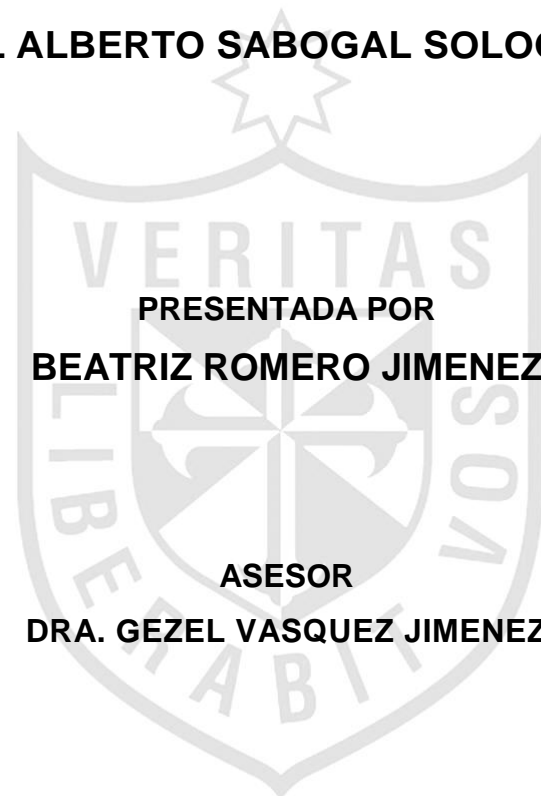




FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN GESTANTES HOSPITAL
NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2019**



PRESENTADA POR
BEATRIZ ROMERO JIMENEZ

ASESOR
DRA. GEZEL VASQUEZ JIMENEZ

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

**LIMA – PERÚ
2019**



**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 DE DEPRESIÓN EN GESTANTES
HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL
SOLOGUREN 2019**

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

**PRESENTADO POR
BEATRIZ ROMERO JIMENEZ**

**ASESOR
DRA. GEZEL VASQUEZ JIMENEZ**

LIMA, PERÚ

2019

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	2
1.4 Justificación	3
1.5 Viabilidad y factibilidad	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	8
2.3 Definición de términos básicos	12
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	14
3.1 Formulación de la hipótesis	14
3.2 Variables y su operacionalización	14
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	16
4.1 Tipos y diseño	16
4.2 Diseño muestral	16
4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos	17
4.4 Procesamiento y análisis de datos	18
4.5 Aspectos éticos	18
CRONOGRAMA	19
PRESUPUESTO	20
FUENTES DE INFORMACIÓN	21
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La depresión se encuentra situada dentro de los trastornos psiquiátricos con más prevalencia en los adultos a nivel mundial, esta enfermedad afecta a cada persona que la padece, de manera particular en lo que respecta a la severidad, la intensidad y la duración de la sintomatología, modifica el estado de ánimo, la forma de pensar, la autoestima. Asimismo, el ciclo de sueño-vigilia y la alimentación se pueden ver afectados.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es muy frecuente a nivel mundial, más de 300 millones de personas la padecen, siendo más prevalente en mujeres que en hombres, afectando el desempeño laboral, escolar, familiar según sea su intensidad. Se considera que para el 2020, la depresión será la enfermedad principal causante de discapacidad a nivel mundial. Actualmente, esta enfermedad es la que más contribuye a la discapacidad en el mundo (7.5%) (1).

En la población en general se estima que la prevalencia de depresión en mujeres gestantes es del 7%; además, algunas encuestas sugieren que la prevalencia de depresión en gestantes es igual o ligeramente menor que las mujeres no gestantes(2). Sin embargo, el diagnóstico de depresión en gestantes no se llega a realizar comparado con las mujeres no gestantes. Es importante tener en cuenta que la mayoría de los síndromes depresivos que ocurren en la etapa de gestación representan el primer episodio en la vida de las pacientes (3).

El embarazo comprende un periodo de riesgo para desarrollar depresión; de acuerdo a un estudio de Lam la prevalencia de depresión en gestantes en nuestro país es de alrededor del 34%, cifra que puede estar infravalorada (4). Pese a que esta cifra es alarmante, no existen muchos estudios con los que se

pueda hacer seguimiento a la progresión de esta enfermedad, y de forma particular en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren donde se realizará la investigación, no existe ningún estudio acerca de la prevalencia de esta patología dentro de la población de gestantes que manejan .

