la noche, presentando insomnio de despertar precoz que le acompaña ansiedad.

DSM V, con el código de 296, define un episodio de depresión como aquel que se da en un periodo mayor de dos semanas, de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer en las actividades usuales, combinado con 5 o más síntomas, incluyendo pérdida de peso substancial, insomnio o hipersomnia, agitación psicomotora o letargo, fatiga, sentimientos de minusvalía o culpa, dificultad de concentración, y pensamientos de muerte y/o suicidio. ⁴⁴

Diagnóstico de depresión

Por el momento no existen indicadores de laboratorio, ni investigaciones imagenológicas con los que se diagnostique depresión por lo que este es fundado en signos y síntomas clínicos. Los criterios diagnósticos del CIE-10 y el DSM V suministran una aproximación descriptiva para su diagnóstico, severidad y duración. Hay que añadir el análisis del comportamiento y su desenvolvimiento social con lo que el diagnóstico se dará por acabado.⁴³

Estos criterios son los mismo que se usan para diagnosticar episodio depresivo en la gestación. Aun así, la sintomatología descrita y como el embarazo afecta la presentación de los signos y síntomas de esta enfermedad no se han categorizado y no se han puesto como una patología per se.³⁰

Tabla 1. Instrumentos despistaje de episodio depresivo mayor en la gestación

Depresión durante la gestación, cuantificación y medición

Actualmente tenemos instrumentos los cuales pueden identificar y cuantificar la severidad de la depresión en la población de gestantes. Sin embargo, no se tiene trabajos de investigación comparativos donde se demuestre cual es mejor.⁴⁵ Por lo menos cinco instrumentos se han aplicado en esta enfermedad (tabla 1).

Los factores que pronostican alto riesgo de enfermedad mental en gestantes y puérperas, han sido recopilados en la Tabla 2

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es un instrumento ventajoso que ha sido convertido a muchas lenguas, que consigue ayudar al experto de la salud en medir la severidad del episodio depresivo en pacientes embarazadas dando un modelo referencial.⁴⁶ También es importante reconocer que el curso de la depresión y la angustia pueden cambiar durante la gestación, y en el último trimestre, la depresión puede ser particularmente difícil

Variable Dependiente	Escala	Instrumento
Depresión durante la gestación	Depresión mayor. No depresión	EPDS
Variable Independiente	Tipo de Variable	Escala
Edad	Cuantitativa	Continua (En años)
Antecedentes Psiquiátrico: Tratamiento Psiquiátrico previo (Depresión, Ansiedad o Psicosis)	Cualitativo	Nominal (Diagnósticos)
Relación conyugal	Cualitativo	Ordinal (1.Buena 2. Mala)
Antecedentes Gineco- Obstétricos	Cualitativo	Nominal (Diagnósticos)

de reconocer debido a la coincidencia de los síntomas somáticos de la depresión con los últimos períodos de cambio del embarazo.⁴⁸

The Edinburgh Post Natal Depression Scale (EPDS): fue autorizada para el uso en gestantes, e incluso, el mismo paciente puede aplicarlo a si mismo, de 10 ítems creada en 1987 para despistaje de depresión postparto en muestras de la comunidad.⁴⁸ A partir de ahí ha sido admitida para ambas poblaciones embarazadas y no embarazadas.

El EPDS nos ofrece una puntuación ≥ 12 para episodio depresivo, siendo de 0.50 sensibilidad y una especificidad de 0.90 facilitando la detección de sintomatología depresiva. No incluye síntomas somáticos, centrándose en los síntomas afectivos y de pensamiento, evitando así confundir los síntomas fisiológicos normales del embarazo, con la somatización que se encuentra en la depresión.⁴⁶

Tabla 2. Indicadores de riesgo de trastornos mentales en gestantes y post natal

- Historia de la poca conformidad con las citas y / o medicamentos
 - No atendida por investigadores apropiados por prenatal / postnatal
 - No vigilancia de la salud propia y el estado nutricional adecuado
 - No se puede dormir no relacionados con el bebé despierto
 - Tendencia a recurrir a los cigarrillos, el alcohol y otras drogas para aliviar el estrés
 - La víctima de intimidación y / o la violencia de su pareja
 - Dificultad para relacionarse positivamente con su feto y el bebé
 - Conductas auto daño o suicidas
-

Una preplanificación o la discusión posterior a la concepción deben centrarse en dos temas específicos de salud mental y los problemas de rutina del embarazo (Tabla 3).

