



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

TÍTULO:

Validación semántica de las preguntas del PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*) como instrumento para el despistaje de depresión en gestantes

Validation of Patient Health Questionnaire-9 questions for depression screening over antenatal period in the primary care system

ALUMNA:

Marcela Dayana Gil Zacarías

ASESORA:

Dra. Patricia García Funegra

Lima, Perú

2019

JURADOS:

Dr. Juan Carlos Quispe Cuba

Dr. Alfredo José Valencia Reyes

Dra. Lucia Luna Carrillo

ASESORA:

Dra. Patricia García Funegra

Dedicatoria y agradecimientos

Dedico este trabajo a mi ejemplo de lucha, mi padre Vladimir; a mi constante inspiración, mi madre Graciela; y a mi mayor soporte, mis hermanos Stephanie, Kevin y Danitza.

Agradezco a mi asesora, Patricia García, por plantearme retos que me ayudaron a crecer, por sus sabios consejos y por motivarme con sus acciones y proyectos.

A Elsa Gonzáles, quien tuvo el arte de despertar en mí la curiosidad por la investigación y responder las dudas que me surgieron en el camino.

Finalmente, agradezco a todo el equipo que aportó con su trabajo y experiencia para realizar este proyecto.

Declaración del autor

La presente Tesis es un Trabajo de Investigación para optar por el título profesional de médico cirujano.

Declaración de conflictos de interés

El equipo de investigación declara no tener ningún conflicto de interés. El trabajo fue financiado por FONDECYT y GRAND CHALLENGES CANADA como un sub-proyecto de “KusiyRed: Una intervención de salud móvil para el cuidado integral de la depresión prenatal” con autorización y participación de la investigadora principal.

Contenido

| | |
|--|----|
| 1. Introducción | 1 |
| 2. Materiales y Métodos | 5 |
| 3. Resultados | 9 |
| 4. Discusión..... | 23 |
| 5. Conclusiones | 28 |
| 6. Bibliografía..... | 29 |
| Tabla 1. Características de gestantes participantes..... | 32 |
| Tabla 2. Categorías y códigos generales | 33 |
| Tabla 3. Categorías y códigos por pregunta del PHQ-9 | 34 |
| Tabla 4. Puntajes de gestantes según frecuencia de síntomas (ítem 2 disgregado)..... | 36 |
| Anexo 1. Guías para grupos focales e instrumentos PHQ-2 y PHQ-9 | 37 |
| A. Guía para el grupo focal con Gestantes | 37 |
| B. Guía para el grupo focal con Obstetras..... | 40 |
| Anexo 2. Consentimiento informado | 46 |
| A. Consentimiento informado para participación en Grupos Focales (Gestantes)46 | |
| B. Consentimiento informado para participación en Grupos Focales (Obstetras) 48 | |
| Anexo 3. Análisis semántico de cada pregunta en el caso de las obstetras..... | 50 |
| Anexo 4. Poema a la madre deprimida..... | 55 |

Resumen

Antecedentes: Para realizar el diagnóstico temprano de la depresión prenatal, es indispensable contar con instrumentos de tamizaje validados localmente. El PHQ-9 es una herramienta de rápida aplicación que permite su detección y clasificación por gravedad. En el Perú, este instrumento sólo cuenta con una validación a juicio de expertos.

Objetivo: Validar el contenido de las preguntas que componen el PHQ-9 y conocer la aceptabilidad del instrumento entre las gestantes usuarias del primer nivel de atención de salud y proveedoras de salud.

Material y métodos: Estudio cualitativo, en una sola fase a través de seis grupos focales. Las entrevistadas fueron gestantes usuarias del primer nivel de atención de salud y obstetras que han aplicado la herramienta. Las entrevistas fueron transcritas y codificadas para el análisis.

Resultados: La redacción poco clara de las preguntas, ejemplos que no se adaptan al contexto y la inclusión de algunos síntomas que se pueden confundir con síntomas propios del embarazo, genera la necesidad de parafrasear las preguntas al ser aplicado por los profesionales de la salud. Con ello, el instrumento pierde objetividad y estandarización.

Conclusiones: Se recomienda la revisión del PHQ-9 para su uso en el Perú, considerando aspectos como la inserción de expresiones locales, adaptación de los ejemplos al contexto local y una nueva evaluación de los ítems que se podrían sobreponer a síntomas del embarazo. Luego, un nuevo estudio de validación junto a la sensibilización y entrenamiento adecuado de proveedores de salud para su aplicación.

Palabras clave: depresión, gestantes, tamizaje, salud mental, atención primaria de salud.

Abstract

Background: To carry out the early diagnosis of prenatal depression, it is essential to have locally validated screening tools. The PHQ-9 is a tool of quick application that allows the detection of depression and its classification by severity. In Peru, this instrument has been only validated by expert judgment.

Objective: Validate the content of PHQ-9's questions and explore the acceptability of the instrument among pregnant users of primary health care and health providers.

Method: Qualitative study, in a single phase with six focus groups. The interviewees were pregnant users of primary health care and obstetricians who have applied this tool. The interviews were transcribed and coded for analysis.

Results: The unclear wording of the questions, examples that are not adapted to the context and the inclusion of some symptoms that can be confused with symptoms of pregnancy, generates the need to paraphrase the questions when applied by health professionals. As a consequence, the instrument loses objectivity and standardization.

Conclusions: It is recommended the revision of the PHQ-9 for its use in Peru, considering aspects such as the insertion of local expressions, adaptation of the examples to the local context and a new evaluation of the items that could be superimposed on pregnancy symptoms. Then, a new validation study with an adequate training of health providers for its application.

Key words: depression, pregnant women, screening, mental health, primary health care

1. Introducción

El impacto generado por los desórdenes mentales, tomando en cuenta los años vividos con discapacidad (YLDs), corresponde al 21,2%, lo cual es ocho veces mayor al generado por las enfermedades cardiovasculares y circulatorias (2,8% YLDs), y veinticuatro veces mayor al generado por los cánceres (0,9% YLDs) (1,2).

El Global Burden of Disease Study (GBD2013), concluyó que los desórdenes depresivos son la segunda causa más importante de carga de enfermedad y son un factor de riesgo para el suicidio y enfermedades isquémicas cardíacas (2,3). Recientemente, en la actualización del GBD2017, se ha encontrado que la morbilidad que generan estos desórdenes continúa en aumento, predominantemente en el sexo femenino (4).

En países de medianos y bajos recursos el estigma asociado a la enfermedad mental, las presentaciones somáticas de los trastornos mentales, la escasa formación de los profesionales en salud mental y la alta carga de pacientes, generan que el diagnóstico y el manejo de depresión no mejoren desde hace varios años (5,6). El desafío es grande, se estima que casi el 75% de personas con una enfermedad mental severa no recibe diagnóstico ni tratamiento oportuno en estos países (7).

Entre todas las enfermedades mentales, la depresión mayor es el trastorno depresivo más prevalente, afectando a diversos grupos poblacionales y en distintas etapas de vida (3). Existe amplia evidencia sobre las consecuencias de la depresión en el desarrollo físico y social del adulto, teniendo especial relevancia el

periodo prenatal y postparto por la posible afectación del feto y el niño a largo plazo (8). Se ha relacionado la depresión prenatal con riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer, restricción de crecimiento intrauterino, muerte súbita del lactante, alteraciones neuroconductuales neonatales y en la infancia, cortisol elevado y niveles más bajos de serotonina y dopamina (8, 9, 10). Algunos de estos cambios estarían explicados por cambios epigenéticos en el feto. Hasta ahora se conoce que el estado de metilación de algunos genes, como el gen NR3C1 y el gen BDNF, son sensibles al estado de ánimo materno prenatal y explicarían la relación de la depresión materna con la reactividad alterada al estrés del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y la disfunción del sistema inmune a lo largo de la vida (10–12).

Una revisión sistemática muestra que la prevalencia de depresión en la población global de gestantes es de 7,4% (2.2, 12.6), 12.8% (10.7, 14.8) y 12.0% (7.4, 16.7) en el primer, segundo y tercer trimestres, respectivamente (13). Se calcula que, en países de medianos y bajos recursos, la prevalencia de depresión prenatal puede alcanzar cifras cercanas al 20% (14,15). No obstante, la prevalencia reportada con diferentes herramientas de detección varía ampliamente. En el Perú, diversos estudios muestran valores entre 34.1% y 40.1% dependiendo de los instrumentos usados para su diagnóstico (16–18).

Si bien es cierto que existe una definición operacional de depresión, no se tiene una prueba de oro para el diagnóstico y se usan diversos instrumentos de tamizaje (19,20). Algunos de ellos son poco prácticos (por ser extensos y/o complejos) para su uso en el primer nivel de atención, en donde se podría captar más tempranamente depresión en gestantes a fin de manejarla adecuadamente. A pesar

de que se ha visto que los instrumentos de tamizaje no funcionan de igual manera en distintos contextos culturales, la validación de instrumentos de tamizaje no siempre toma en cuenta definiciones o expresiones locales, o constitución sintomática particular de cada región como resultado de factores culturales o contextuales (16). Ello disminuye su sensibilidad e incluso afecta su funcionabilidad (25). Sin embargo, es importante resaltar que existe controversia sobre el grado en que los trastornos psiquiátricos difieren según el contexto o son universales (5,21,22).

Entre los instrumentos más ampliamente utilizados para el tamizaje de depresión prenatal y validados en otros países se encuentra el EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) y el PHQ-2/PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), ambos con 10 y 9 preguntas respectivamente, y son considerados de aplicación rápida (19). Otros instrumentos tienen al menos 20 preguntas y, por lo tanto, requieren más tiempo para completar y calificar. Con el PHQ-2/PHQ-9, solo si entre las dos primeras preguntas (PHQ-2) el puntaje es igual o mayor de 3, se continúa con las siguientes 7 preguntas.

El EPDS, si bien ha sido diseñado para el uso en el periodo postnatal, también ha sido usado para el tamizaje de depresión prenatal dado que excluye síntomas somáticos de la depresión como cambios en el apetito y patrones de sueño, que pueden ser comunes en el embarazo y puerperio. Además, evalúa síntomas de ansiedad que frecuentemente están presentes en trastornos del ánimo perinatales (19).