De mantenerse este vacío en la información, no se podrá planificar medidas de prevención, abordaje y tratamiento sumamente necesarias para las gestantes que la padecen, con lo cual, se estaría limitando el buen desempeño social, laboral y familiar de estas pacientes, que a corto plazo repercutirá en la salud mental de los niños de estas madres.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia de depresión en gestantes que acuden a control en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren de mayo a octubre 2019?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar la prevalencia de depresión en gestantes que acuden a control en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren de mayo a octubre 2019.

Objetivos específicos

Establecer las características sociodemográficas en gestantes que acuden a control en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren de mayo a octubre 2019.

Identificar a las gestantes con diagnóstico de depresión para proporcionarles un plan de atención y tratamiento en coordinación con el servicio de psiquiatría.

Identificar la presencia de antecedentes psiquiátricos en gestantes que acuden a control en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional

Alberto Sabogal Sologuren de mayo a octubre 2019.

Otorgar herramientas al personal de salud, para que puedan reconocer síntomas de depresión en las gestantes que acuden a control en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

1.4 Justificación

En nuestro país, la prevalencia de vida de la depresión es bastante elevada probablemente debido al contexto social y político en el que vivimos, que se traduce en el incremento de la pobreza, del desempleo, de la violencia física y psicológica dentro y fuera del hogar, entre otros. La gran mayoría de las personas que padece de depresión, no lo saben, de los pocos que llegan a ser diagnosticados menos de la mitad recibe una atención adecuada. No existen campañas de detección de depresión como si se puede observar para el caso de otras enfermedades no transmisibles.

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente, se llevara a cabo esta investigación, con la finalidad de identificar y observar los factores asociados a la depresión en gestantes en un periodo determinado en un hospital general, para luego sustentar la incorporación de nuevas estrategias sanitarias y en un futuro próximo un servicio de psiquiatría perinatal, destinados a mejorar la salud mental tanto de la madre como del niño, identificando así los factores de riesgo para poder rectificar y modificar patrones de conducta y estilos de vida, con lo que se realizaría labor netamente preventiva con miras a disminuir y erradicar nuevos casos de trastornos psiquiátricos infantiles.

1.5 Viabilidad y factibilidad

El proyecto es viable dado que la institución hospitalaria donde se realizará el proyecto es una sede docente en donde se alienta y apoya a los médicos residentes para que realicen trabajos de investigación.

El proyecto es factible porque se dispone de tiempo suficiente para ejecutarlo, el material que se necesita no implica gran inversión económica y será asumido enteramente por la investigadora, la información se obtendrá al aplicar encuestas, la población de estudio es numerosa con lo que no habrá dificultad en obtener una muestra adecuada para obtener resultados significativos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Szegda K et al., en 2014, realizaron una revisión sistemática, entre 1996 y 2011 evaluando depresión materna, nacimientos pre-término, edad gestacional, bajo peso al nacer y recién nacidos pequeños para edad gestacional. Encontraron que niveles elevados de depresión aumentaba el riesgo de presentar recién nacidos pre-término y pequeños para edad gestacional. Los hallazgos respecto a recién nacidos con bajo peso al nacer asociado a depresión materna fueron menos consistentes. Concluyeron que la depresión durante la gestación podría ser un importante factor de riesgo para que se presenten recién nacidos pre-término, recién nacidos pequeños para la edad gestacional y probablemente con bajo peso al nacer (5).

En 2017 Taylor A et al. investigaron respecto a la asociación del consumo de tabaco en madres gestantes y el riesgo de desarrollar depresión. Desarrollaron un metaanálisis que incluyó la revisión del *Avon Longitudinal Study of Parents and Children* (ALSPAC) de Reino Unido (N=2,869), *Nord-Trøndelag health study* (HUNT) de Noruega (N=15,493), *Pelotas 1982 Birth Cohort Study* de Brazil (N=2,626), y *Sibling Health Cohort* (N=258 pares de hermanos) en Suecia. Llevaron a cabo evaluaciones de la asociación entre el consumo de tabaco de madres y el consumo de tabaco del cónyuge; así mismo, compararon los resultados obtenidos con los hermanos de los sujetos de estudio. Los autores concluyeron la existencia de una pobre asociación entre consumo de tabaco materno (no del cónyuge) y el desarrollo de depresión; por otra parte, no se encontró mayor riesgo de depresión entre hermanos (6).

Joelsson S et al. presentaron en 2017 un trabajo de investigación cuyo objetivo fue encontrar la prevalencia de depresión entre mujeres con diagnóstico de infertilidad no gestantes, gestantes luego de tratamiento de fertilidad y gestantes sin tratamiento de fertilidad. La prevalencia de ansiedad y síntomas depresivos del primer grupo fue de 57.6% y 15.7%, lo cual era significativamente mayor en comparación a las del segundo grupo y tercer

grupo (21.1% - 8.5% y 18.8% - 10.3%). Por otra parte, resaltan los estilos de vida que no son saludables como posibles factores de riesgo (consumo de tabaco, alcohol, sobrepeso, escasa actividad física) (7).