Tabla 3. Historia específica de salud mental

- Historia de la enfermedad mental pasada y tratamiento incluyendo hospitalización
- Antecedentes familiares de enfermedad mental
- Recientes progresos y estado mental actual incluyendo el riesgo de autolesiones
- Red de apoyo
- Medicación actual, el papel de los medicamentos antipsicóticos en infertilidad, sus datos de seguridad conocido durante el embarazo y la lactancia
- Temores (por ejemplo, medicamentos, riesgos hereditarios, los efectos del embarazo en el trabajo y las relaciones

Las mujeres con enfermedad mental crónica tienen mayores tasas de enfermedades de transmisión sexual ⁴⁹. Ellas pueden tener más parejas sexuales, participar en prácticas sexuales de alto riesgo, o ser víctimas de abuso. ⁵⁰ Es importante detectar estos factores de riesgo, tanto al inicio del embarazo y, si es que siguen en riesgo, en el tercer trimestre de embarazo. ⁵¹

Bases biológicas de la depresión

Aun se desconoce la etiología de la depresión, pero se tiene en cuenta que existe una potenciación entre la parte neurobiológica y ambiental del individuo que combinados con la predisposición genética hacen que se desarrolle.

La respuesta del cerebro ante eventos estresantes podría estar relacionado con la aparición de la depresión, ⁵² esto se explica por el incremento de los niveles de la hormona liberadora de corticotropina (CRH), ⁵³ siendo esta la principal reguladora del sistema límbico hipotalámico pituitario adrenal (LHPA). Los estudios demuestran que la CRH se encuentran distribuida en el sistema serotoninérgico, lo que se podría explicar su intervención en la alteración neurológica relacionada a cambios en el estado de ánimo.^{54, 55}

Otra explicación son los desórdenes de los circuitos del sistema monoamina, siendo estos la norepinefrina y serotonina. Las respuestas emocionales, como miedo, agresividad, ansiedad, estrés y sueño estarían más relacionadas con la norepinefrina y la parte más emotiva, el comer, dormir y dolor estaría más

relacionado a la serotonina, así pues, si se depletan estos transmisores nos llevaría a un estado de depresión. ⁵⁶

Si relacionamos los niveles hormonales con la gestación, podríamos asumir que este puede ser un gatillo para depresión. ^{55,46} Los niveles de progesterona, estradiol, CRH, corticotropina y cortisol se incrementan con la progresión del embarazo. Los principales reguladores del eje LHPA son CRH y estrógenos, ya que durante este proceso es necesario para el organismo grandes cantidades de corticotropina, lo que genera un incremento de cortisol y por tanto de la corteza adrenal.

Al término de la gestación, se observa un incremento del CRH, necesaria para el incremento de secreción placentaria del mismo como respuesta que se da a la elevación de los niveles del cortisol siendo estos niveles necesarios para inhibir la síntesis y acciones del estradiol. Así pues, niveles bajos del estradiol del plasma se relacionan a intentos de suicidio en mujeres no gestantes, lo cual podría también suceder en mujeres gestantes solo que con un componente más fisiológico. Podemos ver entonces que el incremento hipotalámico del CRH es potencialmente patógeno y está más relacionado a depresión melancólica, desórdenes alimenticios, y alcoholismo crónico. ²⁰

Al parecer, la depresión también tiene una relación con la etiología de enfermedades autoinmunes, y este a su vez parece tener una etiología autoinmune, de cualquier forma, la relación entre de depresión y los procesos autoinmunes están relacionados. ⁶³

Marco referencial

Las investigaciones en las últimas décadas han evidenciado que la depresión es un desorden común en las mujeres.

En los estudios realizados sobre depresión durante la gestación hacen referencia a la importancia de variables asociadas. ⁵

Factores de riesgo

A pesar de tener claro que la depresión es una patología cuya base biológica esta muy bien explicada, no podemos pasar por alto los factores de riesgo psicosociales que pueden funcionar como gatillantes del evento. Dentro de los más específicos para depresión en la gestación tenemos la primiparidad, abandono social por parte de la familia, abuso de sustancias, abortos anteriores y no deseos de llevar a cabo la gestación. Existen factores de riesgo relacionados a depresión per se y estos también son de importancia para el pronóstico de la depresión en la gestación, como el abuso de alcohol, bajo nivel socio económico que acarrea el desajuste social, eventos vitales estresantes en la infancia y adolescencia y mala relación conyugal.⁵⁷

2.3 Definición de términos básicos

Depresión mayor: Es un trastorno mental que se le incluye dentro de los trastornos del estado del ánimo, con criterios definidos en el CIE-10 y en el DSM-V, para su diagnóstico anteriormente descritos.

