



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

“Detección de depresión mayor en gestantes de alto riesgo obstétrico en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé”.

Julio-setiembre 2006

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

AUTOR

Dionisio Alberto MONRROY MEZA

Lima, Perú

2006



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

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

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Monrroy, D. Detección de depresión mayor en gestantes de alto riesgo obstétrico en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé. Julio-setiembre 2006 [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2006.

INDICE

RESUMEN	3
DESCRIPCION DEL PROBLEMA	4
MARCO TEORICO	5
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	9
MATERIAL Y METODOS	11
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	42
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44
BIBLIOGRAFIA	45
ANEXOS	47

Detección de Depresión Mayor en Gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé.

Autor: Dionisio Alberto Monrroy Meza.

RESUMEN

Objetivos específicos:

Determinar el diagnóstico preciso del Trastorno Depresivo Mayor, la Intensidad síntomas depresivos, Determinar la intensidad y frecuencia del Trastorno Depresivo Mayor por trimestre de gestación, Determinar los factores probablemente asociados a Depresión Mayor.

Diseño: Descriptivo, Transversal y Observacional.

Población y Muestra: 100 Gestantes con diagnóstico de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Docente Materno-Infantil San Bartolomé.

Discusión: Como resultado del estudio se diagnosticó Trastorno Depresivo Mayor en el 80 % de las entrevistadas al haber aplicado una entrevista psiquiátrica estructurada, SCID (DSM-IV-TR.). Los estimados para la de severidad de sintomatología depresiva son a predominio de sintomatología leve en el 54% seguido de la moderada y severa en el 23% y 3%, respectivamente, mediante la aplicación de la Escala de Montgomery-Asberg Es más frecuente su inicio en el primer trimestre de la gestación que en el segundo y tercero, 51%, 25% y 4 %, respectivamente.

Los factores que se relacionan a Depresión Mayor son: origen de violencia familiar, número de gestaciones anteriores grado de instrucción, y se aprecia como una posible relación el factor socioeconómico, ocupación y embarazo no planificado.

Conclusión: El personal profesional que labora en este hospital, no detectó este diagnóstico en el 100% de los casos. Este hallazgo parece traducir una falta de conocimiento de este trastorno o la práctica de una medicina focalizada en el motivo de consulta u hospitalización.

Palabras Clave: Depresión Mayor, Gestante de alto riesgo Obstétrico

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La Depresión Mayor representa uno de los trastornos psiquiátricos de mayor Prevalencia, afectando a alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo; aproximadamente 18.8 millones de americanos adultos la padecen (21).

En los países occidentales, se estima que la prevalencia de pacientes con Depresión Mayor en asistencia primaria es del 20 % (21). En Estados Unidos la prevalencia en el transcurso de la vida es del 16.2 %, (21, 28), en el Perú es del 19 %, (2).

Una observación universal, independiente del país o la cultura, es que la Depresión Mayor tiene una prevalencia de dos a tres veces mayor en las mujeres que en los hombres (1,6). En Estados Unidos afecta al 13% de las mujeres y al 8% de los hombres (30).

Aproximadamente 12 millones de mujeres experimentan depresión clínica cada año, una de cada ocho mujeres se espera que desarrolle depresión clínica durante su vida (21).

La Depresión Mayor es una causa relevante de mortalidad. Existe un alto índice de suicidios en el mundo, llegando al 15%. La tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces más alta que en la mujer; sin embargo, los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre (1,6); más frecuentes los fines de semana y en la estación de otoño (36).

Los estimados actuales de Prevalencia para la Depresión Mayor durante el embarazo varían ampliamente, se considera que un 20% de gestantes pueden presentar este trastorno (7,18,34). Esta enfermedad no solo causa pérdida de la productividad sino también incrementa la morbilidad de la embarazada, del desarrollo fetal y el bienestar del niño a corto y a largo plazo, e incrementa el riesgo de hacer presentación postparto etc. (12,34). Sin embargo, los médicos generales, y médicos no psiquiatras aparentemente no reconocen el trastorno Depresivo Mayor en el 50% de mujeres embarazadas (12,). Existe una negativa para prescribir Psicofármacos por parte de los médicos y de las pacientes para tomarlos, se subestima su severidad, y existe renuencia a solicitar apoyo profesional, además de que hay consideraciones de tipo económicas (3,7,16,19,35).

Los costos en términos económicos y de salud, generados por esta enfermedad son grandiosos. En Estados Unidos el gasto nacional asociado con el tratamiento de la depresión se sitúa entre 30.000 y 44.000 millones de dólares al año (21). En España, asciende a más de 745 millones de euros anuales, de los que un 53.5% corresponde a costos directos; es decir, derivados del manejo y tratamiento de los pacientes, y el 46.5% restante se debe a costos indirectos; es decir, a pérdidas de productividad generadas por la muerte prematura de los pacientes o la incapacidad temporal para trabajar (21).

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La Depresión Mayor se ha convertido en un problema de salud pública, es la principal causa de morbilidad en las naciones en desarrollo y en países europeos (11). Según la Organización Mundial de la Salud es considerada la cuarta causa de pérdida de calidad de vida por la discapacidad que genera, para el 2020 se ubicará en el segundo lugar (1,3,11,30), lo que

resultará en una elevada utilización de los servicios de salud y descenso de la productividad laboral (6,34).

Estudios indican que el predominio de síntomas depresivos durante la gestación se extienden entre el 8 al 51 %. Estos datos obligan a incrementar la vigilancia y a intentar captar los cambios de ánimo en la mujer gestante (7,11,18,,23).

La tasa de prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor en el embarazo varía según el trimestre. 7.4 %, 12.8 %, y 12 % para el primer, segundo y tercer trimestre, respectivamente (7). Durante los tres primeros y los tres últimos meses de gestación, los niveles de depresión y ansiedad son más bajos que durante el segundo trimestre. Una posible explicación al respecto es que durante el primer trimestre, el estado de gestación es apenas perceptible. Por otra parte, durante el segundo trimestre de gestación es cuando comienza tener lugar los cambios físicos y la futura madre debe aceptar esos cambios y afrontar la nueva situación; ese afrontamiento suele ir acompañado de respuestas de ansiedad y conductas depresivas (7,31).

Los índices de ideación suicida entre las pacientes gestantes se han extendido desde el 3 % en Finlandia al 17,6 % en los Estados Unidos (6,7). Sin embargo, aunque el suicidio durante gestación parece ser un acontecimiento raro, este riesgo bajo se debe mirar seriamente (6).

La demanda de interconsulta desde Ginecología solamente es del 5 %, siendo el motivo de consulta en su mayoría Depresión Mayor y ansiedad. La causa que generan dichas interconsultas son: cáncer de mama, otros cánceres, embarazo, parto y sus complicaciones (33).

Ser mujer, nativo de América, de mediana edad, viudo, separado, o divorciado y tener una renta baja aumentó el riesgo de padecer este trastorno; ser asiático, hispano, o de color disminuye el riesgo.

Algunos estudios indican que el 77 % de las mujeres con alto riesgo para depresión no es objeto de intervención alguna, el 80 % con diagnóstico de Depresión Mayor no recibe tratamiento y solo dos de cada veinte tienen algún tipo de tratamiento. El 50% de las mujeres que reciben farmacoterapia la abandona prematuramente (1,6,7,10).

CURSO NATURAL DE LA ENFERMEDAD, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Estadísticamente, la edad pico del Trastorno Depresivo Mayor se encuentra entre los 15 y 24 años y un segundo pico entre los 40 y 45 años. El 33 % de las pacientes tienen un episodio por más de 2 años, con una tasa de recurrencia del 50 %. Si la mujer ha tenido depresiones previas, su riesgo de deprimirse durante el embarazo es del 24 % al 50%, pero si ha tenido 3 o más episodios depresivos, la probabilidad de que presente un trastorno Depresivo Mayor durante la gestación es del 88 % (6,7,10,16,). Sin embargo indicios cada vez mayores muestran que más allá de lo anterior, la depresión muestra una clara tendencia a la cronicidad, que se incrementa en un 10% por episodio; y un 10 % de pacientes queda con sintomatología residual después de cada episodio. (1)

FUNDAMENTOS

MARCO TEORICO

La Depresión Mayor es conceptualizada como una enfermedad crónica, única, de etiología heterogénea, cayendo a lo largo de un espectro que va de las formas más leves, tales como la depresión sintomática subsindrómica, a formas severas incluyendo propiamente a la Depresión Mayor con síntomas melancólicos o psicóticos. Las fronteras entre estos subtipos depresivos son flexibles y los pacientes se mueven entre los subtipos durante el curso de su enfermedad (1,30).

La Depresión Mayor es un proceso de adaptación que pondrá a prueba las capacidades del ser humano con implicación de factores biológicos, psicológicos, culturales y psicosociales (18,33). Estudios recientes han revelado que la Depresión Mayor leve, se asocia a una afectación psicosocial significativa (18,33).

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON EL DESARROLLO DE DEPRESION MAYOR EN EL EMBARAZO.

- la Depresión Mayor esta relacionada con factores biológicos, psicológicos, culturales y psicosociales (6,7,18,30,33).
- El embarazo es una etapa en la que existe conflicto de intereses entre las necesidades y aspiraciones individuales y la obligación de asumir una nueva responsabilidad (33).
- Pueden surgir dudas sobre la capacidad personal para ejercer los cuidados que el bebe precisa, por lo tanto existe una mayor predisposición para que haya estrés psicológico, lo que determina que sea una etapa de mayor vulnerabilidad para la posible aparición de ansiedad y Depresión Mayor (33).
- En la sociedad actual los diferentes roles de la mujer con una mayor exigencia en el plano laboral que en muchas ocasiones no incluye la perspectiva de ser madre, puede facilitar una sobrecarga psicológica para la mujer (33).
- A veces la vivencia del rol de madre como único posible, supone un estrés suplementario, debido al miedo a la pérdida del hijo (33).
- Los embarazos no deseados suponen un riesgo elevado de complicaciones, por lo que precisarán un seguimiento especial, incluso en el posparto, pudiendo ser necesario una valoración psiquiátrica y un seguimiento social preventivo (33).
- Embarazo en la adolescencia, en mujeres mayores de 35 años y la Primiparidad.
- Escaso o limitado apoyo social y tener más hijos. (1,33).
- Antecedentes personales de Trastorno Depresivo Mayor en el embarazo, intentos suicidas, historia familiar de cuadros Depresivos. (1).
- Problemas con los padres (dificultades para asumir el rol materno y una pobre identificación con la madre), sucesos vitales relevantes durante el transcurso del embarazo (relacionados directamente o no con éste)(33).
- Ciertos rasgos de personalidad dependiente, obsesiva compulsiva, histérica.
- Ausencia de soporte social por parte de familiares (33).
- El grado de soledad respecto de los amigos y familia, se refuerza la hipótesis de la construcción de canales sociales adecuados para estos pacientes
- Las mujeres con una historia de abortos múltiples son 2 –3-veces más probables de desarrollar la depresión (19).
- Embarazo de alto riesgo es aquel en el que la madre, el feto y/o el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto. Los factores de riesgo se clasifican en.
 - A. Factores de riesgo preconceptionales: su aparición precede al inicio del embarazo; Bajo nivel socioeconómico, analfabetismo, malnutrición materna, baja talla, obesidad, circunferencia craneana pequeña, madre adolescente, edad materna avanzada, gran multiparidad, corto intervalo intergenésico, malos antecedentes genéticos, obstétricos, patología previa.
 - B. Factores riesgo del embarazo: su aparición recién se produce cuando el embarazo esta en curso; anemia, mal control prenatal, poca ganancia de peso, excesiva ganancia de peso, hábito de fumar, alcoholismo, hipertensión inducida por el embarazo, embarazo múltiple, hemorragias, retardo del crecimiento intrauterino, rotura prematura de membranas, infección ovular, incompatibilidad

sanguínea fetomaterna.

REPERCUCIONES DE LA DEPRESION MAYOR EN LA GESTACION

- Suele haber reactivación de patologías previas en el primer trimestre, con mejoría clínica en el tercer trimestre del embarazo. En general se producen un mayor número de recaídas, con tendencia a la cronicidad del proceso y riesgo de desarrollar resistencia al tratamiento (33).
- La Depresión Mayor a veces se asocia con ideas delusivas y suicidas o postración estupefactiva. Es motivo de ingreso hospitalario incluso involuntario por riesgo auto lítico (33).
- Falta de auto cuidados o de adherencia al seguimiento obstétrico (6,33).
- Las gestantes tienen una mayor probabilidad de desarrollar pre-eclampsia con una tasa de probabilidad del 2,5 (6).
- Las pacientes con Depresión Mayor tienen un riesgo de tres veces de tener un parto prematuro, se asocian al 70-80 % de morbilidad neonatal en países en vías de desarrollo, los infantes que sobreviven pueden tener un alto riesgo de daño del SNC.(6)
- El bajo peso al nacimiento que no siempre está asociado con parto prematuro, también está asociado con un incremento en la morbilidad y mortalidad infantil.
- Se ha detectado que en las mujeres afectadas aumentan los riesgos de aborto espontáneo, sangrado durante el embarazo, afecta además la capacidad de la mujer para llevar a cabo todos los cuidados que requiere una gestación sana. Tienen a disminuir las visitas a los médicos, estar menos alertas a las situaciones anómalas.
- La teoría de Barker, refiere, que las adversidades durante el embarazo contribuyen hacia varios trastornos durante la adultez (18).
- El suicidio materno se puede combinar con infanticidio aunque infrecuente, representa un aspecto de gran preocupación (25).
- La mortalidad materna puede tener efectos intensos sobre el grupo familiar (25).
- Algunas mujeres embarazadas pueden renunciar el tratamiento para su depresión, mientras que otras innecesariamente continúan con el tratamiento (6).
- El estrés social o psicológico para algunas mujeres que son más vulnerables puede ser un factor de riesgo para el parto pretérmino. El estrés está relacionado con hechos situacionales como: la pobreza, condiciones insolubles de vida, crímenes, carencias de seguridad personal, criar muchos niños, ser madre soltera. Situaciones específicas del embarazo como: temores maternos relacionados al resultado del embarazo, el parto, la capacidad de ser una buena madre y la salud del infante (18).
- las deficiencias nutricionales “síndrome de agotamiento materno”, se atribuye a una inadecuada provisión materna comparada con la extensa demanda fetal. Las deficiencias pueden encontrarse en varios niveles, que implican cantidad así como calidad de nutrientes. El agotamiento puede llevar a un parto pretérmino, bajo peso al nacimiento, retraso en el desarrollo del infante. (18)

REPERCUCIONES DE LA DEPRESION MAYOR EN EL FETO Y EN EL RECIEN NACIDO:

- Los hijos cuyas madres han estado deprimidas durante el embarazo tienen un riesgo seis veces mayor de desarrollar Depresión Mayor. cuando se comparan con los hijos de madres que no tuvieron depresión a lo largo de la gestación (6,18,33). Sugieren fuertemente que el impacto ambiental sobre el desarrollo mental y físico del ser humano comienza en el útero, estos cambios pueden también afectar negativamente en el temperamento futuro y la capacidad del niño (6,18).
- Retardo del crecimiento intrauterino (6,18).