El PHQ-9, a diferencia del EPDS, da un puntaje a cada uno de los 9 criterios del DSM-IV (ánimo depresivo o irritable, anhedonia, cambio significativo del peso o

apetito, cambio en patrones del sueño, agitación o letargo psicomotor, fatiga o disminución de energía, sentimiento de culpa, problemas de concentración e ideación suicida) (20). Puede ser autoaplicada y permite la clasificación según la gravedad del cuadro (23). Por ello, experiencias en varios países lo apuntan como un instrumento útil para el tamizaje, seguimiento del manejo y evolución de pacientes en el primer nivel de atención de salud (24). Tras su creación en Nueva Zelanda, este test ha sido estudiado contrastando su confiabilidad y validez frente a una entrevista psiquiátrica estandarizada en usuarios del primer nivel de atención de salud en diferentes países incluyendo Chile, en Sudamérica (25). Sin embargo, a pesar que existe una traducción por el creador para el Perú, ésta solo ha sido validada a juicio de expertos por el Ministerio de Salud del Perú y el Instituto Nacional de Salud (26). Esta validación no tomó en cuenta el contexto educativo y cultural del Perú, donde el nivel de comprensión lectora es bajo, 9,3% de las mujeres son analfabetas y la mitad de mujeres en edad fértil tienen 10,3 años de estudios aprobados, es decir, no terminaron el colegio (27).

Al no haber una validación apropiada y viendo la necesidad de tener un instrumento adaptado y validado para el contexto peruano que permita un adecuado tamizaje de depresión, como parte del proyecto Kusired decidimos realizar un estudio cualitativo para evaluar el contenido de las preguntas del PQH-9 para su aplicación en gestantes usuarias del primer nivel de atención. Kusired fue implementado en la Red de Ventanilla Callao, y su objetivo fue desarrollar un modelo de despistaje y tratamiento de depresión prenatal.

2. Materiales y Métodos

2.1. Diseño de estudio

Se realizó un estudio cualitativo, en una sola fase a través de seis grupos focales y una entrevista a profundidad usando la técnica de sondeo verbal con guías semi-estructuradas (anexo 1). El objetivo del sondeo verbal es descubrir cualitativamente cómo los sujetos interpretan las preguntas y cada uno de sus componentes, cómo llegan a la respuesta y qué dificultades enfrentan en el proceso (28). De los seis grupos focales, cuatro fueron realizados con mujeres gestantes y dos con obstetras proveedoras de servicios de atención en salud del primer nivel, además de una entrevista a profundidad con una obstetra con características similares.

2.2. Población y contexto.

El estudio fue realizado en Ventanilla, Callao. En dicha provincia habitan aproximadamente 1 millón 28 mil personas: 14 de cada 100 personas son considerados pobres y la mitad de la población es mujer. Además, se estima que el 99.8% de gestantes tuvo algún control prenatal y la tasa global de fecundidad es de 2,3 hijos por mujer (29).

2.3. Participantes

Se invitaron a participar gestantes mayores de edad (18 años a más), que acudían a sus controles prenatales en establecimientos de salud de primer nivel de la red de Ventanilla y obstetras que prestan servicios en dichos establecimientos de salud.

2.3.1. Criterios de selección

Gestantes

- Gestantes tamizadas con la aplicación del PHQ-2 o PHQ-9 en los 3 meses previos al estudio, y de ellas, se eligió un grupo con diagnóstico de depresión y dos grupos sin diagnóstico de depresión.
- Gestantes que no habían sido tamizadas para depresión con el PHQ-2 ni PHQ-9 constituyeron otro grupo focal

Obstetras

- Las obstetras debían ser proveedoras de salud del primer nivel de atención que hayan realizado tamizaje de depresión sea con PHQ-2 o PHQ-9 a gestantes en los 3 meses previos, como parte del Proyecto Kusyred. Se contactaron a aquellas que realizaron mayor número de tamizajes. Ellas fueron divididas en dos grupos focales según su disponibilidad y una entrevista a profundidad.

2.3.2. Reclutamiento

Las participantes fueron abordadas de manera personal en el establecimiento o contactadas telefónicamente si el personal del equipo de Kusyred tenía sus teléfonos y aprobación para contactos. Se les saludaba, explicaba la intención del estudio y se les citaba un día y hora establecidos para los grupos focales en los propios centros de salud. En el caso de las obstetras, se obtuvo una lista de las obstetras que habían realizado despistaje con el PHQ-2 y/o el PHQ-9 y el número de gestantes tamizadas en los últimos 3 meses. Se les contactó e invitó a participar en los grupos focales en su propio centro de trabajo o en uno cercano a su centro de labores. En agradecimiento por su participación al final de los grupos focales se entregó a las gestantes un pequeño obsequio (costo aprox. de 10 soles), y a las obstetras 10 soles de compensación económica por gastos de transporte.

2.4. Recolección de datos

Todas las participantes fueron recibidas por el personal de investigación y se les informó acerca del estudio, incluyendo el proceso de grabación de voz y almacenamiento de la información, además de sus derechos como participantes. Se les solicitó la firma de un consentimiento informado y se les brindó espacio para realizar preguntas y absolver dudas.

Se contó con la participación de un facilitador capacitado y una persona que tomaba las notas de campo durante los grupos focales. Ambas personas fueron parte del equipo investigador.

Para el desarrollo de los grupos focales se contó con una guía de grupos focales (ver anexo 1). Como parte del desarrollo de grupo focal se discutió cada una de las preguntas del PHQ2 y PHQ-9 y se exploró la comprensión de cada ítem y de cada término en su contenido por parte de las gestantes y obstetras. Además, con la ayuda de casos creados con personajes que cumplieran uno o más criterios de depresión del DSM-V, se exploraron qué actitudes o comportamientos de los casos, las gestantes los relacionaban con una persona con depresión.

También se evaluaron las categorías de respuesta en las entrevistas y se les preguntó a las obstetras sobre su experiencia al aplicar la herramienta, y se profundizó en las dificultades que encontraron al hacerlo.

2.5 Plan de análisis

Para analizar la información colectada, los audios de los grupos focales fueron transcritos literalmente y se generó un libro de códigos distribuidos en 5 categorías (*Conocimientos previos/Descripción de depresión, Percepciones casos,*

Aplicación de herramienta, Semántica preguntas, Otros comentarios). Los códigos utilizados (ver tabla 2 y 3) fueron creados de acuerdo a los objetivos del estudio y según lo mencionado en los grupos focales. El libro de códigos se ingresó al aplicativo de análisis cualitativo DeDoose y se realizó la codificación de todos los transcritos.

2.6 Consideraciones éticas

El estudio e instrumentos fue revisado y aprobado por el Comité de Ética Institucional de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, con número de aprobación 61521.

Todas las participantes recibieron un documento de consentimiento informado (anexo 2) que fue leído, explicado y firmado antes de iniciar los grupos focales.

Tal como recomendó el comité de ética institucional, se ofreció a todas las gestantes la posibilidad de ser atendidas por psicología, si ellas lo requirieran. Asimismo, se comprobó que las gestantes con depresión que participaron del estudio tengan seguimiento por psicología y obstetricia.

3. Resultados

3.1 Características de las participantes en grupos focales

Gestantes

Un total de 20 gestantes participaron en el estudio. En el grupo focal con gestantes no tamizadas participaron 6 mujeres de entre 25-38 años con un promedio de 4.6 gestaciones. En el grupo focal con gestantes diagnosticadas con depresión participaron 4 gestantes con puntaje mayor a 3 en el PHQ2 y mayor a 5 en el tamizaje con PHQ9. Estas participantes tenían entre 25-39 años, con un promedio de 3 gestaciones. Otros dos grupos focales se llevaron a cabo con gestantes tamizadas con puntaje menor a 3 en el PHQ2 (sin depresión), el primero con 5 gestantes de entre 26-39 años, con un promedio de 22 semanas de gestación y con 3 gestaciones; el segundo grupo con 5 gestantes de entre 18-35 años, con un promedio de 17 semanas de gestación y cursaban por su 3er embarazo (2-4). El menor grado de instrucción encontrado de las gestantes entrevistadas fue primaria incompleta y el máximo fue superior no universitario (ver tabla 1).

Obstetras

Se realizaron dos grupos focales con un total de 5 obstetras con un promedio de 41 (17-86) pruebas de despistaje de depresión realizadas en gestantes usando PHQ-2 o PHQ-9. Además, se realizó una entrevista a profundidad a una obstetra, quien había realizado un total de 39 tamizajes a gestantes.

3.2 Cómo describen las gestantes y las obstetras a la depresión y su diferencia con tristeza.

Para describir a las personas con depresión, las gestantes utilizaron frases como

ánimo triste, sin voluntad, pesimistas, no sienten deseo de hacer las cosas, se tornan poco sociable y suelen llorar con facilidad. También hablaron de problemas para dormir, comer, “baja autoestima” y sensación de fracaso o derrota.

¿Qué más, cómo más podríamos reconocer una depresión?

M1: Mucho llanto.

¿Qué más?

M2: Sin ganas de hacer nada.

(GF 01 – Gestantes sin depresión)

M2: Se quiere dar a morir, que quiere morirse.

(GF 02 – Gestantes con depresión)

Las obstetras por su parte, también describieron la depresión con los mismos términos que las gestantes e incluyeron otros como descuido en la higiene, poca o nula expresión facial, casi no se comunican y que se encuentran constantemente cansadas.

Cuando se indagó sobre la diferencia que encuentran entre depresión y tristeza, ambas, gestantes y obstetras en sus respectivos grupos focales, resaltaron la mayor intensidad y duración de la depresión. La describieron como un estado continuo, que da todos los días y es más fuerte que la tristeza.

¿Cuáles serían las diferencias?

M: El que se siente triste es por un tiempo, puede ser un día, dos días, por algo que no quiere hacer o porque vio algo; depresión es continua, no quiere hacer nada, todos los días llora, está todo el día llorando, eso es depresión ya. O sea, no tiene ningún día, aunque sea esté tranquilo o esté feliz.

(GF 02 – Gestantes con depresión)

3.3 Reconocimiento por las gestantes, de síntomas de depresión basados en casos

Utilizamos tres casos (ver anexo 1) con el propósito de evaluar (1) que tan bien las gestantes podrían reconocer las situaciones de posible depresión en la gestación (los dos primeros casos), (2) la intensidad del problema (el segundo

caso se refiere a un caso de depresión más seria) y (3) una situación sin síntomas de depresión pero que podría confundirse (ver caso 3).