Miyake Y et al. realizaron un trabajo de investigación transversal, descriptivo en Japón en 2017, el cual tuvo como objetivo encontrar la asociación entre patrones de alimentación y los síntomas depresivos durante la gestación. Estudiaron a un grupo de gestantes entre mayo 2007 y marzo 2008 mediante un cuestionario auto aplicado, encontrando que patrones de alimentación más saludables estaban inversamente asociados al riesgo de depresión durante la gestación (8).

En 2017 Huang HC et al. realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar las consecuencias obstétricas de gestantes con depresión en comparación a gestantes sin depresión entre 2005 y 2013, encontrando que el primer grupo presentaba mayores eventos de hiperémesis (39.3 Vs. 35.5%), abortos (3.3 Vs. 2.6%), mala presentación (12.3 Vs. 10.3%) y cesáreas (40.2 Vs. 34.6%), llegaron a la conclusión de que las gestantes con depresión podrían desarrollar mayor cantidad de efectos adversos en comparación con las que no presentan la patología (9).

Rashid A y Mohr R, en 2017, la prevalencia de síntomas depresivos en 3000 gestantes con pobre apoyo social que asistían a controles prenatales. Emplearon la Escala de Edimburgo y la Oslo 3-social Support Scale (OSS-3). En los resultados hallaron una prevalencia de 20% de síntomas depresivos. Un 61.3% contaban con apoyo moderado, seguido por un 22% con mal apoyo social. Concluyeron que existe una fuerte asociación entre escaso apoyo social y depresión en gestación (OR 2.2) (10).

En 2010, Goedhard G et al. realizaron un estudio de tipo cohorte en Holanda, cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre síntomas depresivos maternos y recién nacidos pre-término, recién nacidos pequeños para edad gestacional y Apgar bajo, encontrando fuerte asociación entre síntomas depresivos y recién nacidos pequeños para edad gestacional (OR 1.16), y Apgar bajo (OR 1.74); no

se encontró esta misma asociación con pre-términos y pérdidas (11).

En 2009 Krauss P et al. realizaron un trabajo de investigación en Brasil, de tipo observacional, prospectivo durante un año, cuyo objetivo principal fue establecer la prevalencia y factores de riesgo de presentar depresión mayor en gestantes, encontraron que la prevalencia de depresión durante el periodo de gestación fue de 14.2% y concluyeron como factores de riesgo asociados: historia de depresión o tratamiento psiquiátrico, gestación no planificada, enfermedad física y empleos esporádicos (12).

Luna M et al., en 2009, desarrollaron una investigación en Perú, de tipo descriptiva, transversal, cuyo objetivo fue establecer la prevalencia de depresión mayor durante la gestación, así como mostrar las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes que presentaban esta patología. Se encontró en el estudio que el 40.1% de las encuestadas presentaba depresión mayor, otro hallazgo del estudio fue que las mujeres casadas se deprimen menos que las gestantes que cursan con embarazos que no han sido planificados, que presentaron alguna complicación o alguna patología durante la gestación. Sin embargo, no se encontró en el estudio que el uso sustancias psicoactivas, consumo de alcohol, antecedente de aborto, ausencia de apoyo familiar, problemas económicos predispongán la frecuencia de depresión (13).

En 2012 Borda M et al. realizaron un estudio descriptivo, transversal, a 150 gestantes en Colombia, el objetivo fue establecer la prevalencia de factores de riesgo para la aparición de depresión en las gestantes, utilizaron la Escala de depresión Postnatal de Edimburgo, donde encontraron que la prevalencia de depresión durante la gestación fue del 19.2%. Concluyeron que los casos de depresión en gestantes estaban asociados al antecedente de aborto previo, disfunción familiar y actividad fuera del hogar (14).

2.2 Bases teóricas

Definición de depresión

Es un trastorno del estado del humor o el ánimo caracterizado por la presencia de tristeza, desinterés por realizar actividades que antes se disfrutaba, disturbios en los patrones de sueño, problemas para tomar decisiones y para concentrarse, cansancio físico y mental incongruente con las actividades diarias el cual debe durar al menos dos semanas (15).

De esta manera, tal y como su nombre lo indica, la depresión ante-parto o la depresión gestacional se puede definir como un episodio depresivo no psicótico que puede empezar durante o antes de la gestación, pero que debe durar y estar presente mientras se esté gestando (16).