- Recién nacidos de parto prematuro puede dar como resultado. parálisis cerebral, problemas respiratorios crónicos, hemorragia intraventricular, infecciones, enterocolitis necrotizante, así como daños del desarrollo en el largo plazo, disfunciones mentales y cognitivas, incremento en la tasa de trastornos cardiovasculares, hipertensión, diabetes y otros trastornos somáticos (18).
- Recién nacidos de bajo peso. Se ha sugerido que esta asociado con diabetes, insuficiencia cardíaca, y esquizofrenia (1,5,18).
- Déficit social y cognitivo conductual aparente desde el primer año.
- Riesgo de abuso infantil por irritabilidad de la madre y como resultado del empleo de sustancias en forma de automedicación (1, 18,29).
- trastornos del vínculo materno-filial (25).

COMORBILIDAD Y ASPECTOS PATOFISIOLÓGICOS

La comorbilidad implica un mayor impacto a nivel psicosocial, una posibilidad de respuesta terapéutica menor, una mayor tendencia a la cronicidad e inhabilitación, así como la necesidad de un tratamiento prolongado. Las comorbilidades más frecuentes son:

- Los Trastornos de personalidad como son el límite, evitativo, dependiente. Ensombrecen el pronóstico de un trastorno Depresivo (1).
- Abuso de sustancia. En los Estados Unidos se ha demostrado que el abuso del tabaco, alcohol y uso ilegal de la sustancia durante el embarazo es 20.4, 18.8 y 5.5%, respectivamente (6).
- Los cambios somáticos normales del embarazo, tal como fatiga, cambios del apetito y dificultades del sueño, a menudo son difícil de distinguir de los síntomas de la depresión.

Algunos autores sugieren que las comidas rápidas pueden llevar a la elevación de niveles de la hormona liberadora de corticotrofina y por consiguiente iniciar una respuesta al estrés que desencadene el parto pretérmino (18).

El sistema eje hipotálamo hipofisario adrenal (HPA) y el sistema placenta-adrenal, así como el sistema inmune pueden ser componentes de este lazo, la asociación entre los procesos fisiológicos y psicológicos es bidireccional, los altos niveles de estrés psicosocial y los bajos niveles de soporte social pueden causar la supresión del sistema inmune. Las infecciones y los altos niveles de interleuquinas pueden estimular la secreción del factor liberador de corticotrofina (CRH) y el sistema de estrés un incremento de estradiol 2 (E2), estradiol 3 (E3) contribuyen al inicio del término y parto pretérmino (18).

La depresión involucra un conjunto de neurotransmisores diferentes, neurohormonas, vías neuronales. Predisposición genética a la enfermedad y eventos vitales adversos tempranos como abuso o descuido infantil. Tales interacciones indudablemente inducen cambios significativos en el SNC. Específicamente, estas interacciones resultan en sistemas de Noradrenalina (NA) y CRH hiperactivos, que son los principales mediadores de la respuesta al estrés. Los sistemas de CRH y NA ejercen amplias influencias sobre múltiples regiones del SNC, así como sobre la periferia, a través del eje HPA y del sistema nervioso autónomo. Estas perturbaciones neurobiológicas pueden persistir hacia la adultez, conduciendo a un sistema de respuesta al estrés hipersensible, que sobre reacciona a todas las formas de estrés en los adultos, incluyendo estrés leve o eventos de la vida diaria. Se hipotetiza que este sistema de respuesta al estrés hipersensible subyace en parte a la vulnerabilidad neurobiológica a la depresión y a la ansiedad. Luego de exposición a estrés crónico repetitivo, los individuos genéticamente vulnerables probablemente desarrollan trastornos del humor y/o de ansiedad. La investigación ha provisto evidencia sobre el rol potencial de la sustancia P, un neuropéptido, en la patología de la depresión, Es más, hay cierta evidencia que apoya el rol de una disfunción de los circuitos de dopamina en la depresión. Asimismo, varios estudios han documentado que el incremento de la actividad colinérgica podría

estar asociado con humor deprimido; sin embargo, el rol de la acetilcolina en el desarrollo de depresión permanece oscuro. Debido a que los neurotransmisores producen sus efectos en última instancia a través de alteraciones en mecanismos intracelulares, como segundos mensajeros y elementos neurotrópicos (factores y expresión génica), estos factores han recibido más atención en la última década.

El CRH puede representar uno de los nexos entre los factores causales, como trauma psicológico en individuos genéticamente predispuestos, y la sintomatología depresiva a través de sus efectos en el sistema límbico y en los núcleos autonómicos del tronco encefálico (30)

El “modelo de estrés-diátesis” de la depresión: El trauma vital temprano puede generar una hiperactividad a largo plazo, si no permanente, de los sistemas, el Factor liberador de corticotrofina (CRH) en el SNC, con efectos deletéreos neurotóxicos que llevan a una disminución del volumen hipocámpico. Estos cambios representan una sensibilización de los circuitos de CRH aun a estrés leve, llevando a una exagerada respuesta al estrés. Bajo exposición a estrés persistente o repetitivo, estas vías del estrés ya sensibles se vuelven marcadamente hiperactivas, conduciendo a un incremento persistente en el CRH y en la secreción de cortisol, lo que causa alteraciones en los receptores glucocorticoideos, y así forma la base para el desarrollo de los trastornos del humor y de ansiedad. En este modelo, se ha planteado la hipótesis de que, en algunos individuos, la depresión podría resultar del interjuego entre los “genes de la vulnerabilidad”, los “genes de la resistencia”, y los eventos vitales adversos tempranos (30).

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Existe Trastorno Depresión Mayor en Gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé?

HIPOTESIS

Existe Trastorno Depresivo Mayor en Gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé.

2. OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la Prevalencia de Trastorno Depresivo Mayor en Gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el diagnostico preciso del trastorno Depresivo Mayor a través de una entrevista psiquiátrica estructurada SCID (DSM-IV-TR.).
- Determinar la intensidad de los síntomas depresivos en la Gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé mediante la aplicación de la escala de Montgomery-Asberg (8).
- Establecer la intensidad y frecuencia del Trastorno Depresivo Mayor por trimestre de gestación.
- Determinar los factores probablemente asociados a Depresión Mayor en las gestantes de alto riesgo obstétrico.

EVALUACION DEL PROBLEMA.

La Depresión Mayor es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la comunidad sin embargo, no se reconoce adecuadamente en los ambientes hospitalarios y por lo tanto las pacientes no reciben tratamiento. Existen múltiples razones: falla en el reconocimiento de los

síntomas, se subestima la severidad, renuencia a buscar apoyo profesional, déficit económico, y conocimiento inadecuado del médico. Como consecuencia existen graves repercusiones para la salud de la madre, del recién nacido y de la familia (3,6,18).

JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA.

JUSTIFICACION LEGAL.

El Ministerio de Salud establece los retos actuales y los lineamientos para la acción en Salud Mental. Entrando a un nuevo siglo, el Perú tiene aún enormes retos en materia sanitaria, tanto con relación a la situación de salud y las necesidades de la población, como a la organización de un sistema de salud que responda eficaz y eficientemente a estas necesidades (26).

Respecto de los prestadores de servicios, deben producirse cambios sustanciales en los modelos de atención en salud, hacia un abordaje integral de los individuos, las familias y las comunidades. Además de intervención sobre los factores de riesgo existentes realizando actividades de educación y promoción de la salud; poniendo énfasis en la atención de los principales perfiles epidemiológicos y en los efectos del contexto cultural en relación a la salud (26).

JUSTIFICACION TEORICO-CIENTIFICA.

El Trastorno Depresivo Mayor en las gestantes de alto riesgo obstétrico tiene un impacto en la salud individual y pública, por lo que exige el reconocimiento y comprensión de los síntomas depresivos y de los factores de riesgo, para ser evaluadas y diagnosticadas oportunamente e impedir los efectos deletéreos que pueden ser acumulativos, por lo que se necesita de la integración de los conocimientos y esfuerzos de los profesionales de la salud practicando una medicina integral (6,26,34).

JUSTIFICACION PRÁCTICA.

La mayoría de los trastornos psiquiátricos y de manera especial los trastornos Depresivos, están constituidos por un variado conjunto de síntomas psíquicos y somáticos que se entremezclan, sugiriendo la presencia de alternativas diagnósticas, por lo que se debe incrementar los conocimientos y habilidades de los profesionales de la salud. Y así limitar las consecuencias acumulativas de la enfermedad (1,26).

CAPITULO II

3. MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO:

- Descriptivo.

DISEÑO DE INVESTIGACION:

- Transversal y Observacional.

MUESTRA DE ESTUDIO:

- Gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizada en el Hospital Nacional Docente Madre- Niño San Bartolomé. Se considerarán 100 casos teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

VARIABLES DE ESTUDIO.

VARIABLES PRINCIPALES:

- Depresión Mayor.
- Gestantes de Alto Riesgo Obstétrico

VARIABLES SECUNDARIAS CLASIFICADORAS:

- Edad, sexo, ocupación, estado civil, red de apoyo social, grado de instrucción, nivel socio económico, acontecimientos vitales estresantes.

VARIABLES SECUNDARIAS CONFUSORAS:

- Tratamiento actual, antecedentes de enfermedades médicas, antecedentes de enfermedades mentales, interconsulta a Psiquiatría, relación médico paciente, consumo de alcohol, drogas, violencia familiar.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Variable o indicador	Naturaleza	Escala
Trastorno Depresivo mayor	Cualitativa	Ordinal y Nominal
Gestante Alto Riesgo Obstétrico	Cuantitativa	Nominal
Edad	Cuantitativa	Razón
Sexo	Cualitativa	Nominal
Ocupación	Cualitativa	Nominal
Estado Civil	Cualitativa	Nominal
Red de Apoyo Social	Cualitativa	Nominal
Grado de Instrucción	Cualitativa	Nominal
Nivel Socioeconómico	Cualitativa	Nominal
Acontecimientos vitales estresantes	Cualitativa	Nominal
Interconsulta a Psiquiatría	Cualitativa	Nominal
Relación Médico-Paciente	Cualitativa	Nominal

Consumo de alcohol	Cualitativa	Nominal
Consumo de drogas	Cualitativa	Nominal
Violencia Familiar	Cualitativa	Nominal

TECNICAS Y METODO DEL TRABAJO

Se acudió al Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre- Niño San Bartolomé. Al azar se eligieron en un numero de 7 historias clínicas por día; que presentaron el diagnostico de gestante de alto riesgo obstétrico. Se procedió a realizar la entrevista de la paciente con una presentación del examinador, informando el motivo de la entrevista, Definida la paciente como parte de la muestra se procedió a realizar la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I SCID (DSM-IV-TR) y en forma simultánea se aplicó la escala de Montgomery-Asberg. Luego se solicitó la información para el llenado de la ficha de recolección de datos, y finalmente se hizo uso de la historia clínica para completar la información que se requería.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE MONTGOMERY-ASBERG (ver anexo)

- Consta de 10 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad de la depresión.
- La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6. La escala proporciona criterios operativos para las puntuaciones pares (0, 2, 4, 6). Para asignar la puntuación el clínico puede utilizar información de fuentes distintas al paciente.
- Presenta la ventaja de no estar contaminada por ítems que evalúan ansiedad, aunque sigue manteniendo varios ítems somáticos o vegetativos que dificultan su administración en pacientes con sintomatología físicas.
- Proporciona una puntuación global que se obtiene sumando la puntuación asignada en cada uno de los 10 ítems. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 60 puntos.
- Se establecen los siguientes puntos de corte:
 - **0-12** : No sintomatología depresiva.
 - **13-26** : Sintomatología depresiva leve
 - **27-36** : Sintomatología depresiva moderada.
 - **Mayor o igual a 37**: Sintomatología depresiva severa.

ENTREVISTA CLINICA ESTRUCTURADA PARA LOS TRASTORNOS DEL EJE I SCID (DSM-IV-TR) (ver anexo)

- Es un instrumento que especifica las preguntas que hay que hacer al paciente para indagar sobre la presencia o ausencia de criterios diagnósticos, y que conducen de manera estructurada a la formulación del diagnostico final de Trastorno Depresivo Mayor u otros diagnostico.

El SCID es por lo tanto la entrevista clínica estructurada para los trastornos del EJE I DSM-IV-TR. desarrollada por Michael B. First y Robert Spitzer.

TAREAS ESPECÍFICAS PARA EL LOGRO DE RESULTADOS, RECOLECCION DE DATOS U OTROS

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes hospitalizadas, con diagnóstico de gestante de alto riesgo obstétrico.
- Consentimiento firmado por parte del paciente a participar en el presente estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Que en el momento de la entrevista la gestante tenga imposibilidad de comunicarse.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.

Análisis Univariado

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas por medio de las medidas de Tendencia Central: Medias, Desviación Estándar y para las variables cualitativas: Frecuencias y Porcentajes.

Análisis Bivariado

El análisis bivariado de los datos se realizó a través de la Prueba No Paramétrica Chi Cuadrado con un nivel de significancia del 5% ($p < 0.05$). para encontrar una posible asociación o correlación entre las variables, se ha tomado a la variable SCID (v. cualitativa nominal) como la variable dependiente, en tanto que las demás variables, son relacionadas con ésta de acuerdo a su tipo, por lo que en los casos de que ambas sean variables cualitativas nominales (independiente y dependiente), obtendremos el valor p asociado a la Prueba No Paramétrica Chi Cuadrado, para las variables cualitativas binarias o dicotómicas se realizó regresión logística como la prueba mas adecuada para la comparación, y encontramos la mejor regresión en este estudio.

El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo mediante el software estadístico SPSS versión 11.00 para Windows.

CAPITULO III

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

PLAN DE ACCIONES: Se realizó la selección y formulación de la muestra, búsqueda, revisión, y discusión del material bibliográfico, elaboración del proyecto de investigación, aprobación del proyecto, ejecución del proyecto en campo, tabulación de datos, discusión de resultados, elaboración y presentación del informe final.

ASIGNACION DE RECURSOS.