Lo que encontramos es que, en la mayoría de los grupos focales, el caso más serio (caso 2) se reconocía como depresión, especialmente por estar constantemente triste, presentar llanto fácil y por frases como “ha perdido interés por la vida” o “duda que pueda cuidar a sus hijos”, las gestantes lo interpretaron como “se siente derrotada”. Solo una de las participantes indicó que esa es una emoción pasajera y que cambiaría cuando nazca el bebé.

¿Está en depresión por qué?

M1: Porque ella siente que no, no tiene esperanza de nada. Llora todo el día.

...

¿Por qué?

M2: Porque ella se siente sin esperanzas, deprimida se siente.

M3: Cómo quien diciendo ella misma se siente inútil.

(GF 06 – Gestantes sin depresión II)

El caso 1, en el que la persona dejó de lado actividades que le causaban placer y se muestra cansada y sin ganas, no fue reconocido como posible depresión, a pesar de que esos síntomas fueron mencionados anteriormente por las mismas gestantes relacionándolos con depresión. Aquí lo relacionaban con el propio embarazo.

3.4 Exploración semántica en gestantes de las preguntas y términos incluidos en el instrumento

Pregunta 1. Poco interés o placer en hacer las cosas

Las gestantes expresaron que “*poco interés*” se interpreta tanto como un síntoma físico (cansancio o fatiga) como un estado de ánimo negativo (decaimiento o desgano). Definieron “placer” como una sensación agradable de satisfacción, disfrute o gusto.

¿Ustedes han sentido poco interés o placer en hacer las cosas? ¿Qué entienden por esto?

M1: Que no tienes ganas de hacer nada.

M2: Sin ganas de hacer tus cosas, así, sin ánimos de, este, de estar ahí en tu casa.

(GF 03 – Gestantes no tamizadas)

El problema que señalaron las gestantes es que confunde tener en la misma pregunta “poco interés” y “placer en hacer las cosas”. Al parecer no se entiende que lo que se pretendía preguntar era poco interés o POCO placer en hacer las cosas. Por lo que consideraban difícil responder ante opciones interpretadas como antónimas.

La mayoría de las gestantes considera que el poco interés como “mal estado de ánimo” está relacionado al embarazo. Mientras que otras lo asociaron a “mujeres flojas”.

"M: Si la... ¿cómo?, poco interés... ah ya, es decir poco interés o placer, placer sin... placer..."

A ver, me estas repitiendo poco de placer, ¿por qué me dices eso?

M: Placer es una algo positivo... no sabría decirle, pero poco interés si tengo de hacer las cosas, yo no hago mucho, o sea, estoy más, o sea no hago mucho que digamos.

Ya.

M: No me gusta hacer las cosas.

(GF 06 – Gestantes sin depresión II)

Pregunta 2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, triste o sin esperanza

Las gestantes fueron capaces de explicar y diferenciar cada término de la oración.

El término ‘*desanimada*’ lo describieron como falta de aliento o ánimo y ‘*deprimida*’ como sentirse afligida por largo tiempo. “*Triste*” lo diferenciaron de otros términos por la intensidad, duración, severidad del sentimiento, siendo este de corta duración, más leve o suave que el término ‘*deprimida*’, pero más fuerte o intenso que ‘*desanimada*’. Mientras que la frase ‘*sin esperanza*’ fue relacionada

directamente con un cuadro depresivo severo, incluso relacionada con estar pensando en suicidarse. Esta última frase causó rechazo a la pregunta. Un comentario general fue que una pregunta que incluye tantos términos hacía más difícil que pudieran responder, aunque conozcan los significados de cada uno.

¿La segunda pregunta qué?

M: Fue más difícil.

¿Por qué?

M: Me dice deprimida, triste o sin esperanza. Sin esperanza, no, no sé, no sé si es demasiado profundo.

¿Sin esperanza es demasiado?

M: Ujum, yo no me siento tampoco tanto así porque es muy [extremo].

(GF 01 – Gestantes sin depresión I)

En vista que se quejaron de la falta de claridad de la pregunta al incluir tantos términos, planteamos un ejercicio adicional. Este consistió en evaluar por separado cada uno de los conceptos, convirtiendo la pregunta 2 en cuatro preguntas. Esto se hizo solo con el grupo de gestantes no tamizadas. En la tabla 4, se presentan los puntajes según las respuestas de las gestantes a cada pregunta, siendo G1 a G6 cada una de las participantes y los números las respuestas según el siguiente score: 0: para nada, 1: pocos días, 2: varios días, 3: bastantes días/casi todos los días (ver tabla 4).

En este ejercicio se pudo contrastar las diferentes “intensidades” de emoción que describieron las gestantes en una misma pregunta. Para ellas, el contraste va desde “desanimada” que es un sentimiento que “yo misma lo manejo” (algunas reconocieron sentirlo con frecuencia), hasta “sin esperanza” que “es estar al borde del suicidio” (el cual todas negaron sentirlo). Al preguntarlas de manera individual sintieron que así si era sencillo poder responder.

Pregunta 3. Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, o en dormir

demasiado

Las participantes no tuvieron problemas para interpretar ‘*problemas para dormir*’ o ‘*dormir demasiado*’, refiriendo que incluso era dormir durante el día a pesar de haber dormido bien en la noche. Describieron que problemas para dormir incluye el no poder conciliar el sueño fácilmente y no poder dormir bien que se refleja en despertarse con sueño.

¿Qué, qué es dormir mucho? Por ejemplo, ¿cómo dirías “ella está durmiendo poco, ella está durmiendo mucho”? ¿Cómo sabríamos la diferencia?

M: Hay personas que duermen en el transcurso de la noche y en el día también, entonces hay personas que dicen que duermen mucho, o sea, día y noche y siguen durmiendo, por eso dicen que es mucho.

(GF 02 – Gestantes con depresión)

Señalaron que la frase con la que tuvieron mayor dificultad para interpretar fue ‘*mantenerse dormida*’, que para muchas era lo mismo que dormir demasiado o hasta muy tarde. Pocas gestantes entendieron el concepto como dormir sin despertarse frecuentemente durante la noche.

Pregunta 4. Sentirse cansado/a o tener poca energía

La mayoría de gestantes indicaron que esta pregunta es clara y que se refiere a sentirse agotado o exhausto como pasa en el embarazo.

Vamos con otra pregunta, dice, “sentirse cansada o tener poca energía”, ¿qué significa esto?

M: Te sientes cansada por todo, poca energía puede ser por el mismo bebé pues, como nos explicó el nutricionista, nos explicó que de las embarazadas su sangre corre lentamente, pero cuando no están embarazadas corre rápido, y yo entiendo así.

(GF 01 – Gestantes sin depresión I)

Pregunta 5. Tener poco apetito o comer en exceso

En el grupo focal con gestantes con depresión expresaron que cuando una persona tiene depresión puede comer mucho, en exceso por episodios o, en general, se

afecta sus ganas de comer y esta pregunta va referida a esos síntomas.

En otros grupos focales, las gestantes mencionaron que ‘*comer en exceso*’ significa comer en abundancia o consumir varias comidas al día o comida de alto contenido calórico. Esta pregunta la comprendieron bien y no tuvieron dificultades para interpretarla. En todos los grupos focales las gestantes mencionaron que tener mucho o poco apetito es algo que se vive normalmente en el embarazo.

Claro, ya, okey. ¿Qué significa tener poco apetito o comer en exceso?

M: Poco apetito es no comer, o sea, no tener ganas de comer nada, eso me pasó a mí, en los tres primeros [meses de gestación], no comía nada, sólo agua.

Ya okey. ¿Y comer en exceso qué es?

M: Demasiado, comer mucho, a cada rato tener hambre.

(GF 03 - Gestantes no tamizadas)

Pregunta 6. Sentirse mal acerca de sí mismo/a – o sentir que es un/una fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo/a o a su familia

Respecto a esta pregunta, interpretaron “*sentirse mal contigo misma*” como no estar conforme con lo que ves en ti, sobre todo relacionado al aspecto físico.

Ya. ¿Qué más? ¿Qué significa sentirse mal consigo mismo?

M: Que no estás conforme con lo que ves, te ves en un espejo y no le gusta lo que está allí.

(GF 03 – Gestantes no tamizadas)

“*Fracasada*” fue interpretado como sinónimo de frustrada, lo relacionaron a un sentimiento de menosprecio hacia uno mismo. Mencionaron en todos los grupos focales a los embarazos no planeados como causante de este sentimiento. Una interpretación parecida le otorgaron a “*fallar a sí mismas*” que lo describieron como plantearse metas y no cumplirlas. Esta pregunta para ellas era fácil de entender.

¿qué significa sentiré mal acerca de uno mismo, sentirse fracasado o sentir que uno le ha fallado a uno mismo o a su familia?

M: Si a la fallado a esa persona que tanto decía que le quería, pero al final, se separaron.

M: Te sientes mal contigo mismo, hay a veces cuando estás así embarazada, dices, ¿por qué, por qué?, no hubiera hecho esto.

(GF 01 – Gestantes sin depresión I)

Pregunta 7. Dificultad para poner atención, concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión

Los comentarios sobre la interpretación de la frase ‘poner atención’ estuvieron en torno a tener concentración y la comprensión sobre algún hecho o actividad. Las gestantes indicaron que es el uso del ejemplo “leer el periódico” es un problema ya que ellas no acostumbran a leer el periódico, de modo que no sabrían cómo contestar esta pregunta.

Pregunta 8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo pueden haber notado—o lo contrario: estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal

Las participantes de todos los grupos focales señalaron a la pregunta 8 como la más difícil de interpretar. Durante los grupos focales, se tuvo que repetir hasta 3 veces la pregunta dado que algunas participantes expresaban que no la entendían. Señalaron que es muy larga y que parece que engloba varias preguntas en una sola. Algunas gestantes que indicaron que preferían no responder dado que no lograban interpretarla.

Ya, okey. Eh, ¿tú qué piensas?

M: Yo no entiendo bien la pregunta, no sé, no sé qué es lo que especifica usted de que se mueve mucho, de que paro caminando. No le entiendo yo.

...

M: Eso, eso no lo entiendo mucho, o sea que, si antes caminaba menos, ahora ya no. Con el embarazo a veces ahora ya no puedes caminar mucho también. O sea, yo, yo no entiendo la pregunta aquí.