Prevalencia

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, para el año 2017 la prevalencia de depresión en el mundo era de 4.4%, con predominio en el sexo femenino (5.1%) sobre el masculino (3.6%). De manera general, se calcula que son 322 millones de personas las que viven con depresión actualmente, cifra que ha aumentado en casi un 20% en los últimos 10 años (1).

Si bien se postula que la depresión es más frecuente a mayor edad, cada vez se encuentran más reportes respecto a su prevalencia en mujeres durante la gestación, llegando a ser la patología psiquiátrica más prevalente entre las gestantes (12) estando presente entre el 14 y el 20% de las mismas (10, 12). Más aún, algunos autores postulan que la prevalencia de depresión gestacional se ha incrementado en los últimos 20 años (17), aunque los factores asociados a este hallazgo aún no estén bien determinados.

Por otra parte, si bien en nuestro país no existen muchos estudios, entre los años 2006 y 2010 se consideró una prevalencia de 34 (13) y 38% (4).

Etiología

Existen múltiples factores implicados en la predisposición, aparición y desarrollo de la depresión. Entre los principales se postulan: (a) predisposición genética (especialmente el gen SERT), (b) desregulación neuroquímica a nivel de neurotransmisores y receptores, (c) alteración de los factores cognitivos, (d) alteración en la regulación hormonal.

De esta manera, al tratarse de una etapa de cambios fisiológicos, psicosociales y psicológicos, la gestación es una etapa de especial vulnerabilidad para el desarrollo de la depresión (18).

En primer lugar, es importante considerar los factores predisponentes como lo son la carga genética de la madre, el antecedente de depresión y el antecedente de maltrato infantil (4, 19). De ellos, se postula como principal factor predisponente el antecedente de depresión (20); sin embargo, la predisposición genética asociada al antecedente de maltrato infantil en la madre son dos factores que, a su vez, podrían explicar el antecedente de depresión.

En segundo lugar, son factores de riesgo importantes: (a) tener uno o más hijos, (b) no tener pareja, (c) no tener un empleo, (d) ser mayor de 35 años y (e) tener un pobre nivel educativo (21). Este último factor, muchas veces acarrea consigo otros factores de riesgo para depresión gestacional como lo son un mal control prenatal, una pobre nutrición durante la gestación y la violencia de género(12, 19).

Asimismo, otro factor a considerar es la discontinuación del tratamiento antidepresivo en aquellas gestantes con antecedente de depresión (9); como se verá en adelante, las complicaciones en el feto de una depresión gestacional no tratada son más severas que el posible riesgo de mantener el tratamiento antidepresivo en el embarazo.

Por otra parte, el que la gestación se haya dado por un método de fertilización asistida prolongado puede conllevar a un nuevo episodio depresivo cuando la paciente ya ha tenido un antecedente o algún otro factor de riesgo (7); en caso contrario, el riesgo de depresión no aumenta entre estas pacientes.

Finalmente, es importante resaltar que en el curso de la gestación, se dan una serie de cambios hormonales importantes, como son el incremento del nivel plasmático de la de la hormona liberadora de corticotropina, progesterona, estradiol y cortisol. Niveles elevados de cortisol inhibe la síntesis de estradiol causando esto cambios en el estado de ánimo que pueden llegar hasta la ideación suicida en algunos casos.

Características clínicas y diagnóstico de la depresión gestacional

Para el diagnóstico de depresión mayor, se suelen emplear los criterios diagnósticos de acuerdo al CIE 10 o al DSM 5. Ambas coinciden en que para hablar de un trastorno depresivo se deben tener los síntomas durante un periodo no menor de 2 semanas. Según el CIE 10, los síntomas principales a encontrar son ánimo bajo y disminución de la energía, acompañado de la pérdida de capacidad de experimentar placer y alteraciones cognitivas(22). Por su parte, según el DSM para un trastorno depresivo deben estar siempre presentes la tristeza y la anhedonia, y se puede acompañar de alteración en la energía, sueño, apetito así como de alteración en la concentración y pensamientos de auto-reproche o ideación suicida(23).

De manera general, para hablar de un trastorno depresivo se debe encontrar alteración en el afecto (tristeza, anhedonia o apatía) y en el pensamiento, que se traducirán en alteraciones conductuales con pobre funcionamiento familiar, social y laboral. Además, se puede acompañar de manifestaciones somáticas como alteraciones en el sueño, apetito y múltiples molestias físicas.