Recursos Humanos: Autor y Asesor

Recursos Materiales: Material de escritorio, computadora, biblioteca, ficha de recolección de datos, escalas de Montgomery - Asberg, entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I SCID (DSM-IV-TR)

PRESUPUESTO O COSTOS DEL PROYECTO

Recursos Humanos	Meses para trabajar	Honorarios x mes	Total de Honorarios
Director del proyecto	03 meses	500.00	1500.00
Asesor del proyecto	03 meses	800.00	2,400.00
			3,900.00 nuevos soles

Recursos Materiales	Unidades	Costo por unidad	Costo total
Papel Bond 80 gr.	01 millar	34.00 n.s	34.00 n.s
Tinta	02 unidades	84.00 n.s	168.00 n.s
Alquiler de Computadora	01	150.00 n.s	150.00 n.s
Diskets	10	10.00 n.s	10.00 n.s
Fotocopias	01 millar	00.10 n.s	100.00 n.s
Carnet de Biblioteca	Por 03 meses	35.00 n.s	35.00 n.s
Traducciones	30 hojas	04.00 n.s	120.00 n.s
Lapiceros	05	02.00 n.s	10.00 n.s
Folder manila	10	00.50 n.s	05.00 n.s
Sobres manila	10	00.50 n.s	05.00 n.s
			637.00 n.s

Tipo de Recurso	Costos Totales
Recursos Humanos	3,900.00

Recursos Materiales	637.00
Total	4537.00 nuevos soles

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

CRONOGRAMA	Julio					Agosto				Setiembre			
	01	05	10	25	26	14	18	25	31	5	11	15	23
Selección y formulación del problema.	X												
Búsqueda, revisión y discusión bibliográfica		X	X										
Elaboración del proyecto de investigación.			X	X	X								
Aprobación del proyecto.						X							
Ejecución del trabajo en campo.						X	X	X	X	X			
Tabulación de los datos recolectados.										X	X		
Análisis y discusión de los resultados.											X		
Elaboración del Informe Final.												X	
Presentación del trabajo.													X

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

Tabla 1. Variables sociodemográficas de gestantes con alto riesgo obstétrico con Trastorno Depresivo Mayor hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Variable	N°	%
Edad (promedio y D.S.)	26,34 +- 7,218	
Edad de gestantes por rangos		
Muy joven	1	1,0
Joven	19	19,0
Edad viable	64	64,0
Añosa	13	13,0
Muy añosa	3	3,0
Estado Civil		
Soltera	31	31,0
Conviviente	51	51,0
Casada	17	17,0
Separada	1	1,0

- La población estudiada estuvo constituida por 100 mujeres con diagnóstico de gestante de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé, se aplicó una Entrevista estructurada SCID.(DSM-IV-TR) para el diagnóstico y la escala de Montgomery-Asber para determinar la severidad de sintomatología depresiva, ambos instrumentos fueron fácil de aplicar, la duración de la entrevista osciló entre 30 a 40 minutos, la entrevista fue bien aceptada por las pacientes, en su gran mayoría las participantes mostraron su agrado por el echo de que se les preguntara acerca de su salud mental.
- El promedio de edad de las participantes fue de 26,34 + - 7,218. Según la edad de las gestantes por rangos, se encontró que el mayor porcentaje correspondía a la edad viable o recomendable para la gestación, seguida de la muy joven y añosa, 64%, 19%, 13 %, respectivamente, y en menor porcentaje para las que se considera muy añosas y muy joven. En relación al estado civil el 68% de las entrevistadas refieren encontrarse en calidad de unidas (convivientes y casadas), seguida por las solteras y separadas en el 31%, y 1% respectivamente.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de gestantes con alto riesgo obstétrico con Trastorno Depresivo Mayor hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006. (Continuación...)

Variable	Nº	%
Edad (promedio y D.S.)	26,34 +- 7,218	
Grado de Instrucción		
Primaria Incompleta	3	3,0
Primaria Completa	2	2,0
Secundaria Incompleta	25	25,0
Secundaria Completa	50	50,0
Superior Incompleta	3	3,0
Superior Completa	7	7,0
Técnico	10	10,0
Ocupación		
Desempleada	1	1,0
Obrera	1	1,0
Empleada	12	12,0
Estudiante	7	7,0
Su casa	69	69,0
Comerciante	8	8,0
Profesional	2	2,0
Nivel Socioeconómico		
Alto	1	1,0
Medio	33	33,0
Bajo	66	66,0

- Según el al grado de instrucción el 75% refieren tener secundaria completa e incompleta, seguida por estudios de técnica, superior completa e incompleta, y primaria completa e incompleta en el en el 25 %. De acuerdo a la ocupación el 69% permanecía en casa, y el 24% tienen algún tipo de trabajo y solamente el 7% son estudiantes. El nivel socioeconómico fue catalogado a predominio de bajo, medio, y alto, 69 %, 33%, 1%, respectivamente.

Tabla 2. Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor según Entrevista estructurada SCID (DSM-IV-TR) en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor		
según Entrevista estructurada	N°	%
SCID. (DSM-IV-TR)		
No	20	20,0
Si	80	80,0

- Aplicando la Entrevista estructurada SCID. (DSM-IV-TR), se diagnosticó Trastorno Depresivo Mayor en el 80 % de las entrevistadas.

Gráfico 1. Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor según Entrevista estructurada SCID (DSM-IV-TR) en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

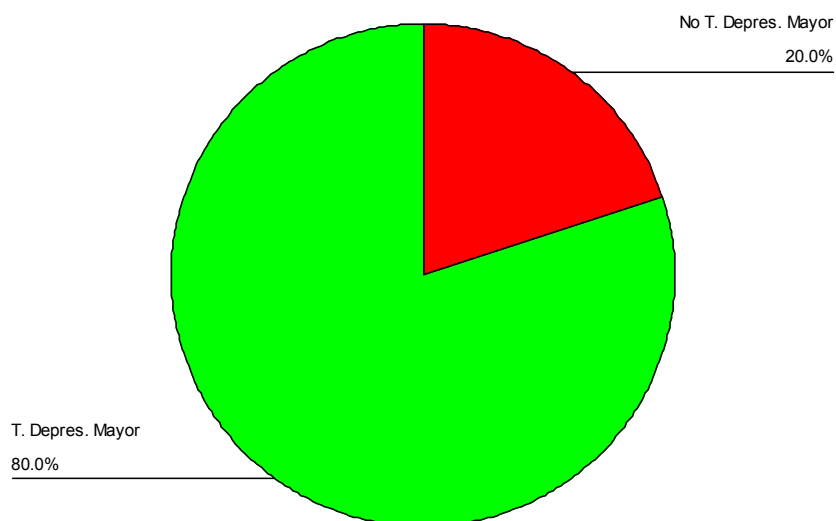


Tabla 3. Determinación de la intensidad según síntomas depresivos por Escala Montgomery-Asberg en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno- Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Escala Montgomery-Asberg	N°	%
No sintomatología depresiva	20	20,0
Sintomatología depresiva leve	54	54,0
Sintomatología depresiva moderada	23	23,0
Sintomatología depresiva severa	3	3,0

- Se determinó la severidad de sintomatología depresiva con la escala de Montgomery-Asber, y se aprecia que presentaron sintomatología leve, moderada y severa, el 54%, 23%, 3%, respectivamente, y no sintomatología depresiva en el 20%.

Gráfico 2. Determinación de la intensidad según sintomatología depresiva por Escala Montgomery-Asberg en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno- Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

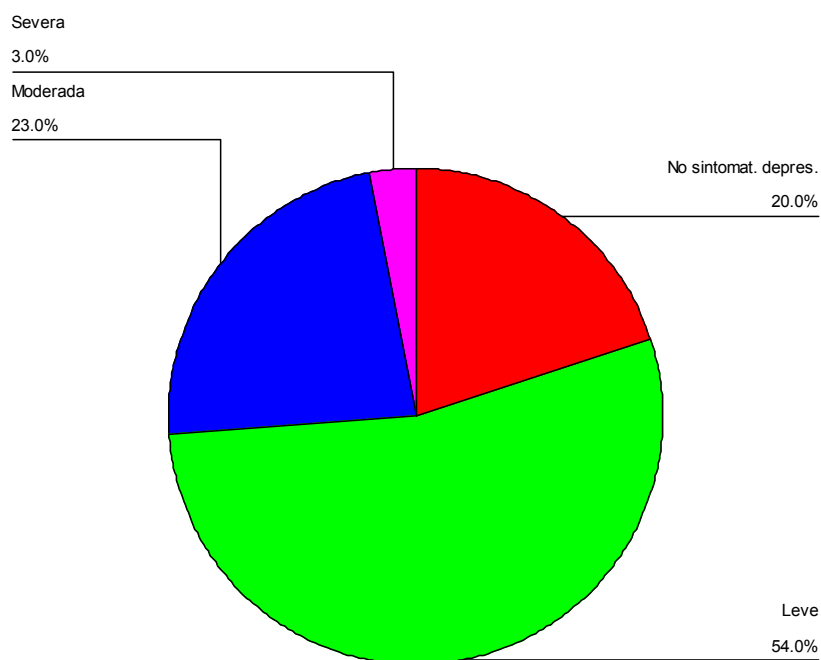


Tabla 4. Violencia familiar en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional-Materno Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Violencia familiar	N°	%
No	9	9.0
Sí	91	91.0

- Del total de pacientes en estudio, 91% fueron objeto de algún tipo de violencia ocasionada por algún familiar.

Gráfico 3. Violencia familiar en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

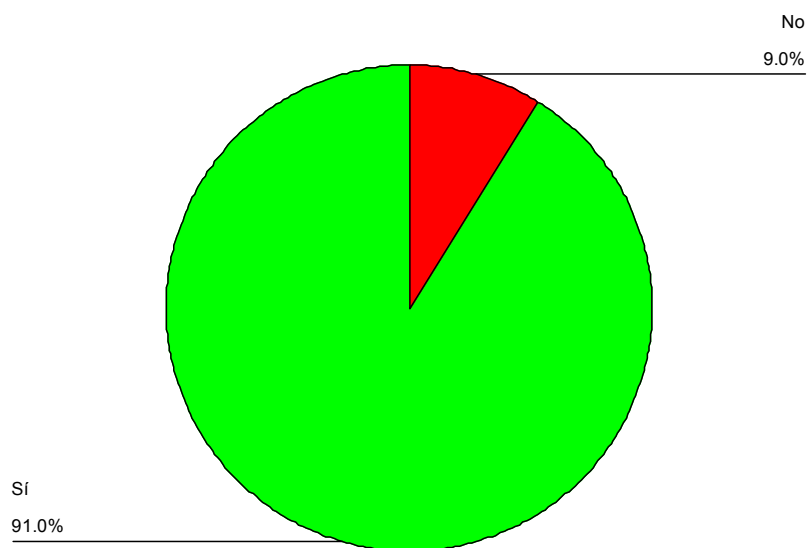


Tabla 5. Origen de violencia familiar en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Origen de Violencia familiar	N°	%
Ninguno	9	9,0
Conviviente	73	73,0
Esposo	11	11,0
Padre	3	3,0
Madre	4	4,0

- La violencia fue ocasionada en el 73% por el conviviente, en el 11% por el esposo, y en menor porcentaje por los padres 7%.

Gráfico 4. Origen de violencia familiar en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

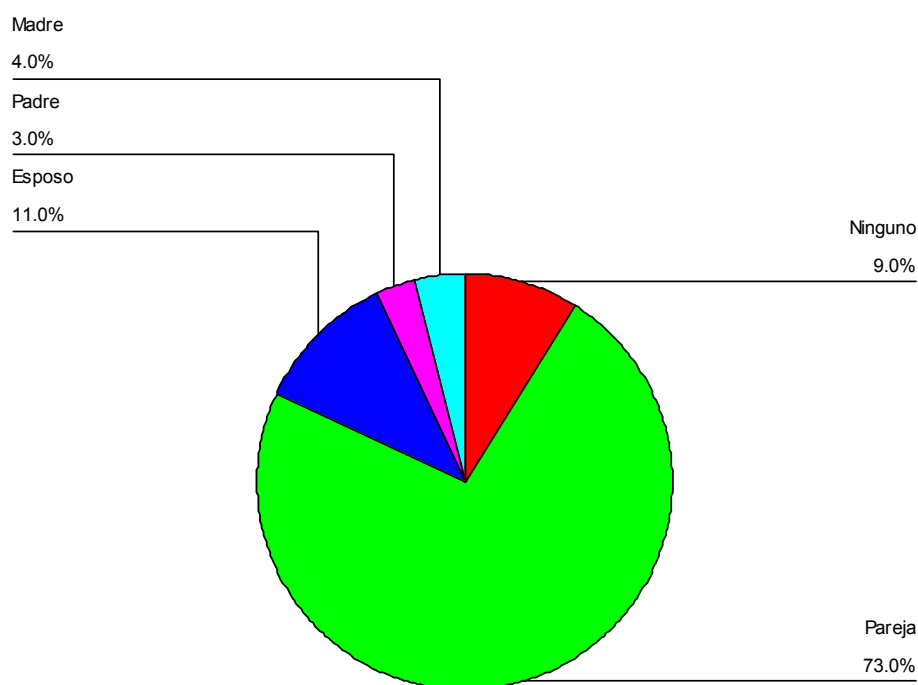


Tabla 6. Tipo de violencia familiar en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Tipo de Violencia familiar	Nº	%
Ninguno	9	9,0
Verbal	67	67,0
Verbal y Física	21	21,0
Verbal, física y sexual	3	3,0

- Según el tipo de violencia fue a predominio verbal, seguida de verbal más física, y verbal, física y sexual en el 67%, 21%, y 3% respectivamente.

Gráfico 5. Tipo de violencia familiar en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

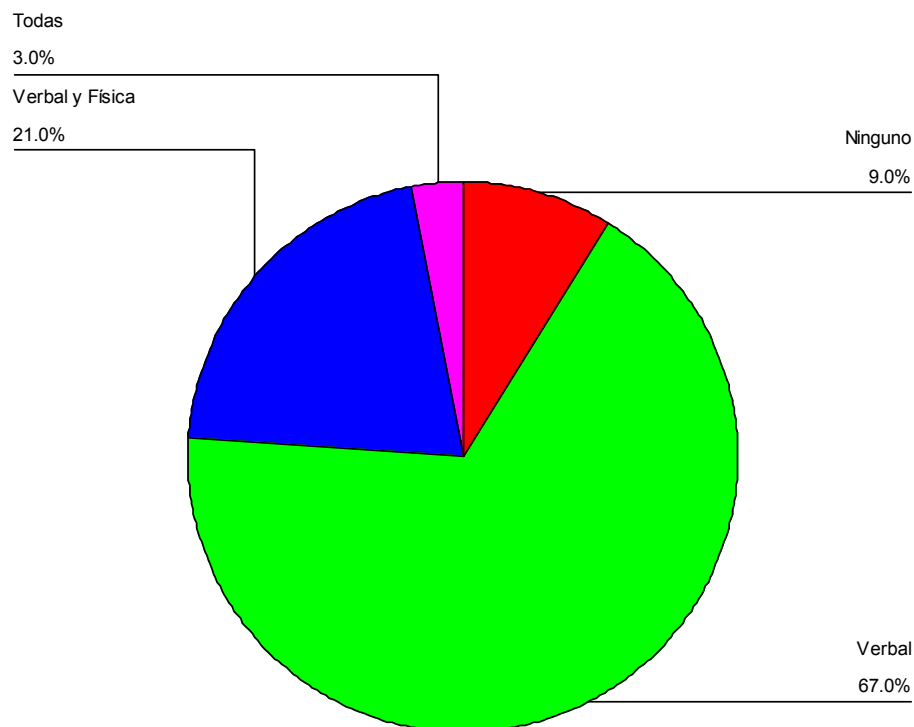


Tabla 7. Antecedente de violencia sexual en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Antecedente de violencia sexual	Nº	%
No	89	89.0
Sí	11	11.0

- De las pacientes en estudio, 11 presentaron antecedente de violencia sexual.