Gestación: Es el periodo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto.

Datos sociodemográficos: Edad, Grado de instrucción, Estado civil, Relación conyugal, Ocupación.

Datos ginecológicos y obstétricos: Número de hijos, mes de gestación, embarazo planificado, complicaciones durante el embarazo, antecedente de aborto, consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas, comorbilidad con enfermedades no psiquiátricas.

Tratamiento psiquiátrico previo: Pueden ser biológicos aquellos que actúan a nivel bioquímico en el cerebro del paciente, como es el caso de los medicamentos (ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del ánimo), terapia electroconvulsiva, estimulación transcraneal. Los psicoterapéuticos en los que se hace uso de técnica psicoterapéuticas (terapia cognitivo conductual, terapia gestáltica, análisis transaccional, logoterapia, terapia dialéctica conductual , etc)

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

En este trabajo no es necesario hacer la formulación de la hipótesis.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de las categorías	Medio de verificación
Depresión	Estado de tristeza de las mujeres durante la gestación	Cualitativa	Escala de depresión postparto Edimburgo (EDPS)	Razón	Del 1 al 10	< 10: Sin depresión en la gestación ≥ 10: Depresión en la gestación	Tarjeta marcada por la entrevistada
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	Cuantitativa	Ficha de datos	Discreta			Ficha sociodemográfica

Tratamiento Psiquiátrico previo	Diagnostico psiquiátrico, tratamiento farmacológico o y psicoterapéutico.	Cualitativa	Ficha de datos	Nominal			Ficha sociodemográfica
Relación conyugal		Cualitativa	Ficha de datos	Ordinal	Buena, Mala		Ficha de datos
Antecedentes ginecológicos y obstétricos	Gestaciones previas, Abortos previos, Medicación, Operaciones previas	Cualitativa	Medicación Lugar de atención	Nominal			Ficha de datos

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

En el presente trabajo es observacional, según la intervención del investigador; descriptivo, por el alcance; según el número de mediciones, transversal y por la toma de datos, prospectivo.

4.2 Diseño muestral

Se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{E^2(N-1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Donde:

N=Población=1368

Z=Nivel de confianza 90% =1.64

P=Proporción de depresivas= 0.40

Q=1-P=0.60

E=Error absoluto=0.10

n = tamaño muestra

Reemplazando:

$$n = \frac{1368 * 2.6896 * 0.4 * 0.6}{0.01 * (1368 - 1) + 2.6896 * 0.4 * 0.6}$$

$$n= 96$$

Calculando el tamaño de muestra ajustado mediante la fórmula mencionada, con una población de N=1368 que es en promedio el número de pacientes atendidas por consultorio externo en el lapso de un año (enero a diciembre), obteniéndose n= 96 pacientes gestantes, como muestra significativa.

En conclusión, de un total de 1368 pacientes gestantes; se tomará un tamaño de muestra de 96 pacientes gestantes, con un nivel de confianza de 90%, y un P = 0.4 de proporción de depresivas en trabajos anteriores.

4.2.1 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Paciente

- gestante,
- gestantes que acudan a la consulta externa del Servicio de Obstetricia,

- sin dificultades para aplicar los instrumentos de valoración (analfabetismo, uso de otro idioma, problema de audición y lenguaje),
- que acepten el consentimiento informado.
- sin alto riesgo obstétrico (ARO).

Criterios de exclusión

Paciente

- no gestante,
- gestantes que no acuda a la consulta externa del Servicio de Obstetricia,
- con dificultades para aplicar los instrumentos de valoración (analfabetismo, uso de otro idioma, problema de audición y lenguaje).
- que rechazó el consentimiento informado,
- con alto riesgo obstétrico (ARO).

4.3 Procedimiento de recolección de datos

La muestra será tomada intencionalmente del grupo de gestantes que acuden al servicio de Obstetricia por consulta externa.