(GF 02 – Gestantes con depresión)

Pregunta 9. Pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera hacerse daño de alguna forma

En general, las gestantes coincidieron en que la pregunta es clara y algunas se mostraron abiertas a responder. Además, algunas gestantes coincidieron esos pensamientos están relacionados a no desear el embarazo. Para algunas participantes, si tienes deseos de abortar deberías responder afirmativamente a esta pregunta porque está relacionado con '*querer hacerse daño*'. Por otro lado, en el grupo focal de gestantes no tamizadas, se comentó que sería difícil responder esto, aunque fuera cierto, porque "Dios se molestaría" y no se puede pensar en eso.

3.5 Experiencia de las Obstetras en la aplicación de preguntas del instrumento a gestantes

Las obstetras coincidieron con la apreciación de las gestantes sobre las preguntas 1 y 2 como confusas. La pregunta 7, también fue observada por el ejemplo de leer periódico que es infrecuente en el medio en el que se desenvuelven. Finalmente, la pregunta 8, al igual que con las gestantes, resulta ser vista como extensa, complicada y difícil de entender y de explicar para las obstetras. En el anexo 3 adjuntamos el análisis detallado de cada pregunta en el caso de las obstetras. Si bien sólo algunas preguntas son identificadas como confusas, ya cuando exploramos cómo aplican las preguntas, encontramos dificultades en casi todas ellas.

3.5.1 El tiempo, algunas "preguntas problema" y la privacidad como

factores limitantes para la aplicación del instrumento.

Una de las dificultades mencionadas comúnmente en los grupos focales de obstetras es el tiempo que toma el aplicar el instrumento porque requiere sensibilizar a las gestantes para que respondan sinceramente y asegurarse que entiendan adecuadamente lo que se les pregunta. Esto último es especialmente importante en algunas “preguntas problema” como la 1, 2, 7 y 8. También les preocupa preguntas como la 9, la cual explora pensamientos negativos, ya que consideran que no pueden preguntarse tan directamente; además de otras preguntas en las que las obstetras “sienten” que las gestantes no van a decir “la verdad” fácilmente.

M: Es difícil que el paciente te diga de frente qué es lo que tiene y cómo se siente, tú tienes que hurgar y hurgar para que te diga, o inspirarle confianza para que se suelte; muchas tienden a llorar de frente.

(GF 07 – Obstetras PC)

M2: Porque solamente al desarrollar estas, estas dos preguntas [PHQ-2] como que ya estás invadiendo su privacidad, más de lo que ya me está proporcionando [de confianza].

(GF 05 – Obstetras MP)

3.5.2 Discrecionalidad al parafrasear las preguntas.

Para el proceso de parafraseo, cada obstetra usa los términos que consideran más adecuados. Para la pregunta 1, por ejemplo, utilizan como sinónimos de “interés” palabras como ganas, empuje y ánimo. Además, preguntan progresivamente sobre cómo se sienten, si realizan sus actividades “con normalidad” o incluso, como señaló una obstetra, si tienen “metas para el día”.

M: ...Primero les pregunto “¿Cómo te sientes?”, en estas dos... me dicen bien, mal, más o menos, ¿no?...

Ajá.

M: ...Ya, y cuéntame, en estas últimas dos semanas, ¿cómo te has sentido?

Ya.

M: ¿Has tenido ganas de hacer tus cosas? ¿Has ido al mercado normal, feliz y contenta? ¿O has estado triste, sin ganas, no te has querido levantar de la cama? Entonces ahí recién... porque normalmente, si les pregunto así, me quedan mirando y justo todo lo que te comenta la colega, o sea, se pierde.

(GF 07 – Obstetras PC)

Luego continúan haciendo preguntas abiertas sobre el estado de ánimo de la persona y si mencionan problemas en casa o un estado de ánimo decaído solo allí le leen las opciones de la pregunta 2 (sentirse desanimado/a, deprimido/a, triste o sin esperanza). La mayoría de obstetras coincidieron en que está bien usar términos como “desanimado” y “triste” y agregan términos como desmotivada y desesperada en el parafraseo. También la mayoría reportó que evitan mencionar “deprimida” o “sin esperanza” dado que causan rechazo a la pregunta por parte de las gestantes.

¿Qué comentarios han tenido de la segunda pregunta? ¿Qué les han respondido? ¿Alguna no ha entendido la pregunta?

M: Que no se sienten tristes, me dicen “No, no he llegado al extremo. Pero a qué se refieren, ¿que tengo ganas de...?”. Una paciente me tocó, me dijo “Señorita, esa pregunta por qué hacen”, me dice así, pero le explico.

(GF 05 – Obstetras MP)

Es interesante que a pesar que ni las gestantes ni las obstetras refirieron problemas en entender la pregunta 3, cuando exploramos como aplican la pregunta, las obstetras lo hacen preguntando el número de horas que duermen en la noche y si era de manera continua. De acuerdo con eso marcaban a su criterio un puntaje.

Un problema adicional es el visto en la pregunta 8, en que algunas de las obstetras no comprenden la pregunta e igual la parafrasean a su modo. La pregunta evalúa

agitación o retardo psicomotor, y es interpretada por una de las obstetras como “tics”.

M: Le pregunto si es que ha tenido algún tipo de tic, eso podría ser, has visto que a veces estás ahí tu manito se mueve...

Ya.

M: O si te levantas si haces algo y te vuelves echar a dormir.

(GF 04 – Obstetras PC II)

Por otro lado, señalaron que la mayoría de gestantes tiende a dar respuestas cerradas (“sí”, “no”), a pesar que se le pregunta por frecuencias de los síntomas o explicación de algunas sensaciones o sentimientos. Indican que por ello también se ven obligadas parafrasear, repreguntar e interpretar sus respuestas.

M: Sí, y hay que cambiarles las preguntas porque las mamitas, si yo voy así de frente, creo yo que voy a... no, no voy a obtener, o tengo un sí o un no y no tengo una respuesta abierta, como desearía tenerla.

...

M: Obviamente te va a responder con un sí o con un no, pero si quiere usted tener unas respuestas más abiertas va repreguntando.

(GF 05 – Obstetras MP)

3.5.3 Interpretación de las respuestas de las gestantes por parte de las obstetras

Las obstetras tienden a “interpretar” las respuestas de las gestantes, de acuerdo a su criterio si piensan que es algo “normal” en el embarazo. Por ejemplo, en la pregunta 3 no hubo consenso cómo se decidía que puntaje colocar. Si la gestante decía que no podía dormir “por la barriga”, algunas lo consideran dentro de lo “natural”, y colocan un cero. Otro ejemplo es la pregunta 4: Sentirse cansado/a o tener poca energía. Algunas obstetras lo consideran ya un síntoma de depresión y otras normal para el embarazo. Igual sucede con la pregunta 5.

M1: Es que lo que pasa es acá yo puedo asociar a su anemia, puedo asociar si esta es una mamita del tercer trimestre que siempre me va a estar cansada, ¿ya?, pero a veces sí la asocio con la 1, porque si en la primera me dijo que sí, no tiene interés y está como fatigada, está cansada, pues obviamente la de acá me va a responder casi lo mismo. Yo lo aso..., yo sí lo asocio esos dos.

(GF 05 – Obstetras MP)

3.5.4 Dificultades en el abordaje de tendencia suicida

La aplicación del PHQ-9 culmina con la pregunta 9 que explora si la paciente tiene pensamientos de que sería mejor estar muerta o que quisiera hacerse daño de alguna forma. Por considerar que es una pregunta que toca un tema delicado, algunas obstetras realizan toda una introducción previa a su aplicación. Además, dudan que en el primer control prenatal puedan obtener una respuesta sincera en una pregunta de este tipo, por el estigma que existe.

M: Previo a ello, yo le digo: Vamos a pasar a una respuesta, que es la última, que es fuerte y que obviamente va a ser privada entre tú y yo, nadie más lo va a saber; y voy y le digo pues, ¿no? Le digo, este, no lo que dice ahí, solamente así le digo, trato de acercarme a ella también y le digo: ¿Has intentado alguna vez quitarte la vida? ¿O has, este, has tenido ese pensamiento en el cual ya no quieres estar acá y has decidido quitarte la vida?

(GF 05 – Obstetras MP)

Varias obstetras adicionalmente exploran en esta pregunta si han deseado abortar, a pesar que la pregunta no aborda el tema.

Finalmente, la nueve pregunta acerca si has tenido cualquiera de las siguientes condiciones, pensamientos de que sería mejor estar muerto o que quisiera hacerse daño de alguna forma, [si les dicen] “Señorita no entiendo, ¿qué me está preguntando?”

M: Que se ha hecho la tentativa de abortar.

¿De qué?

M: La tentativa de abortar, has tratado de terminar con el embarazo, ¿alguna vez has abortado o has querido? y le pregunto, ¿sabes, conoces?, cuando dicen sí y qué formas conoces, qué métodos conoces

(GF 04 – Obstetras PC)

3.5.5 Dificultad en la evaluación del intervalo y la frecuencia de los síntomas

Para poder dar un puntaje a las preguntas del PHQ-9, se requiere definir la frecuencia de síntomas o hallazgos en las últimas 2 semanas. Las obstetras reportan dificultades para poder obtener la información de las gestantes con esa precisión. Muchas veces las gestantes no entienden los intervalos y las obstetras fuerzan a definir alguna alternativa.

4. Discusión

En este estudio encontramos que la redacción poco clara de las preguntas del instrumento PHQ-9, junto a los ejemplos que no se adaptan al contexto y la inclusión de algunos síntomas que se confunden con síntomas propios del embarazo, generan la necesidad de “parafrasear” las preguntas al ser aplicado por el profesional de la salud. Como consecuencia de que cada uno parafrasee según su criterio, la aplicación del instrumento pierde objetividad y estandarización. A esto se adicionan dificultades como tiempo de aplicación del instrumento e inseguridades por parte del personal de cómo hacer algunas preguntas (e.g aquellas sobre tendencia suicida y estado de ánimo depresivo).