Gráfico 6. Antecedente de violencia sexual en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

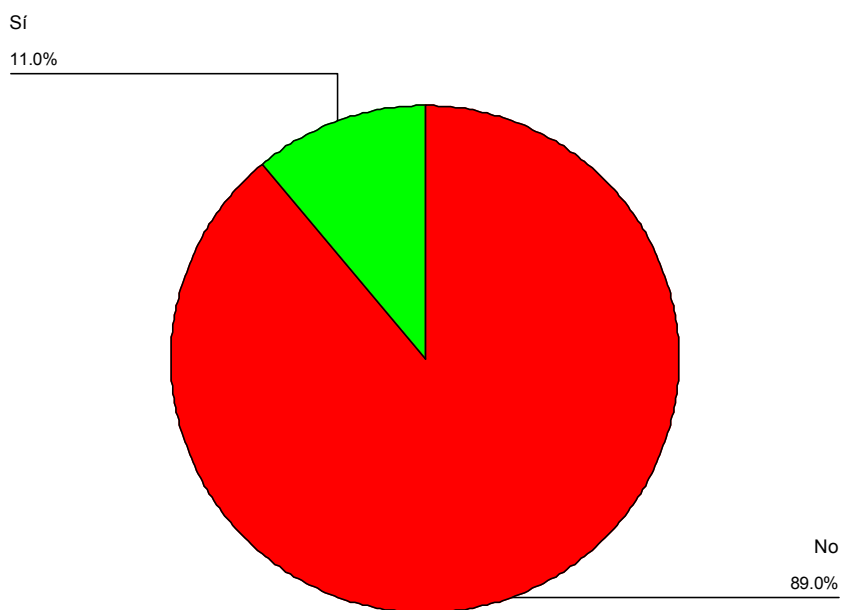


Tabla 8. Tipo de antecedente de violencia sexual en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Tipo de antecedente de violencia sexual	Nº	%
No Violencia	89	89,0
Abuso Sexual	7	7,0
Violación Sexual	4	4,0

- De las 11 pacientes, 7 sufrieron antecedente de abuso sexual y 4 violación sexual.

Gráfico 7. Tipo de antecedente de violencia sexual en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno- Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

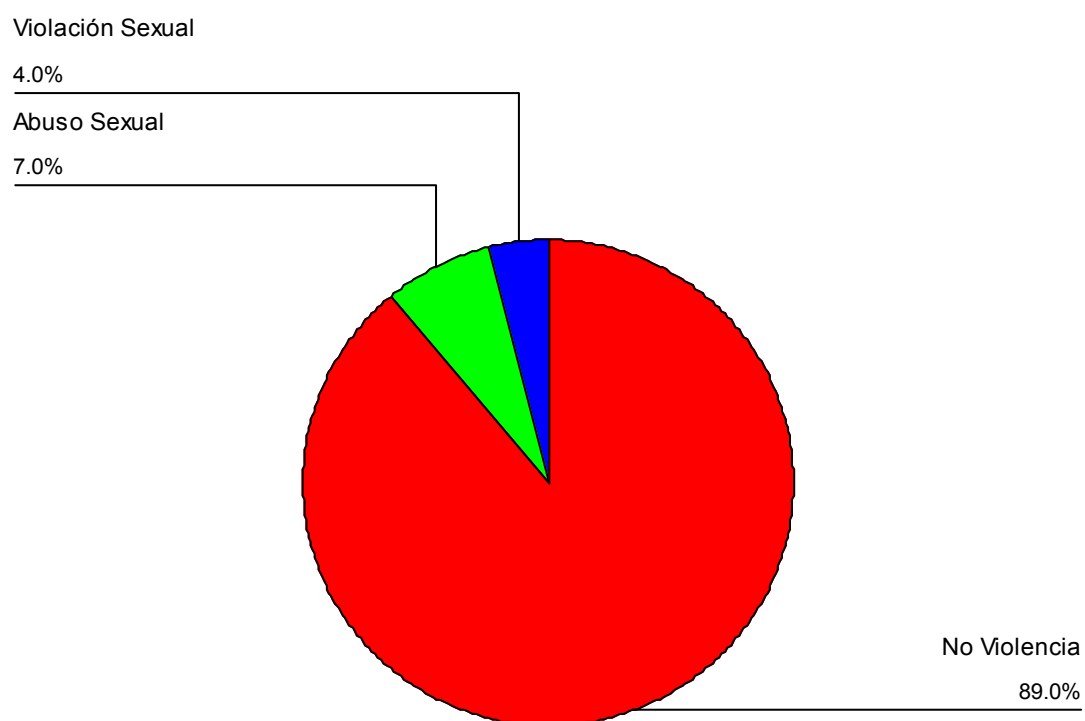


Tabla 9. Rangos de edad en antecedente de violencia sexual en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Rangos de edad en antecedente de violencia sexual	Nº	%
5 - 9	9	9,0
10 – 14	1	1,0
15 – 19	1	1,0
Sin violencia	89	89,0

- Es importante destacar el hecho de que el antecedente de violencia sexual ocurrió en mayor número en menores de 9 años, en un número de 9 pacientes, seguido por el rango de 10 a 19 años con 2 casos

Gráfico 8. Rangos de edad en antecedente de violencia sexual en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

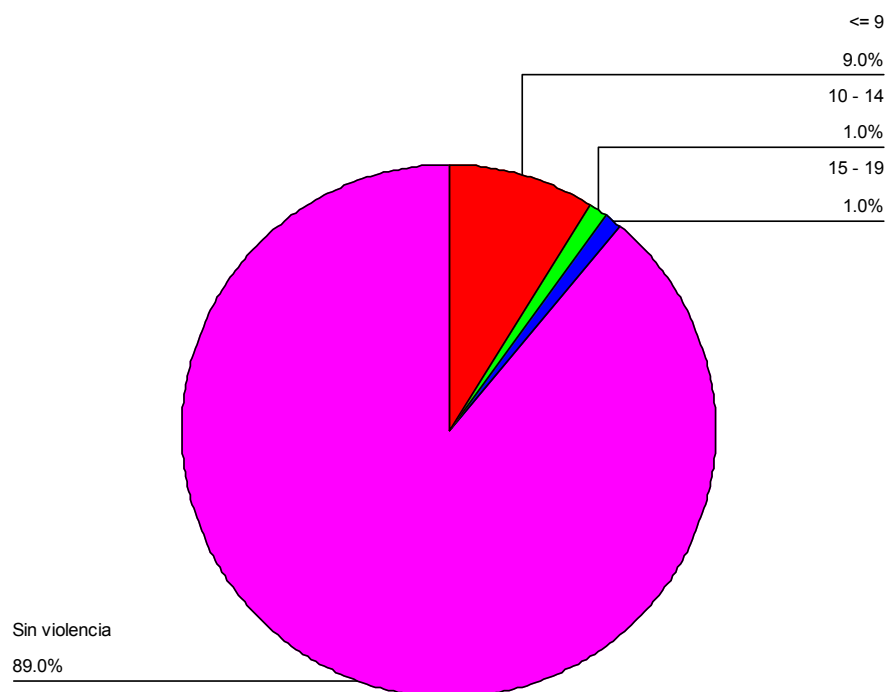


Tabla 10. Autor del antecedente de violencia sexual en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno- Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Autor del antecedente de violencia sexual	N°	%
Hermano	2	2,0
Tío	2	2,0
Primo	1	1,0
Otro	6	6,0
Sin violencia	89	89,0

- El autor del antecedente de violencia sexual fue determinado como otro (no familiar) en 6 casos, seguido por el hermano, tío con 2 casos respectivamente, y un caso por un primo.

Gráfico 9. Autor del antecedente de violencia sexual en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno- Infantil San Bartolomé. Julio-Septiembre 2006.

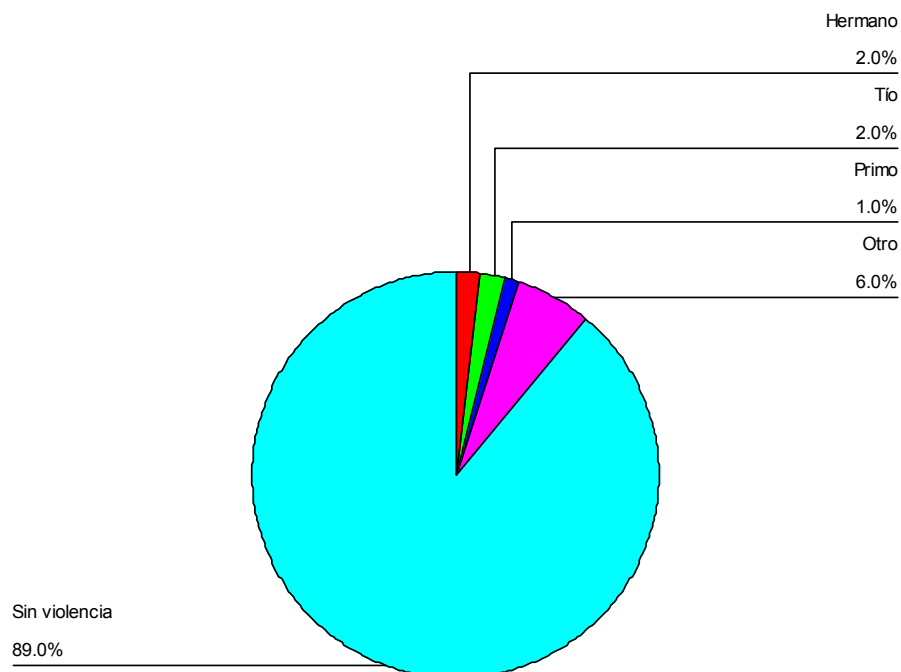


Tabla 11. Tipo de Tóxicos en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Tipo de Tóxicos	Nº	%
Ninguno	88	88.0
Alcohol	12	12.0

- De las 100 pacientes en estudio 12 consumieron alcohol.

Gráfico 10. Tipo de Tóxicos en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

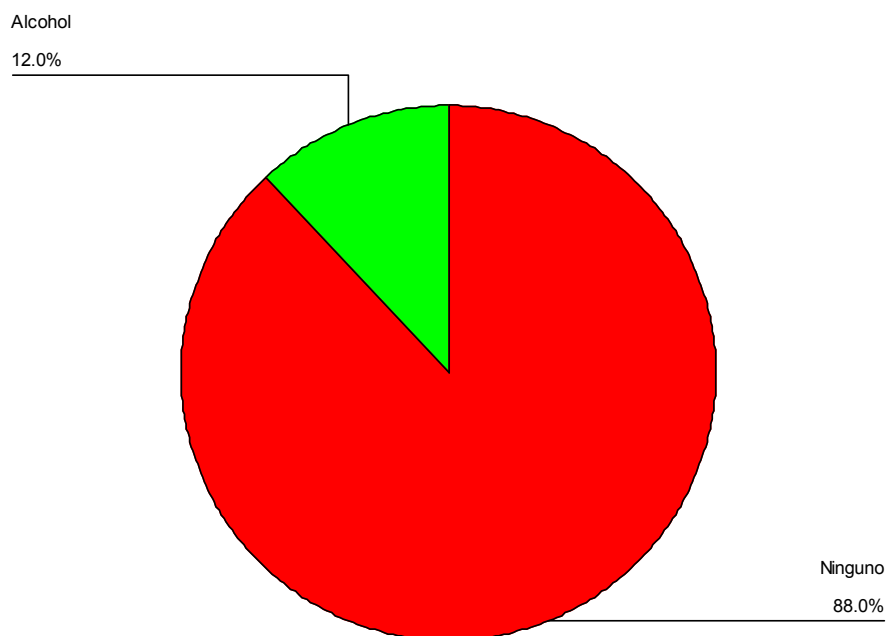


Tabla 12. Embarazo Planificado en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Embarazo Planificado	N°	%
No	74	74.0
Sí	26	26.0

- De las pacientes en estudio planificaron el embarazo el 26%, siendo el mayor porcentaje no planificado, 74%.

Gráfico 11. Embarazo Planificado en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

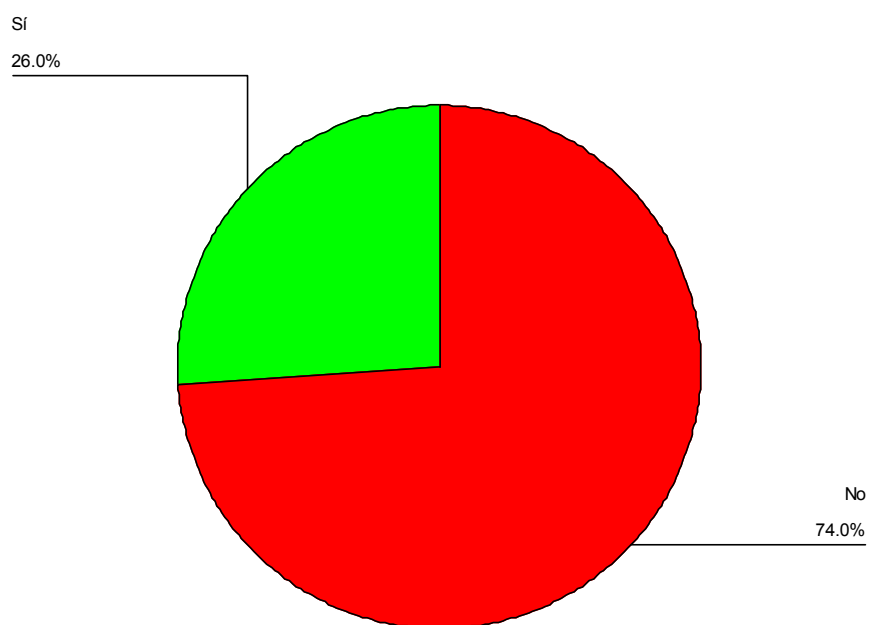


Tabla 13. Antecedente de Depresión Mayor en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Antecedente de Depresión Mayor	Nº	%
No	96	96.0
Sí	4	4.0

- Se determinó que 4 casos tenían antecedente de Depresión Mayor.