Se aplicará una encuesta con las siguientes partes:

- Obtención del consentimiento escrito
- Datos generales
- Aplicación de la Escala de Edimburgo de depresión puerperal. Es un cuestionario de 10 preguntas autoadministrado. Cada pregunta tiene un valor de 0 a 3.

Recolección de datos

Se realizará las entrevistas a las pacientes que acuden a la consulta externa del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima- Perú al azar, tomando en cuenta el registro de las pacientes que serán atendidas el día de las encuestas, considerando los criterios de inclusión y exclusión, según muestreo sistemático.

Se tendrá cuidado en controlar la influencia de las variables intervinientes en el proceso de recolección de datos.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Cada pregunta que haya sido debidamente contestada será introducida en una base de datos, para luego ser procesadas. La información será analizada estadísticamente. El tipo de análisis será cuantitativo.

Se presentará los resultados en tablas y gráficos de acuerdo a los objetivos, variables e hipótesis.

4.5 Aspectos éticos

Este trabajo de investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética del Hospital.

Se llevará a cabo la recolección de datos con el debido consentimiento de las pacientes antes de ser entrevistadas.

CRONOGRAMA

2018	En	Feb	Marz	Ab	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Presentación de proyecto de investigación												
Investigación bibliográfica												
Cita con pacientes en consulta externa												
Recolección												

de datos y registro de información en ficha												
Análisis de la información												
Revisión de resultados												
Elaboración del informe final												
Presentación de trabajo de investigación												

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science* 1995; 269: 799-806
2. Judd, L., Akiskal, H., Maser, J., Zeller, P., Endicott, J., Coryell, W., Paulus, M., Kunovac, J., Leon, A., Mueller, T., Rice, J. and Keller, M. A Prospective 12-Year Study of Subsyndromal and Syndromal Depressive Symptoms in Unipolar Major Depressive Disorders. *Archives of General Psychiatry*, (1998). 55(8), p.694.
3. Murray, C., & Lopez, A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 1997, 349(9064): 1498-1504.

4. Hobfoll, S., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M., & et al. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63(3): 445-453.
5. Chokka, P. Can an Integrative Approach to the Management of Depression Help Patients Achieve Functional Recovery? A Review of Current Literature. *Journal of Depression and Anxiety*, 2013. 02(03).
6. Bowen Angela, Buhajerine Nazeem, Antenatal Depression Pregnancy, November 2006, vol 102 N 9.
7. QIAO, Y., WANG, J., LI, J., & ABLAT, A. The prevalence and related risk factors of anxiety and depression symptoms among Chinese pregnant women in Shanghai. 2009. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 49(2): 185-190. Picech R, Flores L, Lanser R, Cremonte M. Depresión y embarazo. *Rev Post – Grado Med (Corrientes, Argentina)*, 2005; 145: 5 -8.
8. Azevedo da Silva Ricardo; Jansen Karen *et al.*, Depression During pregnancy in the Brazilian Public Health, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2010; 32: 2- 139.
9. Commonwealth Department of Health and Aged Care, Australian Institute of Health and Welfare. National health priority areas report. Mental health 1998. Canberra: AIHW; 1999 AIHW Cat. No. PHE 13.
10. Berardi D, Leggieri G, Bertti CG, *et al.* Depression in primary care: a nationwide epidemiological survey. *FamPract* 2002; 19: 397-400.
11. Marcus S.M. *et al.*, Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*, 2003; 12 W. 373-380.
12. Heather A. Bennett, Depression during Pregnancy, *Clinical drug investigation*, 2004; 3: 24.
13. Evans G, Heron J, Francomb H, *et al.* Cohort study of depressed mood