Obtener un instrumento válido, que permita una evaluación precisa y comparable, es un reto en las mejores circunstancias, y este reto es mucho más grande en entornos socioeconómicos y culturales de países de bajos recursos, como el Perú (30). Más aún cuando se busca evaluar temas de salud mental, ya que muchos términos están muy estigmatizados, estos “chocan” con la cultura (30). Se han realizado estudios para lograr la validez cultural del PHQ-9 en contextos como India que, al igual que el Perú, es un país de bajos recursos con una cultura machista marcada y valores religiosos que se imprimen en la mujer (5,31,32). Tenemos el caso del estudio cualitativo desarrollado por Mazzuca et al. en mujeres adolescentes y promotores comunitarios de salud, el cual encontró que la mayoría de participantes evitaba reportar síntomas depresivos, sobre todo la ideación suicida, por el miedo de que la información pueda ser compartida con su pareja y por las consecuencias sociales e incluso legales al reportarlo (31). Esto dificulta enormemente la realización del despistaje de depresión. Sin embargo,

reportaron también que al incluir una declaración de confidencialidad y tratar el tema “la depresión” con naturalidad, se minimiza el sesgo y la angustia en el reporte de síntomas (30,31).

Por otro lado, se realizó un estudio en población aborígen australiana con el objetivo de adaptar el PHQ-9 a múltiples comunidades indígenas. En los grupos focales realizados, se encontraron amplias diferencias conceptuales respecto a ciertos términos usados en esta herramienta, como el término *hopelessness* (traducido como “sentirse sin esperanza”) (33). Se exploró semánticamente las preguntas, se identificaron expresiones locales para los síntomas y se definieron palabras específicas, conceptualmente equivalentes, que sean entendidas por los distintos grupos indígenas para reemplazar los términos “problema”. Lograron construir un instrumento adaptado, que requerirá aún una validación para evaluar su potencial para medir la carga de la enfermedad en las poblaciones indígenas australianas (33).

Múltiples estudios de validación transcultural han encontrado la importancia de la inclusión de constructos locales socialmente aceptados sobre depresión, que más allá de facilitar la comprensión de la pregunta, permiten que las mujeres identifiquen algunas de sus quejas o circunstancias como cercanas (30,32,33). Y de esta manera, “se permiten” reportarlo o buscar ayuda, y no sientan que corren el riesgo de ser culpadas o estigmatizadas por no estar cumpliendo con lo que la sociedad o ellas mismas se exigen (32).

En cuanto a la redacción del PHQ-9, encontramos en algunas preguntas (1,5,8) una característica que hace más complicada su comprensión: presenta situaciones opuestas o múltiples en un mismo ítem. Estudios previos también lo han reportado

como un problema ya que puede dificultar la interpretación al entrevistado y, como consecuencia, generar confusión en la construcción de la respuesta (31,33,34). Sin embargo, la redacción de la pregunta 1 fácilmente se podría mejorar colocando “Poco interés o POCO placer en hacer las cosas”. Respecto a las preguntas 5 y 8, hay estudios similares al nuestro que proponen la aplicación separada (en dos subelementos) para facilitar su comprensión (33,34).

Una de las tantas particularidades en nuestra población objetivo, las gestantes, que agranda el reto para conseguir un instrumento de tamizaje adecuado, es que algunos síntomas del embarazo se pueden sobreponer a los síntomas somáticos de un cuadro depresivo o viceversa (e.g. las alteraciones del sueño, apetito, letargo y cambios psicomotores, evaluados por los ítems 3, 4, 5 y 8). Está descrito en la literatura que la depresión perinatal muchas veces inicia con insomnio, irritabilidad y ansiedad, mas no con ánimo depresivo (35) Además, se ha visto que las características más consistentes y multiculturales de los trastornos depresivos son los síntomas somáticos por encima de los síntomas emocionales o cognitivos (30,32). Al tener como objetivo el despistaje de depresión prenatal, debemos tener en cuenta que las quejas somáticas son fundamentales para la conceptualización de los trastornos depresivos en esta etapa, pero son a su vez muy comunes en el embarazo (32,36).

Según la revisión realizada por el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, el hecho que el PHQ-9 incluya la evaluación de estos síntomas puede constituir una desventaja ya que disminuye la especificidad de la herramienta en el periodo perinatal (19). Sin embargo, también se ha visto que incluirlos eleva su sensibilidad por lo antes descrito (19,35,36).

Otro problema, encontrado en el estudio en población aborígen australiana que citamos previamente y que también encontramos en nuestro estudio, es la dificultad para evaluar un síntoma en base a ejemplos que no se adaptan al contexto (33). Mientras que en dicho estudio se destacó como ejemplo de “dificultad de concentrarse” a la incapacidad de recordar o aprender nuevas historias, en nuestro estudio, las participantes plantearon que se manifiesta en la incapacidad para recordar o estar “despistada” con las tareas del hogar (33). Nuestras participantes señalaron que los ejemplos actuales del PHQ-9 les resultan ajenos.

Respecto a las opciones de respuesta, se ha visto que, en contextos de bajos recursos, la población no está familiarizada con la escala de Likert, por lo que su uso suele ser complicado (30). Como encontramos en nuestro estudio, las participantes prefieren relatar su experiencia sobre los síntomas depresivos o dar respuestas dicotómicas (“sí”/“no”), y se les dificulta definir su respuesta dentro de una de las opciones en la escala de Likert .

En una revisión sistemática, se compara la sensibilidad del PHQ-2 en un estudio que usó un sistema de respuesta dicotómico si/no con otro que usó la escala de Likert, encontrándose que las opciones dicotómicas podrían ser mejores en contextos de bajo nivel educativo, mejorando la sensibilidad de la herramienta (35). Sin embargo, al cambiar la escala de Likert se perdería la posibilidad de clasificar el cuadro depresivo por gravedad. Tal vez para su aplicación, podría emplearse otras estrategias alternativas a los números como el uso de símbolos o un espectro de colores (30).

Cabe resaltar que este estudio no pretende ser una validación definitiva sino más bien una primera exploración cualitativa, esencial en el proceso para validar la herramienta y asegurar su funcionabilidad en el contexto peruano. Si bien el número de participantes es reducido, creemos que las opiniones obtenidas de las participantes representan a la población meta. A pesar de no haber incluido más que a participantes de la Región Callao, las características de las mismas se asemejan a las principales características sociodemográficas reportadas en mujeres en edad fértil peruanas (27). El explorar un tema como “la depresión” por la estigmatización que lo rodea, podría generar sesgos o temores entre las participantes. Sin embargo, trabajar con un equipo capacitado y con experiencia nos permitió que las participantes se sintieran en confianza y conversaran abiertamente.

5. Conclusiones

Nuestros resultados son comparables a los de otros estudios realizados en contextos de bajos recursos, al haber encontrado la estigmatización como condicional de respuesta, dificultad para la evaluación de síntomas somáticos asociados a depresión en gestantes y el poco entendimiento de algunas preguntas por la falta de contextualización y redacción confusa en el PHQ-9. Nos muestran además la importancia de la validación semántica de este instrumento para su uso en el Perú y nos abre posibilidades de cómo mejorarlo.

Reafirmamos que la validación cualitativa es fundamental para asegurar la funcionalidad de una herramienta de tamizaje tomando en cuenta el contexto sociocultural y educativo, aún cuando el idioma sea el mismo. De igual manera, resaltamos la vital importancia de la capacitación y entrenamiento de las proveedoras de salud para asegurar una aplicación estandarizada y tener resultados que sean válidos, sensibilizando al personal acerca de la importancia del despistaje de depresión prenatal y la necesidad de cumplir con los estándares.

6. Bibliografía

1. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*. febrero de 2016;3(2):171-8.
2. Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. agosto de 2015;386(9995):743-800.
3. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, et al. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS Med*. 5 de noviembre de 2013;10(11):e1001547.
4. Hay SI, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. septiembre de 2017;390(10100):1260-344.
5. Patel V, Araya R, Chowdhary N, King M, Kirkwood B, Nayak S, et al. Detecting common mental disorders in primary care in India: a comparison of five screening questionnaires. *Psychol Med*. febrero de 2008;38(2):221-8.
6. Wittchen H-U, Mühlig S, Beesdo K. Mental disorders in primary care. *Dialogues Clin Neurosci*. junio de 2003;5(2):115-28.
7. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2 de junio de 2004;291(21):2581.
8. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*. noviembre de 2014;384(9956):1800-19.
9. Satyanarayana VA, Lukose A, Srinivasan K. Maternal mental health in pregnancy and child behavior. *Indian J Psychiatry*. 2011;53(4):351-61.
10. Nemoda Z, Szyf M. Epigenetic Alterations and Prenatal Maternal Depression. *Birth Defects Res*. 17 de julio de 2017;109(12):888-97.
11. Nemoda Z, Massart R, Suderman M, Hallett M, Li T, Coote M, et al. Maternal depression is associated with DNA methylation changes in cord blood T lymphocytes and adult hippocampi. *Transl Psychiatry*. 7 de abril de 2015;5:e545.
12. Plant DT, Pawlby S, Sharp D, Zunszain PA, Pariante CM. Prenatal maternal depression is associated with offspring inflammation at 25 years: a prospective longitudinal cohort study. *Transl Psychiatry*. noviembre de 2016;6(11):e936.
13. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*. abril de 2004;103(4):698-709.
14. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Arch Clin Psychiatry São Paulo*. 2008;35(4):144-53.
15. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 26 de enero de 2016;315(4):388-406.