Gráfico 12. Antecedente de Depresión Mayor en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno- Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

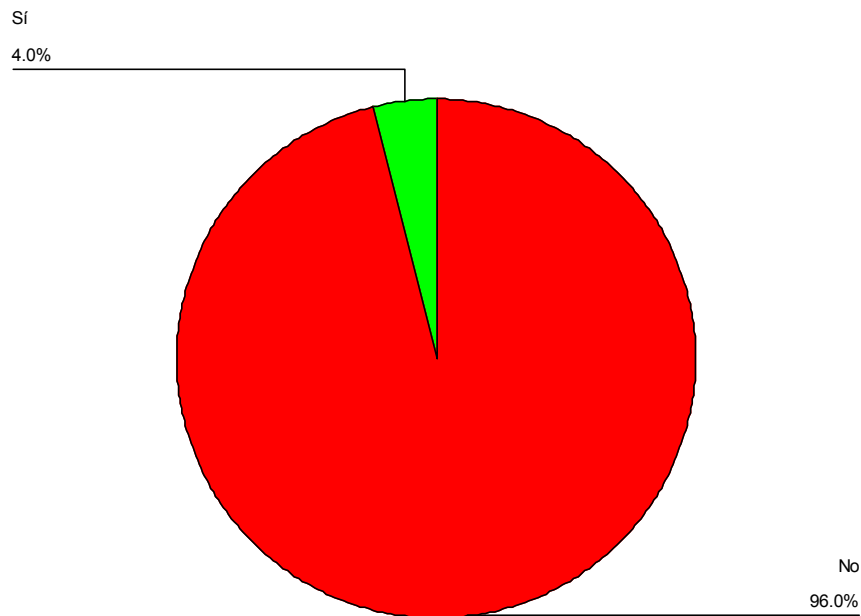


Tabla 14. Antecedente de Depresión Mayor familiar en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Antecedente de Depresión Mayor	Nº	%
No	68	68.0
Sí	32	32.0

- De las entrevistadas que presentaron diagnóstico de Depresión Mayor el 32% tenían el antecedente de algún familiar con este diagnóstico.

Grafico 13. Antecedente de Depresión Mayor familiar en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

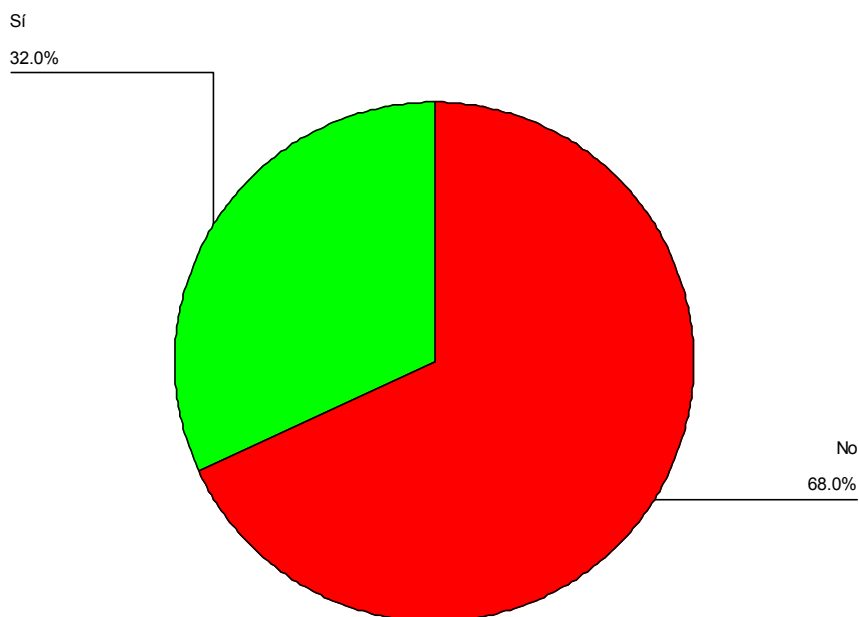


Tabla 15. Edad gestacional por trimestres al momento de la entrevista, en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Edad gestacional por trimestres	Nº	%
I Trimestre	1	1,0
II Trimestre	10	10,0
III Trimestre	88	88,0
Embarazo prolongado	1	1,0

- Respecto a la edad gestacional por trimestres al momento de la entrevista, el 88%, 10%, 1% corresponde al III, II, y I, trimestre, respectivamente.

Gráfico 14. Edad gestacional por trimestres al momento de la entrevista, en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006

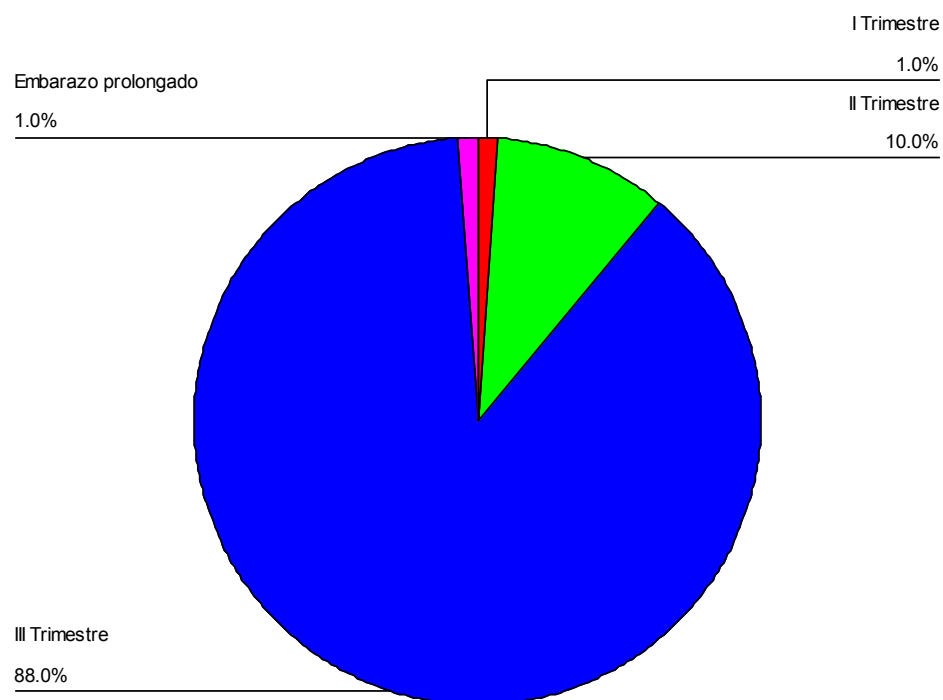


Tabla 16. Inicio de Trastorno Depresivo Mayor por trimestre en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006

Inicio de Trastorno Depresivo Mayor por trimestre de gestación	Nº	%
I Trimestre	51	51,0
II Trimestre	25	25,0
III Trimestre	4	4,0
Sin Trastorno Depresivo	20	20,0

- Trastorno Depresivo Mayor se inicio en el 51% en el primer trimestre, 25% en el segundo trimestre y en menor porcentaje en el tercer trimestre de la gestación.

Gráfico 15. Inicio de Trastorno Depresivo Mayor por trimestre en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006

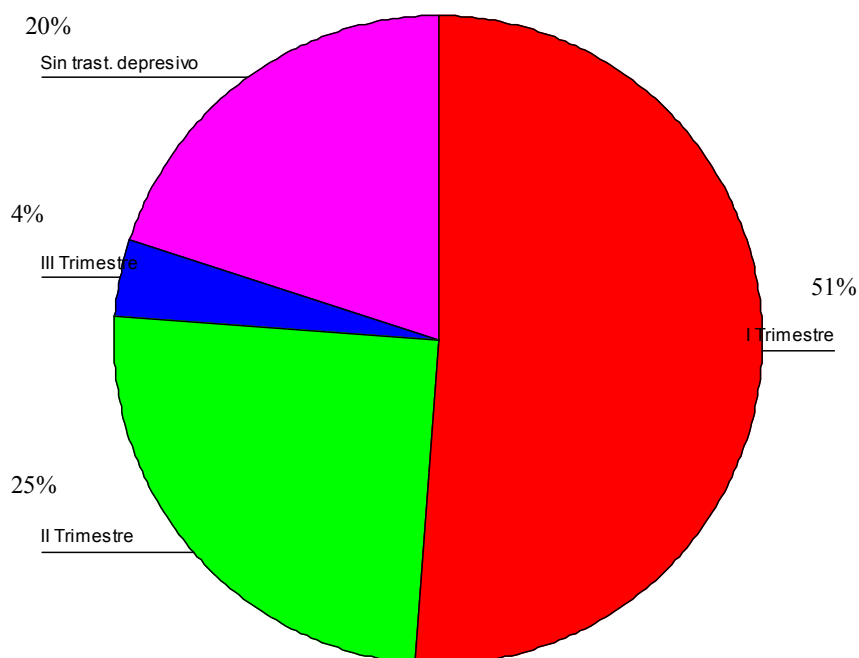


Tabla 17. Gestaciones anteriores en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Gestaciones	Nº	%
0	3	3,0
1	45	45,0
2	23	23,0
3	10	10,0
4	10	10,0
5	6	6,0
6	2	2,0
8	1	1,0

** El valor implica el total de primigestas y abortos*

- De las pacientes en estudio el 45% tiene el antecedente de una gestación.

Gráfico 16. Gestaciones anteriores en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

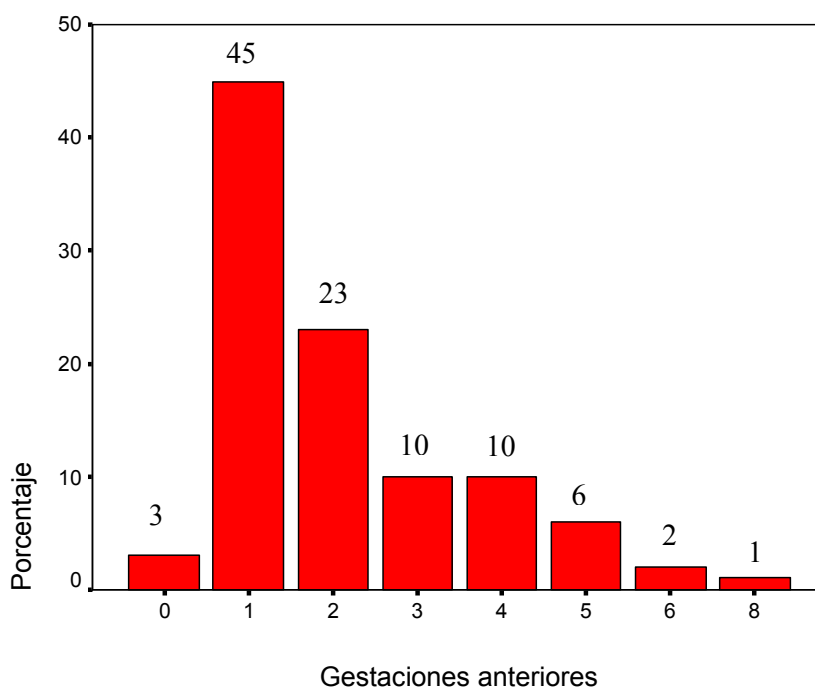


Tabla 18. Partos anteriores en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Partos anteriores	N°	%
0	73	73,0
1	18	18,0
2	5	5,0
3	2	2,0
4	2	2,0

- El 73 % de las gestantes en estudio no tuvieron partos anteriores.

Gráfico 17. Partos anteriores en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

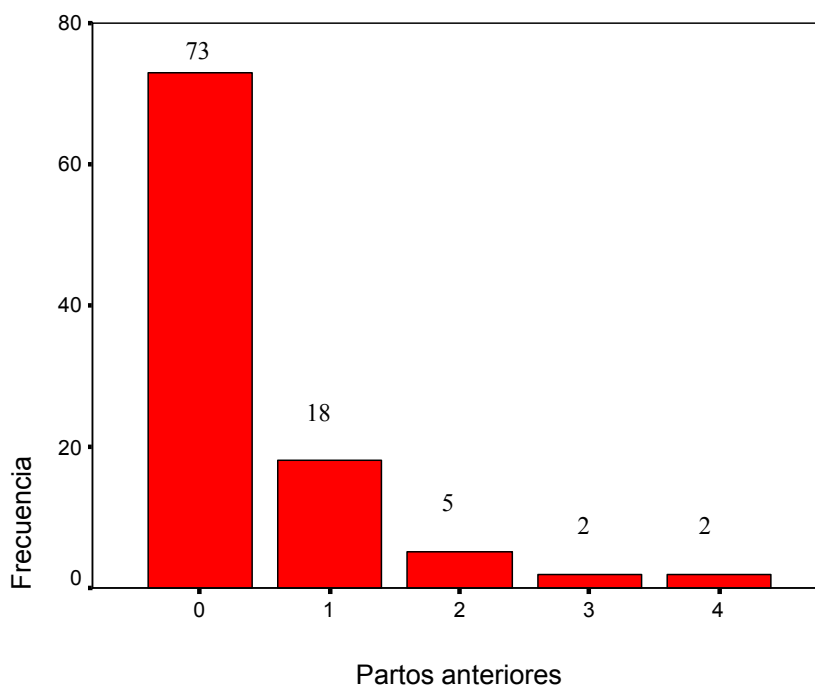


Tabla 19. Antecedente de abortos en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Abortos espontáneos	Nº	%
0	75	75,0
1	19	19,0
2	2	2,0
3	3	3,0
4	1	1,0

Abortos provocados	Nº	%
0	92	92,0
1	5	5,0
2	1	1,0
3	2	2,0

- El 25% de las entrevistadas refieren haber tenido entre 1 y 4 abortos espontáneos, correspondiendo el mayor porcentaje (19%) a las que presentaron un aborto. Respecto a los abortos provocados el 8% refirió tener el antecedente de 1 a 3 abortos.

Gráfico 18. Antecedente de abortos en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

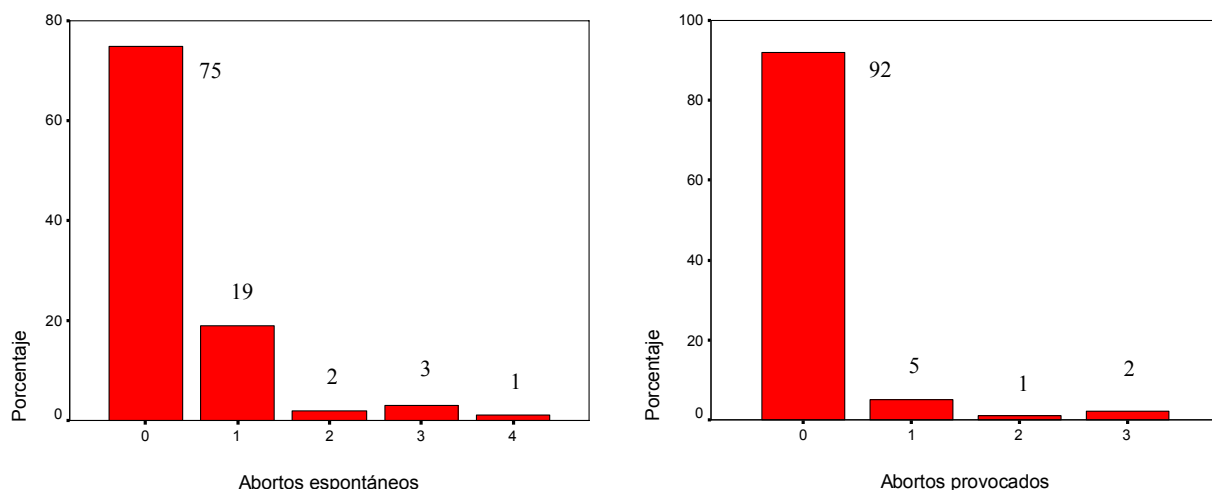


Tabla 20. Hijos vivos según en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio-Septiembre 2006.