- during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 6: 67
14. Megan V. Smith, M.P.H., Robert A. Rosenheck, Screening for and Detection of Depression, Panic Disorder, and PTSD in Public-Sector Obstetric Clinics. *Yonkers, M.D.* 2008; 160: 6-12.
 16. Affonso DD, Lovett S, Paul S et al. Dysphoric distress in childbearing women. *J Perinatol* 1992; 12: 325–332
 17. Marcus S.M. et al, Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women’s Health*, 2003; 12 W. 373-380.
 - 18 Heron. J O'Connor, T,G Evans *et al.*, The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum In a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 2004; 23: 4.
 - 19 Oates, M et al; Suicide: The leading cause of maternal death. *British Journal of Psychiatry*, 2003: 783.279-281.
 - 20 Heather A. Bennett, Depression during Pregnancy, *Clinical drug investigation*, 2004; 3: 24.
 - 21 Evans J, Heron J, Francomb H, *et al.* Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. 2001; *BMJ* 6: 67
 - 22 Megan V. Smith, M.P.H., Robert A. Rosenheck, Screening for and Detection of Depression, Panic Disorder, and PTSD in Public-Sector Obstetric Clinics. *Yonkers, M.D.* 2008; 160: 6-12.
 - 23 Kessler, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS, National Comorbidity Survey Replication: The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2006; 5
 - 24 Dietz P., Dr.P.H., M.P.H Clinically Identified Maternal Depression Before, During, and After Pregnancies Ending in Live Births. *Hornbrook*, 2007; 12
 - 25 Wisner, **K** Major Depression and Antidepressant Treatment: Impact on **Pregnancy** and Neonatal Outcomes *Am J Psychiatry* 2009; 166:557-566
 - 26 Karmaliani R., Omrana Women of Hyderabad, Pakistan Prevalence of Anxiety, Depression and Associated Factors Among Pregnant, *Int J Soc*

- Psychiatry 2009; 55; 414
- 27 Luke S, Salihu HM, Alio AP, Mbah AK, Jeffers D, Berry EL, Mishkit VR. Risk factors for major antenatal depression among low-income African American women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009, 5: 32-40
- 28 Misri S, Kendrick K, Oberlander TF, Norris S, Tomfohr L, Zhang H, Grunau Antenatal depression and anxiety affect postpartum parenting stress: a longitudinal, prospective study *Can J Psychiatry*. 2010; 13; 112-234
- 29 Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan MY, Gavin A University of Washington School of Medicine, Seattle, USA. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 23: 345-444
- 30 Deirdre Ryan, Lisa Milis Nicholas Misri, Depression During Pregnancy, *Cam Fam Physican* 2005; 65: 144-253
- 31 Swalm D, Brooks J, Doherty D, Nathan E, Jacques A. Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for perinatal anxiety. *Arch Womens Ment Health*. 2010; 12: 523 -566
- 32 Bunevicius, A., Kusminskas, L., Pop, V., Pedersen, C., & Bunevicius, R. Screening for antenatal depression with the Edinburgh Depression Scale. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2009. 30(4): 238-243.
- 33 Lau Y, Wang Y, Yin L, Chan KS, Guo X. Validation of the Mainland Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Chengdu mothers. *Int J Nurs Stud*. 2010; 5: 122-222
- 34 Judd, L., Akiskal, H., Maser, J., Zeller, P., Endicott, J., & Coryell, W. et al. A Prospective 12-Year Study of Subsyndromal and Syndromal Depressive Symptoms in Unipolar Major Depressive Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1998. 55(8): 694.
- 35 Murray, C., & Lopez, A. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 1997. 349(9064): 1498-1504.
- 36 Hobfoll, S., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M., & et al. Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995. 63(3): 445-

- 453.
- 37 Field, T. Postpartum Depression Effects, Risk Factors and Interventions: A Review. *Clinical Depression*, 2017. 03(01).
- 38 Weissman, M., & Olfson, M. Depression in women: implications for health care research. *Science*, 1995. 269(5225): 799-801
- 39 Johanson, R., Chapman, G., Murray, D., Johnson, I., & Cox, J. The north staffordshire maternity hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2000. 21(2): 93-97.
- 40 Perry, S. Reports from the Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 1995, 11(03): 624-628.
- 41 Berardi, D. Depression in primary care. A nationwide epidemiological survey. *Family Practice*, 2002. 19(4): 397-400.
- 42 Murray L, Woolgar M, Murray J, Cooper P. Self-exclusion from health care in women at high risk for postpartum depression. *J Public Health Med* 2003; 448: 56 – 79.
- 43 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^o edition (DSM-5 TR) American Psychiatric Association. American Psychiatric Press, 2013; 7: 566- 788
- 44 Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 10^o edition. Lippincott Williams & Wilkins Press, 2007; p 144 -160
- 45 Heather A. Bennett y col, Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review *Obstetrics & Gynecology* 2004;103:698-709
- 46 Cox JL, Chapman G, Murray D, *et al.* Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in non-postnatal women. *J Affect Disord* 1996; 39: 185-9.
- 47 Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol* 2007;110:1102–12.