16. Luna Matos ML, Salinas Piélago J, Luna Figueroa A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. 2009 [citado 10 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9765>
17. Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Hinostroza R, Torrejón E, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. 2008;9.
18. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. octubre de 2016;3(10):973-82.
19. Screening for Perinatal Depression - ACOG [Internet]. [citado 5 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Screening-for-Perinatal-Depression>
20. Depressive Disorders. En: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [Internet]. American Psychiatric Association; 2013 [citado 10 de febrero de 2019]. (DSM Library). Disponible en: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm04>
21. Canino G, Alegría M. Psychiatric diagnosis - is it universal or relative to culture? *J Child Psychol Psychiatry*. marzo de 2008;49(3):237-50.
22. Coyne JC, Schwenk TL, Fechner-Bates S. Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen Hosp Psychiatry*. enero de 1995;17(1):3-12.
23. Zhong Q-Y, Gelaye B, Rondon MB, Sánchez SE, Simon GE, Henderson DC, et al. Using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) to assess suicidal ideation among pregnant women in Lima, Peru. *Arch Womens Ment Health*. diciembre de 2015;18(6):783-92.
24. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. septiembre de 2001;16(9):606-13.
25. Baader M T, Molina F JL, Venezian B S, Rojas C C, Farías S R, Fierro-Freixenet C, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. marzo de 2012;50(1):10-22.
26. Calderón M, Gálvez-Buccollini JA, Cueva G, Ordoñez C, Bromley C, Fiestas F. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. diciembre de 2012;29(4):578-9.
27. INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 - Nacional y Regional [Internet]. [citado 5 de noviembre de 2018]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
28. Daouk-Öyry L, McDowal A. Using Cognitive Interviewing for the Semantic Enhancement of Multilingual Versions of Personality Questionnaires. *J Pers Assess*. julio de 2013;95(4):407-16.
29. INEI :: Crecimiento Económico, Población, Características Sociales y Seguridad Ciudadana en la Provincia Constitucional del Callao, 2015 [Internet]. [citado 5 de noviembre de 2018]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1339/index.html

30. Tennyson RL, Kemp CG, Rao D. Challenges and strategies for implementing mental health measurement for research in low-resource settings. *Int Health*. noviembre de 2016;8(6):374-80.
31. Mazzuca A, Nagarchi D, Ramanaik S, Raghavendra T, Javalkar P, Rotti S, et al. Developing a Mental Health Measurement Strategy to Capture Psychological Problems among Lower Caste Adolescent Girls in Rural, South India. *Transcult Psychiatry*. febrero de 2019;56(1):24-47.
32. Pereira B, Andrew G, Pednekar S, Pai R, Pelto P, Patel V. The explanatory models of depression in low income countries: Listening to women in India. *J Affect Disord*. septiembre de 2007;102(1-3):209-18.
33. Brown AD, Mentha R, Rowley KG, Skinner T, Davy C, O'Dea K. Depression in Aboriginal men in central Australia: adaptation of the Patient Health Questionnaire 9. *BMC Psychiatry* [Internet]. diciembre de 2013 [citado 28 de enero de 2019];13(1). Disponible en: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-271>
34. Dadfar M, Kalibatseva Z, Lester D. Reliability and validity of the Farsi version of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) with Iranian psychiatric outpatients. *Trends Psychiatry Psychother*. abril de 2018;40(2):144-51.
35. Ukatu N, Clare CA, Brulja M. Postpartum Depression Screening Tools: A Review. *Psychosomatics*. junio de 2018;59(3):211-9.
36. Ali G-C, Ryan G, De Silva MJ. Validated Screening Tools for Common Mental Disorders in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. Burns JK, editor. *PLOS ONE*. 16 de junio de 2016;11(6):e0156939.

Tabla 1. Características de gestantes participantes

| Grupos Focales (GF) | N° de participantes | Edad de la participante | Edad gestacional | N° de gestación | Fecha de tamizaje con PHQ |
|---|----------------------------|--------------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------------------|
| Gestantes no tamizadas | 6 | 35 | - | 4 | No tamizada |
| | | 31 | - | 5 | No tamizada |
| | | 25 | - | 3 | No tamizada |
| | | 38 | - | 5 | No tamizada |
| | | 31 | - | 6 | No tamizada |
| | | 30 | - | 5 | No tamizada |
| Gestantes tamizadas con depresión | 4 | 25 | 5 meses | 3 | 4/12/2015 |
| | | 28 | 7 meses | 2 | 16/12/2015 |
| | | 39 | 5 meses | 4 | 11/12/2015 |
| | | 36 | 4 meses | 3 | 28/12/2015 |
| 1er GF Gestantes tamizadas sin depresión | 5 | 27 | 25 semanas | 3 | 27/11/2015 |
| | | 24 | 9 semanas | 2 | 17/02/2016 |
| | | 39 | 25 semanas | 6 | 23/11/2015 |
| | | 26 | 26 semanas | 2 | 13/11/2015 |
| | | 27 | 11 semanas | 2 | 17/02/2016 |
| 2do GF Gestantes tamizadas sin depresión | 5 | 35 | 14 semanas | 3 | 6/01/2016 |
| | | 18 | 19 semanas | 2 | 8/02/2016 |
| | | 25 | 16 semanas | 3 | 12/02/2016 |
| | | 26 | 26 semanas | 4 | 3/03/2016 |
| | | 27 | 12 semanas | 3 | 13/02/2016 |

Tabla 2. Categorías y códigos generales

| Categoría | Código |
|------------------------------|---|
| <i>Conocimientos previos</i> | Depresión síntomas |
| | Tristeza vs Depresión - diferencia entre ambos términos |
| | Depresión mujeres gestantes |
| <i>Percepciones casos</i> | Percepciones caso 1 |
| | Percepciones caso 2 |
| | Percepciones caso 3 |
| <i>Aplicación</i> | Problema_opciones respuesta |
| | Problema_periodo 2 semanas |
| | Otras dificultades |
| <i>Otros comentarios</i> | Rol mujer-madre |
| | Religión influencia |

Tabla 3. Categorías y códigos por pregunta del PHQ-9

| | Categoría | Códigos |
|----------------------------|-------------------|---|
| Semántica Preguntas | Pregunta 1 | Definición "placer" Definición "poco interés" Problemas comprensión |
| | Pregunta 2 | Definición "desanimada" Definición "deprimida" Definición "triste" Definición "sin esperanza" Problemas comprensión |
| | Pregunta 3 | Definición "dormir demasiado" Definición "problemas para mantenerse dormido" Definición "problemas para dormir" |
| | Pregunta 4 | Definición "sentirse cansada" Definición "tener poca energía" |
| | Pregunta 5 | Definición "comer en exceso" Definición "tener poco apetito" Relación apetito-embarazo |
| | Pregunta 6 | Definición "sentir que ha fallado" Definición "sentirse fracasada" Definición "sentirse mal de si misma" |
| | Pregunta 7 | Definición "dificultad para poner atención" Ejemplos – situaciones que ejemplifiquen la pregunta |
| | Pregunta 8 | NO entienden – inadecuada o parcial comprensión SI entienden – adecuada comprensión a criterio de la participante |

Pregunta 9

Definición "pensamiento de que sería mejor estar muerta"

Definición "querer hacerse daño"

Preguntas equivalentes

(a criterio de obstetras) Repetido en cada pregunta

Tabla 4. Puntajes de gestantes según frecuencia de síntomas (ítem 2 disgregado)

0: para nada, 1: pocos días, 2: varios días, 3: bastantes días/casi todos los días

G1 – G6: Gestante del grupo focal con gestantes no tamizadas

| Pregunta | G1 | G2 | G3 | G4 | G5 | G6 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido desanimada ? | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 |
| Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido deprimida ? | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste ? | 2 | 2 | 0 | 3 | 2 | 1 |
| Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido sin esperanza ? | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Anexo 1. Guías para grupos focales e instrumentos PHQ-2 y PHQ-9

A. Guía para el grupo focal con Gestantes

Validación semántica de las preguntas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) como instrumento para el despistaje de la depresión en gestantes

Objetivo: Conocer la opinión de gestantes sobre la estructura de las preguntas de estos instrumentos de tamizaje, además de validar el texto, la formulación y el tiempo en el que se toman los cuestionarios.

Introducción (5 min)

1. Dar la bienvenida al grupo
2. Presentación de los integrantes del equipo organizador
3. Explicar el objetivo del GF y comentar en qué consiste el proyecto Kusiured
4. Comentar por qué fueron invitadas, por qué son importantes para el estudio

“El objetivo de esta reunión es conocer su opinión acerca de este cuestionario que esperamos sirva para detectar depresión durante el embarazo. Lo que queremos evaluar es si estas preguntas son comprendidas por ustedes, saber qué responderían y por qué. Su valiosa participación nos ayudará a definir si este instrumento es adecuado para diagnosticar depresión en gestantes y ayudarlas para que su embarazo se desarrolle con normalidad. Por ello, les pedimos que sean sinceras y claras con sus respuestas”

5. Explicar que sus opiniones serán confidenciales y serán guardadas en una grabación de voz. Pedir el consentimiento informado. Asimismo, pedir que las participantes mantengan la confidencialidad de sus opiniones y las opiniones de las demás.
6. Explicar la dinámica del GF y duración del mismo.

“En esta reunión queremos conocer sobre las emociones de las mujeres y de las gestantes. Además queremos recibir sus opiniones sobre un cuestionario que nos permite conocer más sobre estas. Todas las preguntas son abiertas, es decir, pueden ser contestadas por cualquiera de ustedes. Sus opiniones serán escritas por uno de los organizadores en papelógrafos; si creen que lo anotado no coincide con lo que quisieron decir, por favor indíquenlo. La discusión durará aproximadamente 1.5 h”

7. Dar a conocer las reglas del GF
 - a) Todas pueden participar
 - b) Todas las ideas y respuestas son válidas
 - c) Cada persona debe escuchar y respetar la opinión de los demás
 - d) No hay respuestas malas ni buenas

- e) Cada participante es libre de NO contestar alguna pregunta que le incomode o que simplemente no desee contestar

8. Comunicar que al finalizar se les brindará un refrigerio.

GUÍA DE ACTIVIDADES

Presentación de cada una de las participantes (10 min): Cada paciente debe indicar su nombre y sus meses de gestación.

Preguntas de Introducción

1. ¿El estado de ánimo de las gestantes es igual o diferente que al de una mujer no embarazada?
Si es igual, ¿cómo se sienten las mujeres?
Si es diferente, ¿en qué sentido?
2. A veces las personas se sienten bien y otras mal, ¿cuándo una mujer se siente bien y cuándo mal?
3. ¿Cómo se sienten las gestantes en el día a día? ¿cuándo una gestante se siente bien y cuándo mal?

“Gracias por los comentarios. Ahora queremos saber su opinión sobre una herramienta que nos permite conocer más de su estado de ánimo. Esta herramienta consta de 9 preguntas y quisiéramos saber qué entienden por cada una”

Discusión de las preguntas [usando la técnica de “*entrevista cognitiva*”: *busca saber todo lo que el entrevistado piensa al escuchar una palabra, frase o pregunta*] (40 min)

“Vamos a comenzar interpretando y opinando sobre las 9 preguntas que componen el cuestionario”. Invitar a todas a responder las siguientes interrogantes (repetir para cada una de las 9 preguntas, analizando cada término):

1. Cuándo escuchan _____, ¿en qué piensan?
2. ¿Qué significa para ustedes _____?
3. ¿_____ está relacionado con un buen estado de ánimo, un mal estado o a ninguno de los dos?
4. _____ ¿esto pasa en las mujeres?
5. _____ ¿esto pasa en las gestantes? ¿con más o menos frecuencia que en una mujer no embarazada?