Hijos vivos	N°	%
0	82	82,0
1	11	11,0
2	2	2,0
3	3	3,0
4	2	2,0

- El 82% de las gestantes entrevistadas no tenían hijos, el 11% tienen un hijo vivo, y el 7% de 2 a 4 hijos vivos.

Gráfico 19. Hijos vivos en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio-Septiembre 2006.

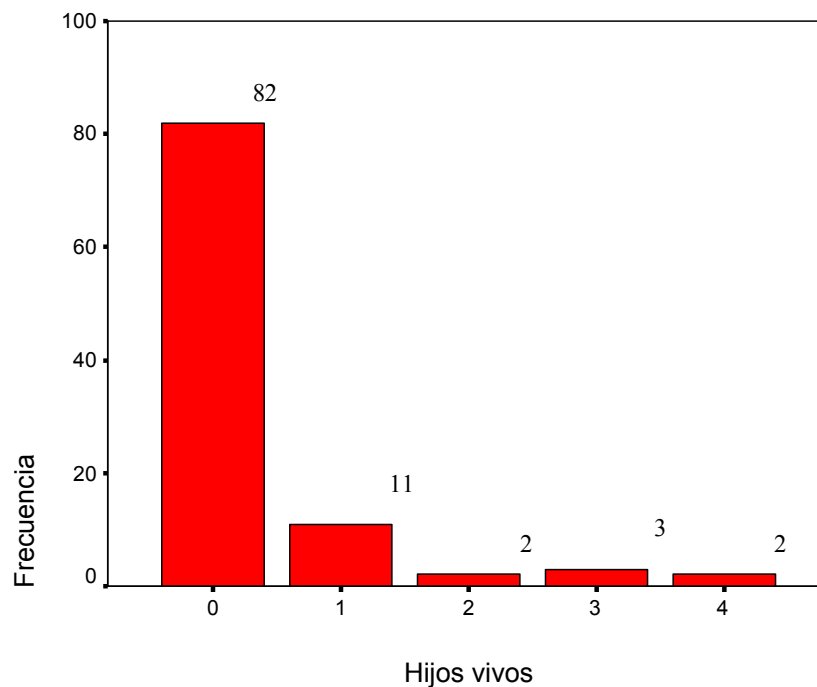


Tabla 21. Tabla de contingencia con prueba χ^2 para Entrevista estructurada SCID. (DSM-IV-TR) en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Variables	Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor				Valor p
	NO (n = 20)		SI (n = 80)		
	N	%	N	%	
Grupos de edad					
Muy joven	0	0	1	1,25	0,487
Joven	3	15	16	20	
Edad viable	16	80	48	60	
Añosa	1	5	12	15	
Muy añosa	0	0	3	3,75	
Estado Civil					
Soltera	3	15	28	35	0,333
Conviviente	13	65	38	47,50	
Casada	4	20	13	16,25	
Separada	0	0	1	1,25	
Grado de Instrucción					
Primaria Incompleta	3	15	0	0	0,012
Primaria Completa	0	0	2	2,50	
Secundaria Incompleta	4	20	21	26,20	
Secundaria Completa	8	40	42	52,50	
Superior Incompleta	0	0	3	3,75	
Superior Completa	3	15	4	5	
Técnico	2	10	8	10	
Ocupación					
Desempleada	1	5	0	0	0,269
Obrera	0	0	1	1,25	
Empleada	3	15	9	11,25	
Estudiante	0	0	7	8,75	
Su casa	14	70	55	68,75	
Comerciante	1	5	7	8,75	
Profesional	1	5	1	1,25	
Nivel Socioeconómico					
Alto	0	0	1	1,25	0,182
Medio	10	50	23	28,75	
Bajo	10	50	56	70	
Madre	0	0	4	5	

Valor p correspondiente a la prueba no paramétrica de chi cuadrado, para un nivel de significancia de 0,05.

- Tabla de contingencia con prueba χ^2 para Diagnostico por Entrevista estructurada SCID. (DSM-IV-TR) Se encontró un nivel de significancia para, grado de instrucción (P=0,012), Además se presumiría una correspondencia entre el diagnóstico de Depresión Mayor, con la ocupación (p=0,269) y el nivel socioeconómico (p=0,182), aunque es un valor mayor a la p=0,005.

Tabla 21. Tabla de contingencia con prueba χ^2 para Entrevista estructurada SCID. (DSM-IV-TR) en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006. (Continuación...)

Variables	Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor				Valor p
	NO (n = 20)		SI (n = 80)		
	N	%	N	%	
Grupos de edad por antecedente de violencia sexual **					
5 - 9	1	9,1	8	72,7	0,885
10 - 14	0	0	1	9,1	
15 - 19	0	0	1	9,1	
<i>Subtotal</i>	1	9,1	10	90,9	
Embarazo Planificado					
No	13	65	61	76,21	0,305
Sí	7	35	19	23,75	
Grupos de edad gestacional al momento de la entrevista					
I Trimestre	0	0	1	1,25	0,233
II Trimestre	2	10	8	10	
III Trimestre	17	85	71	88,75	
Embarazo prolongado	1	5	0	0	
Gestaciones anteriores					
0	3	15	0	0	0,001
1	6	30	39	48,75	
2	9	45	14	17,50	
3	0	0	10	1,25	
4	0	0	10	1,25	
5	1	5	5	6,25	
6	1	5	1	1,25	
8	0	0	1	1,25	
Origen de Violencia					
Ninguno	4	20	5	6,25	0,001
Conviviente	10	50	63	78,75	
Esposo	3	15	8	10	
Padre	3	15	0	0	
Madre	0	0	4	5	

* Valor p correspondiente a la prueba no paramétrica de chi cuadrado, para un nivel de significancia de 0,05.

** Solamente se encuentran 11 gestantes con antecedente de violencia sexual reportada en edades menores a los 19 años.

- Tabla de contingencia con prueba χ^2 para Diagnóstico por Entrevista estructurada SCID. (DSM-IV-TR) se encontró un nivel de significancia para gestaciones anteriores ($p=0,001$) y origen de violencia ($p=0,001$), además una probable relación con el embarazo no planificado ($p=0,305$), aunque la p sigue siendo mayor a 0,005 (Continuación...)

Tabla 22. Tabla de contingencia con prueba χ^2 para severidad de síntomas depresivos por la Escala de Montgomery – Asberg según gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Variables	Severidad de sintomatología depresiva								Valor p^*
	No síntomas (n = 20)		Leve (n = 54)		Moderada (n = 23)		Grave (n = 3)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Grupos de edad									
Muy joven	0	0	1	1,85	0	0	0	0	0,331
Joven	3	15	12	22,22	2	8,70	2	66,67	
Edad viable	16	80	29	53,70	18	78,26	1	33,33	
Añosa	1	5	9	16,7	3	13,04	0	0	
Muy añosa	0	0	3	5,56	0	0	0	0	
Estado Civil									
Soltera	3	15	20	37,04	8	34,78	0	0	0,354
Conviviente	13	65	25	46,30	10	43,48	3	100	
Casada	4	20	9	16,7	4	17,4	0	0	
Separada	0	0	0	0	1	4,35	0	0	
Grado de Instrucción									
Primaria Incompleta	3	15	0	0	0	0	0	0	0,220
Primaria Completa	0	0	2	3,70	0	0	0	0	
Secundaria Incompleta	4	20	11	20,37	9	39,13	1	33,33	
Secundaria Completa	8	40	31	57,41	9	39,13	2	66,67	
Superior Incompleta	0	0	2	3,70	1	4,35	0	0	
Superior Completa	3	15	2	3,70	2	8,70	0	0	
Técnico	2	10	6	11,11	2	8,70	0	0	
Ocupación									
Desempleada	1	5	0	0	0	0	0	0	0,570
Obrera	0	0	1	1,85	0	0	0	0	
Empleada	3	15	4	7,41	5	21,74	0	0	
Estudiante	0	0	5	9,26	2	8,70	0	0	
Su casa	14	70	39	72,22	14	60,87	2	66,67	
Comerciante	1	5	5	9,26	1	4,35	1	33,33	
Profesional	1	5	0	0	1	4,35	0	0	
Nivel Socioeconómico									
Alto	0	0	1	1,85	0	0	0	0	0,516
Medio	10	50	16	29,63	7	30,43	0	0	
Bajo	10	50	37	68,52	16	69,57	3	100	

Valor p correspondiente a la prueba no paramétrica de χ^2 cuadrado, para un nivel de significancia de 0,05.

*** Solamente se encuentran 11 gestantes con antecedente de violencia sexual reportada en edades menores a los 19 años.*

- Tabla de contingencia con prueba χ^2 para severidad de síntomas depresivos por la Escala de Montgomery – Asberg; se podría establecer una probable relación con la variable grado de instrucción $p=0,220$.

- **Tabla 22.** Tabla de contingencia con prueba χ^2 para severidad de síntomas depresivos por la Escala de Montgomery – Asberg según gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006. (*Continuación...*)

Variables	Severidad de sintomatología depresiva								Valor p
	No síntomas (n = 20)		Leve (n = 54)		Moderada (n = 23)		Grave (n = 3)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Origen de Violencia									
Ninguno	4	20	4	7,41	1	4,35	0	0	0,005
Pareja	10	50	43	79,63	18	78,26	2	66,67	
Esposo	3	15	4	7,41	4	17,4	0	0	
Padre	3	15	0	0	0	0	0	0	
Madre	0	0	3	5,56	0	0	1	33,33	
Grupos de edad por antecedente de violencia sexual **									
<= 9	1	9,1	4	36,4	4	36,4	0	0	0,655
10 - 14	0	0	1	9,1	0	0	0	0	
15 - 19	0	0	0	0	1	9,1	0	0	
<i>Subtotal</i>	1	9,1	5	45,5	5	45,5	0	0	
Embarazo Planificado									
No	13	65	41	75,93	19	82,61	1	33,33	0,220
Sí	7	35	13	20,07	4	17,39	2	66,67	
Grupos de edad gestacional al momento de la entrevista									
I Trimestre	0	0	0	0	1	9,1	0	0	0,214
II Trimestre	2	10	3	5,56	4	36,4	1	33,33	
III Trimestre	17	85	51	94,44	18	78,26	2	66,67	
Embarazo prolongado	1	5	0	0	0	0	0	0	
Gestaciones anteriores									
0	3	15	0	0	0	0	0	0	0,012
1	6	30	30	55,54	9	39,13	0	0	
2	9	45	7	12,97	6	26,09	1	33,33	
3	0	0	7	12,97	2	8,70	1	33,33	
4	0	0	7	12,97	2	8,70	1	33,33	
5	1	5	2	3,70	3	13,04	0	0	
6	1	5	1	1,85	0	0	0	0	
8	0	0	0	0	1		0	0	

* Valor p correspondiente a la prueba no paramétrica de chi cuadrado, para un nivel de significancia de 0,05.

** Solamente se encuentran 11 gestantes con antecedente de violencia sexual reportada en edades menores a los 19 años.

- Tabla de contingencia con prueba χ^2 para severidad de síntomas depresivos por la Escala de Montgomery – Asberg; las variables origen de violencia (P=0,005) y gestaciones anteriores (P=0,012) se encontró nivel de significancia, y se podría establecer una probable relación con la no planificación del embarazo (p=0,220).

Tabla 23. Tabla de contingencia con prueba χ^2 para Entrevista estructurada SCID. DSM-IV-TR y severidad de síntomas depresivos según Escala Montgomery-Asberg en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno Infantil – San Bartolomé. Julio-Septiembre 2006.

Diagnóstico de Depresión Mayor por entrevista estructurada SCID (DSM-IV-TR)	Severidad de síntomas depresivos según Escala de Montgomery - Asberg				p
	No síntomas	Leve	Moderada	Grave	
NO	20	0	0	0	0,000
SI	0	54	23	3	

- Tabla de contingencia en la que se establece una relación significativa entre Entrevista estructurada SCID. (DSM-IV-TR) y la Escala Montgomery – Asberg con una, $p=0,000$, $\chi^2 =100,0$ para 3 gl. Es decir que existe una correspondencia fiel entre una y otra variable.

Tabla 24. Tabla de contingencia con regresión logística para Entrevista estructurada SCID. (DSM-IV-TR) y algunas variables dicotómicas en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno Infantil – San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Variables	Valor p
violencia familiar (viol1)	0,055
consumo de tóxicos (consu1)	0,218
consumo de medicamentos (medic)	0,920
antecedente de violencia sexual (antec1)	0,338
planificación del embarazo (emb_plan)	0,305
antecedente de enfermedad mental propia (ante_em1)	0,307
antecedente de enfermedad mental familiar (ante_em2)	0,453
Valor p global	0,358

- Tabla de contingencia con regresión logística para Entrevista estructurada SCID. (DSM-IV-TR) y algunas variables dicotómicas. La variable violencia familiar es la más cercana al valor p referencial con un $p=0,055$, lo que sugiere una mejor regresión para esta variable, es decir una relación proporcionalmente directa entre la presencia de violencia familiar y el diagnóstico en gestantes con Depresión Mayor. Le sigue la variable consumo de tóxicos, fundamentalmente alcohol y en menor cantidad tabaco (consu1), con una $p=0,218$, que sin embargo es siempre mayor que 0,05 y por tanto no significativa o asociada, al igual que el resto de las variables binarias comparadas.

CAPITULO V

5. DISCUSION

Es importante destacar el hecho de que las cifras encontradas al haber aplicado una entrevista psiquiátrica estructurada, SCID (DSM-IV-TR.), son contundentes; 80% gestantes de alto riesgo obstétrico presentan Depresión Mayor a diferencia de otros estudios donde las cifras que se reportan, en gestantes en general, son del orden del 2% al 21% (7,18,34). Los estimados para la de severidad de sintomatología depresiva que se han encontrado en este estudio son a predominio de sintomatología leve en el 54% seguido de la moderada y severa en el 23% y 3% respectivamente.