- 48 Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, *et al.* Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1994; 272: 1749-56
- 49 Cloverdale JH, Bayer TL, McCullough LB, Chervenouk FA. Sexually transmitted disease prevention services for female chronically mentally ill patients. *Community Ment Health J* 1995;31:303–15
- 50 Solari H, Dickson KE, Miller L. Understanding and treating women with schizophrenia during pregnancy and postpartum. *Can J Clin Pharmacol* 2009;16:e23–32
- 51 Jaqueline Frayne, thinghn Nguyne, Suzanne Alle, Motherhood and menta illness, *Australia Family Physica*, 2009; 3
- 52 Farvolden P, Kennedy SH, Lam RW. Recent developments in the psychobiology and pharmacotherapy of depression: optimising existing treatments and novel approaches for the future. *Expert Opin Investig Drugs* 2003; 12: 65-86
- 53 Nemeroff CB. Recent advances in the neurobiology of depression. *Psychopharmacol Bull* 2002; 36: 6-23
- 54 Nemeroff CB. The neurobiology of depression. *Sci Am* 1998; 278: 42-9
- 55 Nestler EJ, Barrot M, DiLeone RJ, *et al.* Neurobiology of depression. *Neuron* 2002; 34: 13-25
- 56 Pfof KS, Stevens MJ, Lum CU. The relationship of demographic variables, antepartum depression, and stress to postpartum depression. *J Clin Psychol* 1990; 46: 588-92
- 57 Martha B. Rondon transtornos depresivos durante el embarazo departamento de pasiuiatria y salud mental de la UPCH, 2008; 9: 455-489
- 58 Serrano, R. Un 10% de embarazadas presenta riesgo de depresión en la gestación. *Diario Médico* Dec 19 2016
- 59 Míguez, M. C., Fernández, V., & Pereira, B. (2017). depresión postparto y factores asociados en mujeres con embarazos de riesgo. *Psicología Conductual*, 25(1), 47-64.
- 60 Hall, J. J. (2015). The impact of prenatal depressive symptoms, intimate partner relationship, and immune status on postpartum depression (Order No. 10005655). Available from ProQuest Central. (1764222664).

- 61 Baker, R., Orton, E., Kendrick, D., & Tata, L. J. (2015). Maternal depression in the 5 years after childbirth among women with and without perinatal depression: A population-based cohort study. *The Lancet*, 386
- 62 Etel K., Prenatal depressive symptoms and abnormalities of glucose tolerance during pregnancy among Hispanic women Received: 20 March 2013 /Accepted: 27 August 2013/Published online: 21 September 2013 # Springer-Verlag Wien 2013.
- 63 Andersson, N. W., Gustafsson, L. N., Okkels, N., Taha, F., Cole, S. W., Munk-Jørgensen, P., & Goodwin, R. D. (2015). Depression and the risk of autoimmune disease: A nationally representative, prospective longitudinal study. *Psychological Medicine*, 45(16), 3559-3569

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de la investigación	Pregunta de investigación	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Prevalencia del trastorno depresivo mayor en gestantes Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018	¿Cuál es la prevalencia del trastorno depresivo mayor en gestantes Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018?	Conocer la prevalencia del trastorno depresivo mayor en gestantes Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018 Objetivos específicos Determinar la prevalencia de depresión mayor en las gestantes que acuden a consulta externa del servicio de Ginecología y	No corresponde	Observacional descriptivo transversal	Gestantes que acuden a consulta externa y entrevista	Ficha de datos sociodemográficos Escala de Edimburgo para depresión postparto

		<p>Obstetricia del Hospital Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú 2018</p> <p>Identificar las características socio demográficas de las gestantes con trastorno depresivo mayor que acuden a consulta externa del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital "Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú 2018</p> <p>Identificar características Obstétricas de las gestantes con trastorno depresivo mayor que acuden a consulta externa del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú 2018</p>				
--	--	--	--	--	--	--

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ESCALA DE EDIMBURGO

Durante la semana que acaba de transcurrir (los últimos 7 días).

1. ¿Ha podido reír y ver el lado divertido o agradable de las cosas?

0. Igual que siempre.
1. No tanto como antes.
2. Definitivamente menos que antes.
3. Nunca.

2. ¿Ha visto su futuro con optimismo?

- 0. Igual que siempre.
- 1. Un poco menos que antes.
- 2. Definitivamente menos que antes.
- 3. Prácticamente nunca.