“Ahora, queremos que opinen sobre los siguientes casos. Después de presentarles cada caso les haremos algunas preguntas”

CASOS

1. María Gracia está embarazada de su segundo hijo. A ella siempre le ha gustado cocinar, sobretodo postres. Ella ya tiene 5 meses de gestación y se ha dado cuenta que ahora prefiere estar echada casi todo el día en su cama viendo televisión que preparar algo rico para su familia. Hace dos semanas le regalaron un libro de cocina, pero aún no ha preparado ninguna receta, ella dice que no tiene ganas de preparar nada ni de leer ese libro por ahora.

2. Los hermanos de Cecilia están preocupados porque notan que ella está constantemente triste, suele llorar casi interdiario mientras comenta que siente que el embarazo le ha traído problemas, siente que ha perdido interés por la vida. Cecilia se nota distinta, no le importa nada y duda que pueda cuidar a sus tres hijos mientras que da de lactar al nuevo bebé. Teresa, madre de Cecilia, les dice que no se preocupen, ella sabe que con el embarazo vienen ciertas dudas que te hacen sentir desanimada, pero argumenta que toda mujer sabe cómo sacar a sus hijos adelante y les recomienda que se dejen de preocupar porque “ya se le va a pasar”.
3. Rosa es una madre joven que ahora está esperando a su tercer hijo. Siempre ha sido muy aventurera y creativa, solía llevar a su familia a pasear y a conocer nuevos lugares de vez en cuando. Incluso salía de viaje con sus amigas. Ahora que está embarazada, ha decidido quedarse más en casa, no sale mucho con su familia y sacrifica algunas cosas para ahorrar al máximo para la llegada del nuevo bebé. A pesar de ello, reservó un presupuesto especial para su cumpleaños y ha decidido preparar un almuerzo e invitar a sus amigas.

Discusión de casos (25 min)

- ¿Qué opinan de cada caso?
- Si fueran ustedes, ¿qué responderían en el cuestionario? (se les mostrará el cuadro de opciones/frecuencias)
- ¿En alguno de los casos hay una gestante que se sienta “sin esperanza”?
- ¿Creen que alguna de las gestantes está deprimida? ¿Por qué?

Conocimientos previos (20 min)

- ¿Qué entienden por depresión?
- ¿Cómo describirían a una persona deprimida?
- ¿Es diferente la depresión en las gestantes?

**Solo para los grupos focales con gestantes tamizadas*

Sobre la aplicación del cuestionario (5 min)

- ¿Entendieron la pregunta cuando se las hizo la obstetra?
- ¿Se tomó el tiempo de explicarles la pregunta?
- ¿Cómo les hizo las preguntas la obstetra? ¿Qué actitud tenía la obstetra cuando les aplicó el cuestionario?

Conclusión

Cada opinión va a ser de mucha utilidad para mejorar este instrumento de diagnóstico. Después de todo lo conversado, ¿alguien tiene una opinión distinta o algo que agregar a lo hemos visto anteriormente? (guiarse de los papelógrafos para completar las ideas).

Agradecemos su participación, su sinceridad y el tiempo brindado. Recuerden guardar la confidencialidad de las opiniones de las participantes de esta reunión. ¡Muchas gracias!

B. Guía para el grupo focal con Obstetras

Validación semántica de las preguntas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) como instrumento para el despistaje de la depresión en gestantes

Objetivo: Conocer la opinión de proveedores de salud (obstetras) sobre el PHQ-2 y 9 para el diagnóstico de depresión gestacional así como validar el texto, la formulación y el tiempo en el que se toman estos cuestionarios.

Introducción (5 min)

9. Dar la bienvenida al grupo
10. Presentación de los integrantes del equipo organizador
11. Explicar el objetivo del GF y comentar en qué consiste el proyecto Kusiured
12. Comentar por qué fueron invitadas, por qué son importantes para el estudio

“El objetivo de esta reunión es conocer su opinión acerca de los cuestionarios que ustedes aplican a las gestantes para el tamizaje de depresión como parte de la historia clínica en su primer control prenatal. Lo que queremos evaluar es si estas preguntas fueron comprendidas por ustedes y por las gestantes, conocer algunas experiencias al aplicar este test y si consideran que el momento y la velocidad con las que la tomaron fueron adecuados. Su valiosa participación nos ayudará a definir si este instrumento es adecuado para diagnosticar depresión en gestantes y ayudarlas para que su embarazo se desarrolle con normalidad. Por ello, les pedimos que sean sinceras y claras con sus respuestas”

13. Explicar que sus opiniones serán confidenciales y serán guardadas en una grabación de voz. Pedir el consentimiento informado.
Asimismo, pedir que las participantes mantengan la confidencialidad de sus opiniones y las opiniones de las demás.
14. Explicar la dinámica del GF y duración del mismo.

“En esta reunión se desarrollará una serie de preguntas sobre el cuestionario y sobre la depresión gestacional. Todas las preguntas son abiertas, es decir, pueden ser contestadas por cualquiera de ustedes. Sus opiniones serán escritas por uno de los organizadores en papelógrafos; si creen que lo anotado no coincide con lo que quisieron decir, por favor indíquenlo. La discusión durará aproximadamente 1.5 h”

15. Dar a conocer las reglas del GF
 - f) Todas pueden participar
 - g) Todas las ideas y respuestas son válidas
 - h) Cada persona debe escuchar y respetar la opinión de los demás
 - i) No hay respuestas malas ni buenas
 - j) En caso de compartir una experiencia, no se debe mencionar el nombre de la gestante aludida

k) Cada participante es libre de NO contestar alguna pregunta que le incomode o que simplemente no desee contestar

16. Explicar que al finalizar se les brindará un refrigerio y una compensación económica para cubrir el costo de sus pasajes.

GUÍA DE ACTIVIDADES

Presentación de cada una de las participantes (5 min): Cada paciente debe indicar su nombre, su edad.

Discusión de las preguntas (50 min)

“Vamos a comenzar interpretando y opinando sobre las 9 preguntas que componen el cuestionario. Sería de mucha ayuda que nos comenten sobre algunas experiencias que han tenido al aplicarlos y su percepción de cómo tomaban las gestantes estas preguntas”. Invitar a todas a responder las siguientes preguntas (repetir para cada una de las 9 preguntas, analizando cada término):

1. Cuándo escuchan _____, ¿en qué piensan?
2. ¿Qué significa para ustedes _____?
3. ¿_____ está relacionado con un buen estado de ánimo, un mal estado o a ninguno de los dos?
4. _____ ¿esto pasa en las mujeres?
5. _____ ¿esto pasa en las gestantes? ¿con más o menos frecuencia que en una mujer no embarazada?

Agregar en la discusión de las preguntas 2, 5, y 8, las siguientes interrogantes respectivamente.

- ¿Cuál es la diferencia entre estar deprimida y estar triste?
- Sabemos que una gestante debe incrementar su consumo de proteínas, carbohidratos, vitaminas, etc.; pero hay determinadas cantidades que se les recomienda y que son suficientes para satisfacer las necesidades del bebé y la mamá, ¿consideran que las gestantes están bien orientadas en este aspecto?
- ¿Alguna gestante que notablemente se movía o hablaba despacio, respondió que no tenía este comportamiento en la pregunta 8? ¿Qué marcaron en la encuesta?

“Ahora, queremos que opinen sobre los siguientes casos. Después de presentarles cada caso les haremos algunas preguntas”

CASOS – Sketches (20 min) En esta parte se pedirá a 2 voluntarias que quieran aplicar el PHQ-2 y, si es necesario, el PHQ-9. Dos de las facilitadoras asumirán el rol de gestantes con las siguientes características. Se les entregará los cuestionarios a TODAS las participantes del FG para que ellas también completen y podamos comparar resultados.

Gestante 1: Es una gestante bastante activa que más o menos hace 3 meses no siente el mismo interés por hacer las cosas que le gusta. Es normal para

ella estar en casa más de la mitad de los días echada en el sofá viendo televisión o durmiendo por sentirse muy desganada, sin fuerza.

Preg 1 (puntaje 2), Preg 2 (puntaje 2) → Se le aplica PHQ-9

Gestante 2: No es muy extrovertida, no suele probar cosas nuevas y se dedica todo el día a su familia. Nunca ha sido muy intensa al mostrar sus emociones pero desde hace unos meses está más desanimada. A pesar de ello nunca deja que un recibo de la casa se venza o que sus hijas se vayan al colegio sin una linda trenza, porque a ella le encanta que todo esté bien organizado.

Preg 1 (puntaje 0), Preg 2 (puntaje 2) → No se le aplica PHQ-9

Nota: para facilitar el análisis de los casos se les dará junto a los cuestionarios, el cuadro con los rangos de puntajes, al igual que aparece en la historia clínica electrónica que las obstetras utilizan.

Discusión de casos (usando la técnica de “*entrevista cognitiva*”: *busca saber todo lo que el entrevistado piensa al escuchar una palabra, frase o pregunta*) (25 min)

- ¿Qué opinan de cada caso?
- ¿Creen que alguna de las gestantes está deprimida? Comparar los puntajes otorgados por todas las obstetras. Discutir la diferencia de resultados.
- ¿Consideran que la aplicación de los cuestionarios fue adecuada en ambos casos? ¿qué hubieran mejorado? ¿lo aplicó en el mismo tiempo en el que ustedes normalmente lo hacen en consulta?

Conocimientos previos (20 min)

- ¿Qué entienden por depresión?
- ¿Cómo describirían a una persona deprimida?
- ¿Es diferente la depresión en las gestantes?

Sobre la aplicación del cuestionario (5 min)

- Respecto a las 4 categorías para otorgar los puntajes, ¿consideran que las gestantes entienden las opciones rápidamente? ¿son claras y mencionan con qué frecuencia sienten alguna de las condiciones en cuestión?
- ¿Antes de aplicarlos, indican a las gestantes que estas preguntas son parte de un test para el diagnóstico de depresión?
- ¿Qué dificultades han tenido al aplicar este cuestionario?
- ¿Es necesario repetir las preguntas o explicarlas? ¿cuál es la pregunta que, según su percepción, les cuesta más entender a las gestantes?
- ¿Usan sinónimos al aplicar las preguntas o las leen como están redactadas? ¿qué sinónimos? ¿qué preguntas necesitan ser explicadas?
- ¿Cuán importante es para ustedes aplicar el cuestionario?
- ¿Qué cosas deben tener en cuenta para que la aplicación sea adecuada?
- ¿Cuánto tiempo les toma aplicar el PHQ-2? ¿y el PHQ-9?
- ¿Qué dificultades tiene al explicar las opciones/frecuencias?