Las características clínicas de la depresión gestacional son las mismas que las de cualquier otro episodio de depresión mayor; sin embargo, existe dificultad en estudiar la depresión entre gestantes pues hay que diferenciarlos de los síntomas afectivos que suelen presentarse entre las gestantes (13): algunos síntomas de depresión como los cambios en el patrón de sueño, disminución de los niveles de energía y el apetito se superponen con los cambios propios de la gestación que pueden ocurrir en gestantes sin depresión (24).

Es así como, para lograr diferenciar los síntomas de tristeza de un episodio depresivo mayor durante el embarazo, Cox. et al desarrollaron el Cuestionario

de Depresión Postnatal de Edimburgo (1987), el cual ha sido validado para poder ser aplicado en la etapa prenatal.

Complicaciones

a. Complicaciones asociadas a la depresión gestacional.

Son diversas las complicaciones que se han encontrado tanto en gestantes como en los fetos asociado a una depresión no tratada. Entre ellas están:

- Hiperemesis gravídica
- Aborto
- Mala presentación fetal
- Parto pre-término (aquel nacido antes de las 37 semanas)
- Recién nacido con bajo peso al nacer (peso <2500g)
- Recién nacido pequeño para edad gestacional

Se postula que el aumento del funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal con un exceso de liberación de hormona corticotropina, cortisol y catecolaminas es lo que afectaría directamente el desarrollo del feto y la duración de la gestación (5), teniendo como consecuencia las tres últimas complicaciones.

Además, es importante recalcar que el parto pre-término, el bajo peso al nacer y el ser pequeño para edad gestacional son importantes causas de morbilidad y mortalidad, no solo en el periodo post-natal, sino también a lo largo del desarrollo de niño: los recién nacidos pequeños para edad gestacional tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2 y probable discapacidad cognitiva y psicomotriz, mientras que los recién nacidos pre-término tienen mayor riesgo de problemas cognitivos, emocionales y del desarrollo psicomotor(11).

b. Complicaciones asociadas al uso de antidepresivos.

Además es importante mencionar algunas de las complicaciones que pueden estar asociadas al uso de antidepresivos; entre ellas: leve aumento de hiperémesis, corioamnionitis, y parto pretérmino(9).

Ante todo lo expuesto, ya dependerá del criterio de cada médico el determinar el empleo de antidepresivos en el manejo del trastorno depresivo de la paciente, determinando el riesgo-beneficio asociado. Además, es importante recalcar la necesidad de apoyo psicoterapéutico como parte del plan de tratamiento, a fin de lograr una mejor recuperación, evitar recaídas y de esta manera las complicaciones antes descritas.

Prevención

Como ya se ha mencionado, aquellas mujeres que han tenido antecedente de depresión, especialmente durante la adolescencia, tienen mayor riesgo de desarrollar el mismo trastorno durante la gestación. Por otra parte, se conocen también los otros factores de riesgo asociados a la depresión.

Es así como, distintos autores recomiendan la identificación de aquellas mujeres en riesgo y el desarrollo de intervenciones psicosociales como psicoterapia individual y entrenamiento de las futuras madres, y de esta manera evitar (o atenuar) las complicaciones en su gestación actual o en futuras(3).

Finalmente, es de vital importancia realizar un tamizaje adecuado ya sea en atención primaria como también en centros de mayor complejidad en donde se evalúen a gestantes. Tal y como se presenta en guías de atención a gestantes en otros países, lo ideal sería hacer el tamizaje todas las gestantes que acude a sus controles como parte de la atención integral; con esta medida se podría realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno(25).

2.3 Definición de términos básicos

Gestante: Dicho de una mujer que lleva un feto en el vientre (26).

Depresión: Es una variación del estado de ánimo, que se caracteriza por experimentar variaciones en el apetito y el peso, actividades diarias y sueño, disminución o falta de energía, sentimientos de culpa dificultad para evaluar y tomar decisiones y en algunos casos ideas de muerte e intencionalidad suicida. estos síntomas deben durar por lo menos dos semanas (15).

Depresión gestacional: Episodio depresivo no psicótico que puede empezar durante o antes de la gestación, pero que debe durar y estar presente mientras se esté gestando (16).

Anhedonia: Incapacidad para experimentar placer ante situaciones que previamente sí lo ocasionaban (27).

Apatía: Incapacidad de experimentar sentimientos, a pesar de que se entienda la situación (27).

Ideas suicidas: Pensamiento de terminar con la propia vida sin contar necesariamente con un método ya establecido (15).