3. ¿Se ha sentido culpable sin razón cuando las cosas han salido mal?

- 3. Sí, la mayor parte del tiempo.
- 2. Sí, a veces.
- 1. No muy a menudo.
- 1. No, nunca.

4. ¿Se ha sentido nerviosa o preocupada sin alguna buena razón?

- 0. No, nunca
- 1. Casi nunca
- 2. Sí, a veces
- 3. Sí, muy frecuentemente.

5. ¿Ha sentido terror o pánico sin motivo, “de la nada”?

- 3. Sí, muy frecuentemente.
- 2. Sí, a veces.
- 1. No, no muy frecuentemente
- 0. No, nunca

6. ¿Se ha sentido abrumado por las cosas que le pasan?

- 3. Sí, la mayor parte del tiempo me he sentido incapaz de afrontar las cosas.
- 2. Sí, a veces no me he sentido tan capaz de afrontar los problemas como antes.
- 1. No, yo he podido afrontar la mayor parte de las soluciones.
- 0. No, yo me siento tan capaz de afrontar los problemas como siempre.

7. ¿Se ha sentido tan intranquila que ha tenido dificultad para dormir?

- 3. Sí, la mayor parte del tiempo.
- 2. Sí, a veces.
- 1. No muy frecuentemente.
- 0. No, nunca.

8. ¿Se ha sentido triste o poco afortunada?

- 3. Sí, la mayor parte del tiempo.
- 2. Sí, muy a menudo.
- 1. No muy a menudo.
- 0. No nunca.

9. ¿Se ha sentido tan triste que ha estado llorando?

- 3. Sí, la mayor parte del tiempo.
- 2. Sí, muy a menudo.
- 1. Solo a veces.
- 0. No nunca.

10. ¿Ha llegado a pensar en hacerse daño?

- 3. Sí, muy frecuentemente.
- 2. A veces.
- 1. Casi nunca.
- 0. Nunca.

Puntaje:.....

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA Y OBSTÉTRICA

DATOS GENERALES

Edad años

Grado de instrucción (marque con una X):

Primaria completa

Primaria incompleta

Secundaria completa

Secundaria incompleta

Técnica completa.....

Técnica incompleta.....

Superior completa.....

Superior incompleta.....

Estrado civil (marque con una X):

Casada..... conviviente..... soltera..... separada..... Viuda....

Su relación de pareja es (marque con una X):

Buena..... Mala.....

¿A qué se dedica usted?

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

1. G P..... FUR:

2. ¿En que mes de su gestación se encuentra?

3. ¿Su embarazo actual fue planificado?

No..... 2 Sí.....

4. ¿Su embarazo actual fue planificado?

No..... 2 Sí.....

5. ¿Tuvo o tiene Ud. alguna complicación durante su embarazo?

No..... 2 Sí.....

Especifique.....

6. ¿Tuvo usted algún aborto?

Si.....2 no.....

7. ¿Toma Ud. bebidas alcohólicas u otras drogas?

No..... si.....

8. Actualmente ¿Sufre Ud. de alguna enfermedad?

No..... 2 Sí.....

9. ¿Cuenta usted con el apoyo de su familia? Si..... no.....

10. ¿Actualmente tiene Ud. otro tipo de problemas? Especifique.

Económicos.....

Familiares.....

Laborales.....

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS

11. ¿Sufre usted o a sufrid alguna enfermedad/trastorno mental? Si.... no....

Dx:.....

Si es SI:

12. ¿Qué medicación usa?:

13. ¿Ha recibido psicoterapia? Si.... No...

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el presente estudio titulado: Prevalencia de Depresión Mayor en gestantes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima–Perú, es objetivo determinar la prevalencia de depresión en las pacientes que acuden a consulta externa de este Hospital, para ello solicitamos su participación en el llenado de una ficha sociodemográfica y la escala de depresión de Edimburgo, las cuales serán anónimas y cuyos resultados serán manejados de manera confidencial sólo por el investigador. En ese sentido tiene Ud. la libertad de no aceptar esta

entrevista o retirarse en el proceso del mismo sin ningún perjuicio en su atención.

En caso de detectar alguna alteración significativa del estado de ánimo, se le comunicará de forma inmediata y se le brindará la orientación para que pueda recibir el manejo adecuado.

Yo estoy de acuerdo en responder el cuestionario.

Lima, de del 201..