En la muestra estudiada en esta institución se encontró que 8 de cada 10 presentaron Trastorno Depresivo Mayor; y el personal profesional que labora en este hospital, no detectó este diagnóstico en el 100% de los casos. Esto marca una diferencia con otros estudios, que reportan que la falta de reconocimiento es del orden del 50% (7,12,). Este hallazgo parece traducir una falta de conocimiento de este trastorno o la práctica de una medicina focalizada en el motivo de consulta u hospitalización olvidándose de hacer una atención integral.

El origen de violencia ($P=0,001$), gestaciones anteriores ($P=0,001$), grado de instrucción ($P=0,012$), son variables que tienen significancia en el diagnóstico de Depresión Mayor en gestantes de alto riesgo obstétrico.

En esta muestra estudiada, el Trastorno Depresivo Mayor se inicia con más frecuencia durante el primer y segundo trimestre de la gestación, a diferencia de otros estudios que indican que es más frecuente en el segundo y tercer trimestre (7). La diferencia de estos resultados están explicados por la situación de inestabilidad social, económica y emocional por la que atraviesan las gestantes en nuestro medio. En el presente estudio se han encontrado que las siguientes variables tienen relación con el inicio del Trastorno Depresivo: grado de instrucción (secundaria 78.7%), la disfunción de pareja con maltrato verbal y/o físico (78.5%), bajo nivel socio económico (70%), ser ama de casa (68.65%), entre otros.

La duración del sueño aumentado, así como el apetito incrementado según severidad de síntomas depresivos por Escala Montgomery-Asberg no es considerado como un criterio de diagnóstico y que sí está indicado en el DSM-IV.

6. CONCLUSIONES

1. Se determino el diagnostico preciso del trastorno Depresivo Mayor a través de una entrevista psiquiatrica estructurada SCID (DSM-IV-TR) en el 80% de 100 Gestantes de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé.
2. El 54 % de las gestantes tenían sintomatología depresiva leve, 23% moderada, 3% severa y el 20% no presento síntomas depresivos; la intensidad de los síntomas se determino mediante la aplicación de la escala de Montgomery-Asberg.
3. En el 51% el Trastorno Depresivo Mayor se inicio en el primer trimestre, 25% en el segundo trimestre y el 4% en el tercer trimestre de la gestación.
4. En cuanto a la severidad de síntomas depresivos, según el trimestre se observo, que de 54 pacientes con síntomas depresivos leves, el 5,56% corresponden al segundo trimestre, y el 94,44% al tercer trimestre.
De 23 Pacientes con síntomas depresivos moderados, el 9,15% corresponden al primer trimestre, 36,4 al segundo trimestre y el 78,26% al tercer trimestre.
De 3 Pacientes con síntomas depresivos graves el 33,33% corresponden al segundo trimestre, y el 66,67% al tercer trimestre.
5. Los factores que se relacionan a Depresión Mayor en las gestantes de alto riesgo obstétrico son: origen de violencia familiar, número de gestaciones anteriores, grado de instrucción y el factor socioeconómico, ocupación y embarazo no planificado, se aprecia como una posible relación.

7. RECOMENDACIONES

Los hallazgos encontrados son preocupantes ya que los médicos especialistas no en psiquiatría, que laboran en esta institución no reconocen la sintomatología depresiva por lo tanto, es necesario que se integre el Psiquiatra al equipo de salud de estos servicios.

Esta enfermedad no solo causa pérdida de la productividad sino también incrementa la morbilidad de la embarazada, del desarrollo fetal y el bienestar del niño a corto y a largo plazo por lo tanto, se puede decir que el impacto que impone la integración de servicios de salud especialmente el de Psiquiatría es beneficioso para las pacientes.

En vista de que la Depresión Mayor se ha convertido en un problema de salud pública, deben producirse cambios en los modelos de atención en salud, hacia un abordaje integral, por lo que se debe incrementar los conocimientos y habilidades de los profesionales de la salud a nivel de las universidades y en las diferentes instituciones de salud.

CAPITULO VI

REFERENCIAS

1. Alarcón R, Mazzotti G, Nicolini H. *et al.* Psiquiatría, segunda edición, Washington, D.C: OPS/ Manual Moderno, 2005: 431-451.
2. Saavedra J. *et al.* Anales de Salud Mental, Estudio Epidemiológico metropolitano en Salud Mental 2002, 28.
3. Alvarado R, Rojas M, Monardes J. *et al.* Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2000,38:84-93.
4. American Psychiatry Association Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder: DSM-IV, Versión Española 4ta edición Masson. Barcelona 1995.
5. Austin M-P, Hadzi-Pavlovic D, Leader L, Saint K, *et al.*, Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: relationships with infant temperament. *Early Human Development.* 2005; 81: 183—190.
6. Bennett H. A, Einarson A, Taddio A, Koren. *et al.* Review Article Depression during Pregnancy Overview of Clinical Factors. *Clin Drug Invest* 2004; 24: 157-179
7. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, *et al.* Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004; 103:698 –709.
8. Bobes J, Portilla M, Bascaran M, Sáiz P, *et al.* Banco de instrumentos Para la practica de la Psiquiatría clínica 3ra edición Ars Medica, 2004; 55.
9. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, *et al.* Perinatal Risks of Untreated Depression During Pregnancy, *Can J Psychiatry.* 2004; 49: 726-735.
10. Brockington I. Diagnostico y tratamiento de los trastornos posparto *World Psychiatry.* 2004; 2: 89-93.
11. Campagne D.M., Detectyng Depresión before, duryng and after pregnancy with the pregnancy mood profile. *Prog. obstet Ginecol.* 2004; 47: 27-35.
12. Campagne D.M, The obstetrician and depression during pregnancy *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology,* 2004; 116:125–130.
13. Chandra P.S., Asistencia Psiquiatria posparto en la India: Necesidad de integración e innovación. *World Psychiatry.* 2004; 2: 99-100.
14. Heung Y, Law C, Chan B, Liu K. Suicidal ideation and suicidal attempts in a population-based study of Chinese people: Risk attributable to hopelessness, depression, and Social Factors. *Epidemiology of Major depressive disorder. Archives of General Psychiatry.* 2006; 90:193-199.
15. Depression during pregnancy and after, *Harvard Mental Health Letter,* 2002.
16. Eberhard-Gran M., Tams K., Opjordsmoen S., Skrandal A. *et al.* Depression during pregnancy and after delivery: A repeated measurement study, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.* 2004; 25:15–21.
17. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golbing J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British. Medical Journal.*2001; 323:257-260.
18. Halbreich U, The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions The need for interdisciplinary integration, *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2005; 193. 1312–22.

19. Harlow B. L., Cohen L. S., Otto M. W., Spiegelman D, Cramer D W. Early life menstrual characteristics and pregnancy experiences among women with and without major depression: the Harvard study of moods and cycles. *Journal of Affective Disorders*. 2004; 79: 167–176.
20. Hasin D, Goodwin R, Stinson F, Grant B. Epidemiology of Major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62:1097-1106.
21. <http://tecnociencia.es/especiales/depression>
22. Isacson D; Bingefors K; von K. L. The impact of depression is unevenly distributed in the population. *European Psychiatry*. 2005; 20:205-212.
23. Jesse D. E, Walcott-McQuigg J, Mariella A, and Swanson M.S., Risks and Protective Factors Associated With Symptoms of Depression in Low-Income African American and Caucasian Women During Pregnancy, *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2005; 50:405-410.
24. Kessler R C, Berglund P, Demler O, Koretz D, et al., The Epidemiology of depressive disorder, results from the National Comorbidity survey Replication (NCS-R *Jama*. 2003; 289:3095-3105.
25. Kliert C., Muzik M, Trastornos del vinculo materno-filial y uso del parental Bonding questionnaire en la practica clínica, *World Psychiatry*. 2004; 2:102-103.
26. Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud: Lineamientos para la acción en Salud Mental. Perú, 2004.
27. Prevención de los trastornos Mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado, Ginebra, OMS. 2004; 1- 67
28. Patel V. Prince M., Maternal psychological morbidity and low birth weight in India *British Journal of Psychiatry*. 2006; 188:284 -285.
29. Rondon M. Trastornos depresivos del embarazo y el puerperio. *Acta Medica Peruana*. 2005; 1.
30. Sadek N. Nemeroff C, Actualización en neurobiología de la depresión | *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 2000; 3:462-478.
31. Sánchez A.J. Bermúdez M.P. Buéla-Casal G. Efectos del estado de la gestación sobre el estado de ánimo, *REME* 2000; 2: 2-3.
32. Sleath B, West S. Tudor G, perreira K, et al, Ethnicity and prenatal depression: Women's Experiences and perspectives on communicating about their and feelings during pregnancy. *Patient Education and counselin* 2005; 58: 35-40.
33. Torres H P. Gutiérrez R.L. Robles Rodríguez I. trastornos afectivos en los ciclos hormonales de la mujer. *Salud mental, atención primaria, salud global*. 2005; 6:1-7.
34. Thoppil J, Riutcel T. L, Nalesnik S.W. Early intervention for perinatal depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2005; 192:1446-8.
35. Tsuang M.T, Bar J. L, Stone W. S, Faraone S, Interacciones genética-ambiente en los trastornos mentales *World Psychiatry*. 2004; 2:73-80.
36. Valtonen H, Suominen K, Partonen T, Ostamo A, et al. Time Patterns of attempted suicide. *Journal of Affective Disorders*. 2006; 90, 2-3, 201-207.

CAPITULO VII

ANEXOS

GLOSARIO DE TÉRMINOS:

- **ABUSO FISICO:** Se refiere a haber recibido golpes, empujones en circunstancias desventajosas para la persona.
- **ABUSO SEXUAL:** Ser objeto de cualquier acto, intento sexual en contra de la voluntad de la persona, en forma forzada o completamente inapropiada.
- **POBRE:** Se refiere a una persona o familia que puede satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, pero las demás.
- **VIOLACION SEXUAL:** Es una acción violenta que implica relación sexual sin consentimiento.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA PARA LOS TRASTORNOS DEL EJE I DEL DSM-IV-TR. (SC I D)– (PARA EL DSM-IV-TR).

ESCALA DE DEPRESIÓN DE MONTGOMERY-ASBERG (MONTGOMERY-ASBERG DEPRESSION RATING SCALE, MADRS).

OTRAS TABLAS.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha.....

.....
Nombres y apellidos

Consentimiento informado (firma)

Edad..... **Distrito de procedencia**..... **N°HC**.....

Estado civil: Solt () Conv () Casada () Separada () Divorc () Viuda ()

Grado de Instrucción: Analf () PI () PC () SecI () SecC () SupI () SupC: ()
SUP T:()

Ocupación: Desempleada () Obrera () Empleada () Estudiante () Su casa ()
Otros.....

Religión: Católica() Evangelista () Ateo () otras.....

Nivel Socioeconómico: Alto () Medio () Bajo ()

Violencia de: pareja() esposo () padre () madre () hermano () otros.....

Tipo de Violencia: Verbal () Física () Sexual () Todas ()

Consumo de: Alcohol () Cigarrillos() Marihuana () Cocaína () PBC ()
Otros.....Frecuencia..... Cantidad.....

Consumo de medicamentos: SI () NO ()
Especifique nombreTiempo.....

Antecedente de: Abuso sexual () Violación sexual () edad.....
Padre () Hermano () Tío () Primo () Abuelo () Desconocido () Otro ()

Embarazo: Planificado SI () NO () G () P () AE () AP () HV () HM ()

Antecedente de enfermedad mental:

Paciente si () no () Diagnóstico.....

Familiar si () no () Diagnóstico.....

Interconsulta a salud Mental: si () no () Motivo.....

Relación médico paciente: Buena () Regular () Mala ()

Diagnostico por Historia clínica.....

Puntaje escala Montgomery-Asberg.....

Diagnóstico por entrevista estructurada SCID (DSM-IV-TR).....
.....

**ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA PARA LOS TRASTORNOS DEL
EJE I DEL DSM-IV**

**S C I D – (Para el DSM-IV-TR)
Michael B. First, Robert Spitzer...**

**EPISODIO DEPRESIVO MAYOR
ACTUAL**

CRITERIOS PARA EDM

Ahora le voy a hacer algunas preguntas más acerca de su estado de ánimo

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo periodo de cuatro semanas y representan un cambio respecto al funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) ánimo depresivo, o (2) pérdida de interés o de placer

En el último mes...

...ha habido un periodo de tiempo en que se haya sentido deprimido o triste la mayor parte del día casi a diario? (¿cómo fue?)
SI FUE SÍ: ¿Cuánto duró? (¿Llegó a ser de cuatro semanas?)

1 Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi a diario, como lo indica el propio sujeto (p.e. sentirse triste o vacío) u observación realizada por otros (p.e. llanto). Nota: en niños y adolescentes puede ser ánimo irritable)

?	1	2	3

A1

¿perdió interés o placer en las cosas que por lo general disfrutaba?

SI ES SÍ: ¿Era casi todos los días? ¿Cuánto duraba? (¿Hasta cuatro semanas?)

2 Marcada disminución del interés o capacidad de sentir placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como lo indica la explicación del sujeto o la observación de las otras personas)

?	1	2	3

SI NI EL ITEM (1) NI EL (2) SE CODIFICA "3" EXCLUIR DEL ESTUDIO

A2

...bajó o subió algo de peso? (¿Cuánto?) (¿Estaba tratando de perder peso?)

3 Pérdida de peso significativa sin hacer dieta, o aumento de peso (p.e. un cambio de más de 5% del peso corporal en un mes) o pérdida o aumento del apetito casi a diario. Nota: en niños, considerar fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

?	1	2	3
---	---	---	---

A3

Durante el último mes...

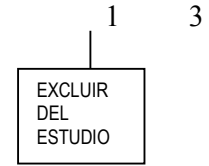
<p>¿...cómo estuvo durmiendo? (Problemas para quedarse dormido, despertar frecuentemente, problemas para permanecer dormido, despertar muy temprano, o dormir demasiado?) ¿Cuántas horas por noche comparadas con lo usual? ¿Fue casi todos los días?</p>	4	Insomnio o hipersomnio casi todos los días	?	1	2	3	A4 A5 A6
<p>¿Estuvo tan nervioso o inquieto que no pudo permanecer sentado? (¿Fue tan malo que otras personas lo notaron? ¿Qué notaron? ¿Fue casi todos los días?) SI NO: ¿Y respecto a lo opuesto – hablar o moverse más lentamente que lo que es normal para usted? (¿Fue tan malo que otras personas lo notaron? ¿Qué notaron? ¿Fue casi todos los días?)</p>	5	Agitación o enlentecimiento motor casi todos los días (observable por otros, no simplemente sentimientos subjetivos de inquietud o de lentitud) NOTA: CONSIDERAR LA CONDUCTA DURANTE LA ENTREVISTA	?	1	2	3	A7 A8 A9
<p>¿cómo era su energía? (¿Cansado todo el tiempo? ¿Casi todos los días?)</p>	6	Fatiga o pérdida de energía casi todos los días	?	1	2	3	A10
<p>¿cómo se sentía respecto de sí mismo? (¿Inútil?) (¿Casi todos los días?) SI NO: ¿Se siente culpable por cosas que hizo o no hizo? (¿Casi todos los días?)</p>	7	Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados (que puede ser delirante) casi todos los días (no solamente auto reproche o culpa por el hecho de estar enfermo)	?	1	2	3	A11
Durante el último mes...							
<p>¿tuvo problemas para pensar o concentrarse? (¿Qué clase de cosas interferían?) (¿Casi todos los días?) SI NO: ¿Fue difícil tomar decisiones sobre cosas cotidianas (¿Casi todos los días?)</p>	8	Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (sea por explicación subjetiva u observación hecha por otros)	?	1	2	3	A12 A13 A14

¿Iban las cosas tan mal que estuvo pensando mucho acerca de la muerte o que sería mejor que se muriera? ¿Pensó en causarse heridas a sí mismo?