Factor de riesgo: Se trata de toda aquella característica de una persona que pueda aumentar la posibilidad de presentar alguna patología o lesión (28).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

Dado que el presente proyecto es de tipo descriptivo no existe planteamiento de alguna hipótesis.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de Medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Depresión durante la gestación	Estado de ánimo triste durante la gestación.	Cualitativa	Gestantes con depresión	Nominal	-Gestantes con depresión	Escala de Depresión postparto de Edimburgo validada para gestantes.
Edad	Tiempo de vida de la persona hasta el momento de la evaluación.	Cuantitativa	Años	Razón	-Mayor de edad: >18 años	DNI
Estado civil	Relación en la que se encuentran las personas que viven en sociedad respecto a los demás miembros de la misma.	Cualitativa	-No tener relación de pareja. -Relación de convivencia de pareja con contrato legal. -Relación de convivencia de pareja sin contrato	Nominal	-Soltera -Casada -Conviviente -Divorciada -Viuda	DNI

			<p>legal.</p> <p>-Relación de pareja concluida según la ley.</p> <p>-Muerte de pareja dentro de contrato legal.</p>			
Grado de instrucción	Grado académico alcanzado al momento de la evaluación	Cualitativa	<p>-No saber leer ni escribir</p> <p>-Tener estudios de nivel primario</p> <p>- Tener estudios de nivel secundario</p> <p>-Tener estudios en instituto o universidad.</p>	Ordinal	<p>-Analfabeta</p> <p>-Primaria</p> <p>-Secundaria</p> <p>-Superior</p>	Ficha de recolección de datos.
Ocupación	Actividad que realiza para generar ingresos económicos	Cualitativa	<p>-Realizar labores del hogar.</p> <p>- Tener estudios en instituto</p> <p>- Tener estudios en universidad.</p>	Nominal	<p>-Sin ocupación</p> <p>-Ama de casa</p> <p>-Técnico</p> <p>-Profesional</p>	Ficha de recolección de datos.
Edad gestacional	Tiempo de gestación al momento de la	Cuantitativa	<p>-De 1 a 12 semanas de gestación.</p> <p>-De 13 a 24</p>	Ordinal	<p>-Primer trimestre</p> <p>-Segundo trimestre</p>	Ficha de control prenatal.

	evaluación.		semanas de gestación. -De 25 semanas de gestación hasta término de gestación.		-Tercer trimestre	
Consumo de drogas lícitas	Patología Caracterizada por abuso o Dependencia a drogas lícitas	Cualitativa	-Pacientes que consumen sustancias lícitas. -Pacientes que no consumen sustancias lícitas.	Nominal	-Paciente con consumo de alcohol. -Paciente sin consumo de alcohol. -Paciente con consumo de tabaco. -Paciente sin consumo de tabaco.	Ficha de datos
Consumo de sustancias ilícitas	Caracterizada por abuso o Dependencia a drogas ilícitas	Cualitativa	-Pacientes que consumen sustancias ilícitas. -Pacientes que no consumen sustancias ilícitas.	Nominal	-Paciente con consumo de sustancias ilícitas. -Paciente sin consumo de sustancias lícitas	Ficha de datos

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

Según la intervención del investigador: este estudio es observacional dado que no se controlará las variables a estudiar.

Según el alcance: el proyecto es descriptivo dado que no se demostrará ninguna hipótesis de relación causal. Se procederá a evaluar y describir algunas características de la población en estudio.

Según el número de mediciones de la o las variables de estudio: El tipo es transversal dado que se medirán las variables una sola vez y no se hará seguimiento luego de terminado.

Según el momento de la recolección de datos: En este caso es de tipo prospectivo, se recolectarán los datos durante la realización del proyecto.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Gestantes mayores de 18 años que acuden al control prenatal en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el periodo de mayo a octubre 2019.

Población de estudio

Gestantes mayores de 18 años que acuden al control prenatal en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el periodo de mayo a octubre 2019.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra será toda la población de estudio comprendida en el tiempo estipulado para realizar el proyecto.

Muestreo o selección de la muestra

En el presente proyecto se trabajará con el total de pacientes que conforman el Universo dado que se cuenta con un número abordable de pacientes, por lo que no se aplicará ningún tipo de muestreo.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Gestantes mayores de 18 años
- Gestantes que acudan a su control prenatal durante el periodo mayo a octubre 2019.

Criterios de exclusión

- Gestantes con diagnóstico previo de depresión.
- Gestantes en tratamiento para depresión.

4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se procederá a realizar el Cuestionario sobre Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) validado para el periodo prenatal junto con una ficha de datos sociodemográficos.

Instrumentos de recolección y medición de variables

Se empleará la Ficha para la Recolección de Datos y el Cuestionario sobre Depresión de Edimburgo (EPDS) validado para el periodo prenatal (anexo 02), dichos instrumentos se adjuntarán en cada historia clínica de todas las gestantes mayores de 18 años que acudan a su control prenatal al servicio de Ginecología y Obstetricia del HNASS durante los meses de mayo a octubre 2019.

Se planea capacitar al personal que realiza los controles prenatales para que puedan absolver posibles dudas durante la ejecución del cuestionario. Luego de recolectar la información se procederá a digitalizarla en Excel 2013®.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Para procesar la información obtenida se utilizará el programa Microsoft Excel 2013® y el programa SPSS Statistics 24.0 para Windows para el análisis estadístico.

Según el objetivo general, la variable a trabajar será la presencia o ausencia de Depresión durante la gestación, para esto se usara la Frecuencia Relativa y Frecuencia Absoluta.

Por otra parte, las variables de acuerdo a los objetivos específicos son a) Consumo de drogas ilícitas b) Consumo de drogas lícitas se emplearan la Frecuencia Relativa y la Frecuencia Absoluta dado que todas las mencionadas son variables cualitativas dicotómicas nominales.

Para la variable edad, al ser cuantitativa, se aplicará la media y desviación estándar.

4.5 Aspectos éticos

El proyecto será evaluado en primer lugar por el comité de ética de la Universidad de San Martín de Porres, asimismo será evaluado por el Comité de Ética del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en donde se ejecutará el proyecto de investigación.

El estudio, no presenta ningún tipo de riesgo ni beneficio para la población en estudio. Así mismo, se guardará completa confidencialidad respecto a la identidad de los pacientes dado que no se tomarán nombres, apellidos, dirección, teléfono ni DNI.

CRONOGRAMA

Pasos	2019										2020	
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Redacción final del proyecto de investigación	X	X										
Aprobación del proyecto de investigación		X										
Recolección de datos			X	X	X	X	X	X				
Elaboración del informe									X			
Correcciones del trabajo de investigación										X		
Aprobación del trabajo de investigación											X	
Publicación del artículo científico												X

PRESUPUESTO

RUBRO	DETALLE	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	MONTO
ASESORIA	Estadística		350.00	350.00
UTILERIA	Fichas de recolección de datos	100	0.10	10.00
	Lapiceros de punta fina negro	5	2.50	12.50
	Corrector liquido	1	5.00	5.00
	500 Hojas Bond A4	1	20.00	20.00
	USB 2GB	1	25.00	25.00
	Laptop HP Pavilion x360.	1	Sin valor monetario por ser parte de	00
	Impresora HP	1	los bienes del investigador	00
SERVICIOS	Internet			150.00
	Empaste			90.00
TOTAL				662.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. World Health Organization. 2017:24.
2. Mota N. The relationship between mental disorders, quality of life, and pregnancy: Findings from a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*. 2008;109:4.
3. Patton G. Prediction of perinatal depression from adolescence and before conception (VIHCS): 20-year prospective cohort study. *The Lancet*. 2015;Publication online:9.
4. Lam N. 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;14(3):8.
5. Szegda K. Depression during pregnancy: a risk factor for adverse neonatal outcomes? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2014;27(9):16.
6. Taylor A. Maternal Smoking in Pregnancy and Offspring Depression: a cross cohort and negative control study. *Scientific Reports*. 2017;7:8.
7. Joelsson LS. Anxiety and depression symptoms among sub-fertile women, women pregnant after infertility treatment, and naturally pregnant women. *European Psychiatry*. 2017;30:3.
8. Miyake Y. Dietary patterns and depressive symptoms during pregnancy in Japan: Baseline data from the Kyushu Okinawa Maternal and Child Health Study. *Journal of Affective Disorders*. 2018;225:6.
9. Huang H-C. Obstetric outcomes in pregnant women with and without depression: population-based comparison. *Scientific Reports*. 2017;7:1.
10. Rashid A. Poor social support as a risk factor for antenatal depressive symptoms among women attending public antenatal clinics in Penang, Malaysia. *Reproductive Health*. 2017;14:8.
11. Goedhart G. Maternal Depressive Symptoms in Relation to Perinatal Mortality and Morbidity: Results From a Large Multiethnic Cohort Study. *Psychosomatic Medicine*. 2010;72:7.
12. Krauss-Pereira P. Depression during pregnancy: prevalence and risk

factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2009;25(12):12.

13. Luna-Matos ML. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2009;29(4):5.

14. Borda-Pérez M. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). *Revista Salud Uninorte*. 2013;29(3):10.

15. Kaplan y Sadock . *Sinopsis de Psiquiatría*. 11° Edición. ed. Barcelona 2015. p. 347.

16. Elisei S. Perinatal depression: a study of prevalence and of risk and protective factors. *Psychiatria Danubina*. 2013;25(2):5.