SI ES SÍ: ¿Hizo usted algo por herirse a sí mismo?

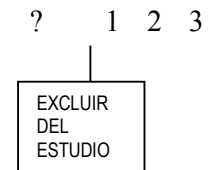
9 Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o intento de suicidio o un plan específico para cometer suicidio ? 1 2 3

AL MENOS CINCO DE LOS SÍNTOMAS MENCIONADOS [A (1-9)] SON CODIFICADOS "3" Y AL MENOS UNO DE ESTOS ES ITEM (1) O (2)



SI NO ESTÁ CLARO: (EPISODIO DEPRESIVO/PROPIAS PALABRAS): ¿Alguna vez se le hizo difícil hacer su trabajo, cuidar las cosas de la casa, o llevarse bien con otras personas?

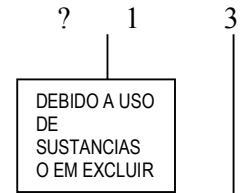
B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad



Justo antes que esto comenzara, ¿se encontraba físicamente enfermo?

SI ES SÍ: ¿Qué dijo el doctor?

C. No debido al efecto fisiológico directo de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (EM)

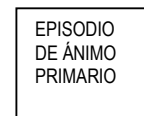


Justo antes que esto comenzara, ¿estuvo tomando alguna medicación?

SI ES SÍ: ¿Hubo algún cambio en la cantidad que estuvo usando?

Justo antes que esto comenzara, ¿estuvo tomando alcohol o usando drogas de la calle?

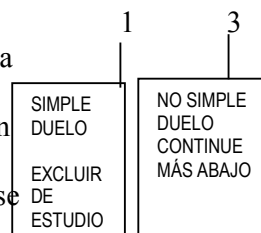
Enfermedades médicas etiológicas incluyen: enfermedad neurológica degenerativa (p.e. enfermedad de Parkinson), enfermedad cerebrovascular (p.e. apoplejía), condiciones metabólicas (p.e. deficiencia de vitamina B-12), condiciones endocrinas (p.e. hiper e hipo tiroidismo; hiper e hipoadrenocorticism); infecciones virales o de otro tipo (p.e. hepatitis, mononucleosis, HIV) y ciertos cánceres (p.e. carcinoma del páncreas)



Sustancias etiológicas incluyen:
 alcohol, anfetaminas, cocaína,
 alucinógenos, inhalantes,
 opioides, fenciclidina, sedantes,
 hipnóticos, ansiolíticos. Los
 medicamentos incluyen
 antihipertensivos, analgésicos,
 corticosteroides, anticonceptivos
 orales, esteroides anabólicos,
 agentes anticancerígenos,
 medicamentos cardíacos

¿Comenzó Esto poco después de que
 alguien muy cercano a usted falleciera?

D. No se explican mejor por la
 presencia de un duelo,
 p.e.después de la pérdida de un
 ser querido, los síntomas
 persisten más de dos meses o se
 caracterizan por un marcado
 deterioro funcional,
 preocupación mórbida de
 inutilidad, ideación suicida,
 síntomas psicóticos o retardo
 psicomotor.

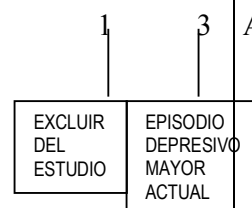


A19

EPISODIO DEPRESIVO
 MAYOR, CRITERIOS A, B, C
 Y D SON CODIFICADOS "3"

SI SE DESCONOCE: ¿Cuánto tiempo
 ha durado esta depresión?

Duración de Episodio Depresivo
 Mayor actual en meses



A20

SI LA DURACIÓN
 DE EPISODIO ACTUAL ES
 MAYOR DE 12 MESES,
EXCLUIR DEL ESTUDIO

INDICAR SEVERIDAD ACTUAL:

- 1 **Leve:** Pocos síntomas en exceso, si los hubiera, de aquellos requeridos para hacer el diagnóstico Y los síntomas solo ocasionan un leve deterioro en las actividades laborales o en las relaciones con los demás.
- 2 **Moderado:** Los síntomas de deterioro funcional median entre "leve" y "severo"
- 3 **Severo sin síntomas psicóticos:** Varios síntomas en exceso de los requeridos para hacer el diagnóstico Y los síntomas interfieren marcadamente con el funcionamiento laboral o con las actividades sociales habituales o relaciones con los demás
- 4 **Severo con síntomas psicóticos**

D43

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS)

1. Tristeza aparente

El paciente expresa abatimiento, tristeza, y desesperación a través de la voz, el gesto y la expresión mímica.

Evalúese en función de la gravedad e incapacidad para ser animado.

0. No tristeza
- 1.
2. Parece desanimado, pero se anima fácilmente
- 3.
4. Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo
- 5.
6. Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido

2. Tristeza expresada

El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de que lo exprese por su apariencia o no. Incluye ánimo bajo, abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, duración, e influenciabilidad del humor por las circunstancias:

0. Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales
- 1.
2. Tristeza que cede (se anima) sin dificultad
- 3.
4. Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo, pero el humor es todavía ligeramente influenciable por las circunstancias externas
- 5.
6. Continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia

3. Tensión interior

El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia, o duración de la tranquilidad perdida:

0. Placidez aparente. Sólo manifiesta tensión interna
- 1.
2. Ocasionales sentimientos de nerviosismo y malestar indefinido
- 3.
4. Continuos sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar, pero con dificultad
- 5.
6. Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador

4. Sueño reducido

El paciente expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a cómo duerme cuando se encuentra bien.

0. Sueño como los normales
- 1.
2. Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero
- 3.
4. Sueño reducido o interrumpido al menos durante 2 horas

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS) (Continuación ...)

5. Disminución del apetito

El paciente expresa una reducción del apetito en comparación con cuando se encuentra bien.

Evalúese la pérdida del deseo de alimento o la necesidad de forzarse uno mismo a comer.

0. Apetito normal o aumentado
- 1.
2. Apetito ligeramente disminuido
- 3.
4. No apetito. Los alimentos saben mal
- 5.
6. Necesidad de persuasión para comer

6. Dificultades de concentración

El paciente expresa dificultades para mantener su propio pensamiento o para concentrarse.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia y grado de la incapacidad producida

0. Ninguna dificultad de concentración
- 1.
2. Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos
- 3.
4. Dificultades en la concentración y el mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer
- 5.
6. Incapacidad para leer o conversar sin gran dificultad

7. Laxitud. Abulia

El paciente expresa o presenta una dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias:

0. Apenas dificultades para iniciar las tareas. No inactividad
- 1.
2. Dificultad para iniciar actividades
- 3.
4. Dificultades para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo
- 5.
6. Completa laxitud, incapacidad para hacer nada sin ayuda

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS) (Continuación...)

8. Incapacidad para sentir

El paciente expresa un reducido interés por lo que le rodea o las actividades que normalmente producían placer. Reducción de la capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas.

0. Interés normal por las cosas y la gente.

1.

2. Reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses habituales.

3.

4. Pérdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos

5.

6. Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anestesiado, con incapacidad para sentir placer o desagrado, y con una falta absoluta y/o dolorosa pérdida de sentimientos hacia parientes y amigos.

9. Pensamientos pesimistas

El paciente expresa pensamiento de culpa, autorreproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina, ideas de pecado.

0. No pensamientos pesimistas.

1.

2. Ideas fluctuantes de fallos, autorreproches o autodepreciaciones.

3.

4. Persistentes autoacusaciones o ideas definidas, pero todavía razonables de culpabilidad o pecado, Pesimismo.

5.

6. Ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable. Autoacusaciones absurdas e irreducibles.

10. Ideación suicida

El paciente expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida, o manifiesta ideas o planes suicidas.

0. Se alegra de vivir. Toma la vida como viene.

1.

2. Cansado de vivir. Ideas suicidas fugaces.

3.

4. Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidas frecuentes. El suicidio es considerado como una solución, pero no se han elaborado planes o hecho intención.

5.

6. Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad. Activa preparación para el suicidio.

PUNTOS DE CORTE:

- **0-12** : No sintomatología depresiva.
- **13-26** : Sintomatología depresiva leve
- **27-36** : Sintomatología depresiva moderada.
- **Mayor o igual a 37**: Sintomatología depresiva severa.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..... De.....años de edad con DNI..... Voluntariamente acepto participar del estudio de investigación, Detección de Depresión Mayor en Gestantes de Alto Riesgo Obstétrico en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé. Además indicar que se me informo que este estudio consiste en la aplicación de una entrevista psiquiatrica estructurada SCID (DSM-IV-TR.). Para hacer el diagnostico y de una Escala de Montgomery-Asberg para determinar la intensidad de síntomas depresivos. Por lo tanto es un estudio no invasivo.

Lima..... de..... del 2006

.....
Firma

Tabla 25. Procedencia geográfica de gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Procedencia	N°	%
Lima	95	95,0
Ica	1	1,0
Huancavelica	1	1,0
Pasco	1	1,0
Huánuco	1	1,0
Abancay	1	1,0

Tabla 26. Consumo de Medicamentos de gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Consumo de Medicamentos	N°	%
No	46	46,0
Sí	54	54,0

TABLA 27 Tiempo de consumo de medicamentos en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Tiempo de consumo de medicamentos	Nº	%
<i>semanas</i>		
0	2	2,0
1	6	6,0
2	3	3,0
4	6	6,0
7	1	1,0
8	9	9,0
12	3	3,0
16	6	6,0
20	3	3,0
24	8	8,0
28	2	2,0
32	1	1,0
36	2	2,0
<i>Años</i>		
1	1	1,0
3	1	1,0
Sin consumo	46	46,0

Tabla 28. Interconsulta al servicio de psiquiatría de gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Interconsulta al servicio de psiquiatría	Nº	%
No	100	100,0

Tabla 29. Relación médico-paciente de gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno Infantil – San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Relación médico-paciente	Nº	%
Regular	11	11,0
Buena	89	89,0

Tabla 30. Duración del sueño según severidad de sintomatología depresiva por Escala Montgomery-Asberg en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno Infantil – San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Sueño	Nº	%
Normal	54	54,0
Aumentada	46	46,0

** La escala de Montgomery-Asberg no considera como criterio, sueño aumentado*

Tabla 31. Apetito según severidad de sintomatología depresiva por Escala Montgomery-Asberg en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Apetito	Nº	%
Normal	79	79,0
Aumentado	21	21,0

** La escala de Montgomery-Asberg no considera como criterio, apetito aumentado*

Tabla 32. Número de Hijos muertos de gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Número de Hijos muertos	Nº	%
1	1	1,0
Sin hijos fallecidos	99	99,0

Tabla 33. Número de cesáreas anteriores en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Número de cesáreas anteriores	Nº	%
0	83	83,0
1	9	9,0
2	3	3,0
3	5	5,0

Tabla 34. Número de óbitos fetales en gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Número de óbitos fetales	Nº	%
0	98	98,0
1	2	2,0

Tabla35. Diagnósticos secundarios según historia clínica de gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006.

Diagnósticos secundarios según historia clínica	N°	%
<i>Infeciosos</i>		
Sinusitis	1	1,0
Neumonía	1	1,0
Cervicitis	4	4,0
Corioamnionitis	1	1,0
ITU	4	4,0
Pielonefritis aguda	1	1,0
PIG	1	1,0
Sepsis	1	1,0
Sin diagnóstico relacionado*	86	86,0
<i>Circulatorios</i>		
Preeclampsia	14	14,0
Eclampsia	1	1,0
Hemorragia II mitad embarazo	2	2,0
Hemorragia III trimestre	5	5,0
Desprendimiento prematuro de placenta	2	2,0
Insuficiencia placentaria	11	11,0
Irritabilidad uterina	2	2,0
Sin diagnóstico relacionado*	63	63,0
<i>Antecedente quirúrgico, ARO y duración del embarazo</i>		
ARO por cesarea previa	16	16,0
Quistectomía anterior	1	1,0
Miomectomía anterior	1	1,0
ARO por edad	14	14,0
Abortadora recurrente	5	5,0
Amenaza de parto pretérmino	4	4,0
Parto Pretérmino	8	8,0
Embarazo prolongado	1	1,0
Sin diagnóstico relacionado*	50	50,0
<i>Trastorno de ansiedad</i>		
Sí	2	2,0
No	98	98,0

*Sin diagnóstico relacionado, resulta de la agrupación propuesta de los diagnósticos secundarios, y no refleja necesariamente una correspondencia con el total de gestantes, sino del múltiple número de diagnósticos.

Tabla 35. Diagnósticos secundarios según historia clínica de gestantes de alto riesgo obstétrico hospitalizadas en el Hospital Nacional Materno-Infantil San Bartolomé. Julio – Septiembre 2006. (Continuación...)

Diagnósticos secundarios según historia clínica	N°	%
<i>Nutricionales</i>		
Anemia	15	15,0
Desnutrición	2	2,0
Obesidad	7	7,0
Sin diagnóstico relacionado*	76	76,
<i>Alteraciones de membranas y líquidos</i>		
RPM	8	8,0
Oligohidramnios	12	12,0
Polihidramnios	2	2,0
RPM y oligohidramnios	1	1,0
Sin diagnóstico relacionado*	77	77,0
<i>En el feto</i>		
RCIU	10	10,0
Macrosomía fetal	3	3,0
Feto en transversa	1	1,0
Feto en podálica	5	5,0
Asfixia crónica compensada	1	1,0
Sin diagnóstico relacionado*	80	80,0
<i>Malformaciones congénitas</i>		
Labio leporino + paladar hendido	1	1,0
Onfalocele	1	1,0
Sin diagnóstico relacionado*	98	98,0

- Sin diagnóstico relacionado, resulta de la agrupación propuesta de los diagnósticos secundarios, y no refleja necesariamente una correspondencia con el total de gestantes, sino del múltiple número de diagnósticos.