17. Pearson R. Prevalence of Prenatal Depression Symptoms Among 2 Generations of Pregnant Mothers: The Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *JAMA Netw Open*. 2018;1(3):e180725.

18. Calva A. Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y salud*. 2007;17(1):8.

19. Cano B. Embarazo de alto riesgo obstétrico y patología mental futura en los hijos. *Intentando llegar antes. Diagnóstico*. 2018;57(3):6.

20. Stewart D. Depression during Pregnancy. *The new engl and journal of medicine*. 2011;365(17):7.

21. Morales. Detección y vigilancia de condiciones psicológicas críticas durante el embarazo. . *Memorias de la XXII Reunión Anual del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" México: INPer*. 2005.

22. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10. España: Panamericana; 2000.

23. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Association. 2014.

24. Committee on Obstetric Practice. Screening for Perinatal Depression. Committee Opinion. *Obstetrics and Gynecology*. 2015;15(630):1268-71.

25. Milgrom J. Screening for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2014;28:10.

26. Real Academia de la Lengua Española [Disponible en: <https://dle.rae.es/?id=U3KrM6Y>]

27. Delgado. H. Curso de psiquiatría. 7° Edición ed. Lima. 2012. p. 65-80
28. Organización mundial de la salud. Temas de salud: factores de riesgo.
[Disponible en: [https://www.who.int/topics/risk_factors/es/.](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/)]

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivos	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Prevalencia de Depresión en Gestantes Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren mayo a octubre 2019.	¿Cuál es la prevalencia de depresión en gestantes que acuden a control en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren de mayo a octubre 2019?	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la prevalencia de depresión en gestantes que acuden a control en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren de mayo a octubre 2019.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>-Establecer las características sociodemográficas en gestantes que acuden a control en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren de mayo a octubre 2019.</p> <p>-Identificar a las gestantes con diagnóstico de</p>	Observacional descriptivo y transversal	Gestantes mayores de 18 años que acuden a su control prenatal al servicio de Ginecología y Obstetricia del HNASS de mayo a octubre 2019.	Ficha de recolección de datos. Cuestionario sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS) (Validado para el periodo prenatal)

		<p>depresión para proporcionarles un plan de atención y tratamiento en coordinación con el servicio de psiquiatría.</p> <p>-Identificar la presencia de antecedentes psiquiátricos en gestantes que acuden a control en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren de mayo a octubre 2019.</p> <p>-Otorgar herramientas al personal de salud, para que puedan reconocer síntomas de depresión en las gestantes que acuden a control en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.</p>			
--	--	--	--	--	--

2. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. EDAD

18 – 30 > 40
31 – 40

2. ESTADO CIVIL

Soltera
Conviviente
Casada
Divorciada
Viuda

3. GRADO DE INSTRUCCIÓN

Analfabeto
Primaria
Secundaria
Superior

4. OCUPACIÓN

Casa Técnico
Profesional Sin Ocupación

5. EDAD GESTACIONAL

Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre

6. CONSUMO DE ALCOHOL

SÍ NO

7. CONSUMO DE TABACO

SÍ NO

8. CONSUMO DE SUSTANCIA ILÍCITA

SÍ NO

ESPECIFICAR SUSTANCIA

Cuestionario sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)
(Validado para el periodo prenatal)

ID: _____

Fecha: ___/___/___

Nos gustaría saber como se ha sentido; por favor subraye la respuesta que mas se acerca a como se ha setido en los últimos 7 dias.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
0 Tanto como siempre
1 No tanto ahora
2 Mucho menos
3 No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer
0 Tanto como siempre
1 Algo menos de lo que solía hacer
2 Definitivamente menos
3 No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
3 Sí, la mayoría de las veces
2 Sí, algunas veces
1 No muy a menudo
0 No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
0 No, para nada
1 Casi nada
2 Sí, a veces
3 Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
3 Sí, bastante
2 Sí, a veces
1 No, no mucho
0 No, nada.

6. Las cosas me oprimen o agobian
3 Sí, la mayor parte de las veces
2 Sí, a veces
1 No, casi nunca
0 No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
3 Sí, la mayoría de las veces
2 Sí, a veces
1 No muy a menudo
0 No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada
3 Sí, casi siempre
2 Sí, bastante a menudo
1 No muy a menudo
0 No, nada
9. He sido tan infeliz que he estado llorando
3 Sí, casi siempre
2 Sí, bastante a menudo
1 Sólo en ocasiones
0 No, nunca
10. He pensado en hacerme daño a mí misma
3 Sí, bastante a menudo
2 A veces
1 Casi nunca
0 No, nunca