Conclusión

Cada opinión va a ser de mucha utilidad para mejorar este instrumento de diagnóstico. Después de todo lo conversado, ¿alguien tiene una opinión distinta o algo que agregar a lo hemos visto anteriormente? (guiarse de los papelógrafos para completar las ideas).

Agradecemos su participación, su sinceridad y el tiempo brindado. Recuerden guardar la confidencialidad de las opiniones de las participantes de esta reunión. ¡Muchas gracias!

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-2 (PHQ-2)

| Durante las últimas 2 semanas ¿con qué frecuencia ha sentido molestia debido a cualquiera de las siguientes condiciones? | Para nada | Varios días (por ejemplo, entre 1 y 6 días) | Más de la mitad de los días (por ejemplo, entre 7 y 11 días) | Casi todos los días (por ejemplo, 12 días o más) |
|---|-----------|---|--|--|
| 1. Poco interés o placer en hacer las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, triste o sin esperanza | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Puntaje total (____+____+____+____) = | | | | |

Interpretación de puntaje obtenido en PHQ-2:

Un puntaje total de 3 o más indica **sospecha de Depresión**, seguir con PHQ-9.

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9)

| Durante las últimas 2 semanas ¿con qué frecuencia ha sentido molestia debido a cualquiera de las siguientes condiciones? | Para nada | Varios días (por ejemplo, entre 1 y 6 días) | La mitad de los días o más (por ejemplo, entre 7 y 11 días) | Casi todos los días (por ejemplo, 12 días o más) |
|--|-----------|---|---|--|
| 1. Poco interés o placer en hacer las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, triste o sin esperanza | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Sentirse cansado/a o tener poca energía | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Tener poco apetito o comer en exceso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Sentirse mal acerca de sí mismo/a – o sentir que es un/una fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo/a o a su familia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Dificultad para poner atención, concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo pueden haber notado—o lo contrario: estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera hacerse daño de alguna forma | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Puntaje total (____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____) * | | | | |

FUNCIONALIDAD

Si marcó algún problema, ¿Cuánto le han dificultado estos problemas realizar su trabajo, encargarse de las cosas en la casa, o llevarse bien con otras personas?

| Nada en absoluto | Algo difícil | Muy difícil | Extremadamente difícil |
|------------------|--------------|-------------|------------------------|
| | | | |

| Puntaje de severidad | Diagnóstico |
|----------------------|-----------------------------------|
| 5 a 9 | Síntomas mínimos o depresión leve |
| 10 a 19 | Depresión moderada |
| ≥ 20 | Depresión severa |

Anexo 3. Análisis semántico de cada pregunta en el caso de las obstetras

Pregunta 1. Poco interés o placer en hacer las cosas

Las participantes señalaron que esta pregunta era confusa para las gestantes. Las obstetras interpretaron la frase “poco interés o placer” como sentir desgano, flojera, apatía, pesadez, cansancio o ausencia de motivación. Mencionaron que las gestantes no distinguen entre el poco interés hacia sus deberes o el placer por las actividades que normalmente les gustan. Sin embargo, hubo discrepancias entre algunas obstetras sobre si se pregunta por estas sensaciones frente a actividades dentro de su rutina diaria o frente a actividades recreativas. E incluso, una obstetra reportó que hay gestantes que lo relacionan a sentirse bien o mal por el embarazo.

Por ejemplo, si, si yo les preguntara a ustedes ¿han sentido poco interés o placer en hacer las cosas en las últimas dos semanas?, ¿qué me responderían?

M: Yo creo que sí. Lo que pasa es que la paciente no lo entiende así. Yo siempre quería hacer eso, ¿no?...

¿Cómo lo entiende la paciente?

M: ...La paciente lo entiende como que, como si deseas o no deseas el embarazo y que por eso estás reaccionando, ¿no?, o bien o mal...

(GF 07 – Obstetras PC)

Pregunta 2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, triste o sin esperanza

Las obstetras indicaron que esta se relaciona más con su estado emocional. Señalaron a la “tristeza” es el síntoma con el que más gestantes se sienten identificadas y que, junto al término “desanimada”, son los sentimientos de menor intensidad. Al igual que las gestantes, diferenciaron “triste” de “deprimida” por durar periodos más cortos y la definieron como un sentimiento pasajero, con recuperación total hacia el estado basal. Además, refirieron que el ánimo depresivo y el ánimo triste se pueden notar físicamente, por ejemplo, con el llanto, la forma de caminar (cabizbaja o pausadamente), etc. Las participantes describieron al término “sin esperanza” como un sentimiento muy intenso e incluso relacionado a ideas autolesivas, a la desmotivación total o a la sensación de no tener escapatoria.

M: [...] pero tanto como que, como que, cómo se llama, o sin esperanza, eso, no llegan a ese extremo, la gran mayoría, pero si no, si se sienten así, cansaditas es por el..., es como se llama, es por el mismo embarazo

(GF 04 – Obstetras PC)

M: ¿hay momentos en los cuales te has sentido sola, triste, deprimida, con todos tus problemas que tengas?, ¿o no has visto una escapatoria o algo por el cual no resolver y te has sentido mal tú misma como persona por no saber resolver tu problema?

(GF 05 – Obstetras MP)

Pregunta 3. Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado

Las obstetras entendieron con facilidad la pregunta y mencionaron que, si bien las gestantes la entienden, relacionan el síntoma directamente al estrés de la gestación y al embarazo en sí por las molestias para respirar que se presentan en los últimos meses de gestación. La frase “mantenerse dormida” fue interpretada como el estado de sueño ininterrumpido que se da durante la noche y como cumplir un promedio de ocho horas diarias.

¿Qué significa mantenerse dormido?

M2: Que duerma durante todas las ocho horas.

M1: Que cumpla sus ocho horas, sí.

Que cumpla ocho horas de sueño.

M1: Claro, que cumpla sus ocho horas de sueño, que es lo normal.

(GF 05 – Obstetras MP)

En contraste, interpretaron “dormir demasiado” como dormir en varios momentos del día y/o dormir más de ocho horas diarias, considerado como lo “normal”. Una de las participantes lo interpretó como tener gusto por dormir.

Pregunta 4. Sentirse cansado/a o tener poca energía

Si bien las obstetras interpretaron con facilidad la pregunta, muchas la relacionaron con la primera del instrumento. Interpretaron la cuarta pregunta como desgano o no tener suficiente energía para realizar sus cosas, es decir, se basa en el estado físico y anímico, mientras que la primera pregunta se relaciona más al estado anímico pero que finalmente son sensaciones propias del embarazo. Mencionaron que las gestantes se suelen sentir más “pesadas” y presentan estos síntomas por los cambios hormonales, la anemia, las náuseas y los vómitos, por lo que algunas consideran que no debería de considerarse esta pregunta en el instrumento.

Okey. Y esta pregunta, como me la has explicado, ¿cómo la diferencias de la 1?
M1: Este... bueno, ya la pasé en sí, porque ya dije ya. Lo que en sí puedo... Es que lo que pasa es acá yo puedo asociar a su anemia, puedo asociar si esta es una mamita del tercer trimestre que siempre me va a estar cansada, ¿ya?, pero a veces sí la asocio con la 1, porque si en la primera me dijo que sí, no tiene interés y está como fatigada, está cansada, pues obviamente la de acá me va a responder casi lo mismo. Yo lo aso..., yo sí lo asocio esos dos.

(GF 05 – Obstetras MP)

Pregunta 5. Tener poco apetito o comer en exceso

Esta pregunta fue rápidamente interpretada por las participantes, quienes describieron que el apetito se relaciona a tener ganas o deseo de consumir alimentos. Sin embargo, resaltaron que es difícil hacer que las gestantes separen el “poco deseo de comer” del pensamiento de tener que comer obligatoriamente por el bebé o de comer poco por presentar náuseas y vómitos asociados a la gestación.

[...] ¿cómo la interpretan?

M: Pocas ganas de comer.

M: El tener que comer porque tienen que comer, no porque desea...

Tiene que comer porque tiene que comer...

M: ...Tiene que comer por el bebé, ¿no?, pero ella de sí no tiene apetito.

(GF 0– Obstetras PC)

Pregunta 6. Sentirse mal acerca de sí mismo/a – o sentir que es un/una fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo/a o a su familia

Para las participantes, esta pregunta evalúa la esfera personal y familiar, y fue fácilmente interpretada. Mencionaron que esta pregunta evalúa la autoestima y se relaciona a la aceptación del embarazo (por parte de la misma gestante, familia o pareja). También lo interpretaron como no lograr un objetivo propio u objetivo familiar.

M1: Es el sentir de uno, que como uno como persona que hemos fallado, pero que sin embargo nos tenemos que levantar a, a ese fallo en sí, ¿no? Yo, yo, yo voy a eso, de que como persona o como algo que, un proyecto que yo tuve y no lo pude cumplir, me siento fracasada en esa parte, ¿no? Creo que eso va a esa pregunta.

(GF 05 – Obstetras MP)

M: Bueno, esto se relaciona básicamente si el embarazo ha sido deseado o no, ¿no?, porque hay pacientes que sí han querido tener el embarazo, ¿no?, y no se sienten mal. Pero hay pacientes que no, tienen muchos hijos y esto es un problema, ¿no?

(GF 07 – Obstetras PC)

Pregunta 7. Dificultad para poner atención, concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión

Las participantes señalan que tanto ellas como las gestantes entienden con facilidad esta pregunta e interpretan “dificultad para poner atención” como estar distraída y tener memoria volátil. El análisis de la pregunta se centró la pertinencia de los ejemplos. Describieron que las mismas gestantes mencionan que se dan cuenta que les cuesta prestar atención en sus actividades diarias (quehaceres del hogar). Señalan que no es una actividad común el leer periódico ni prestar atención a la televisión.

M: El televisor lo tienen prendido porque justamente he ido a hacer visitas domiciliarias...

Ya.

M: ¿Tu televisor está prendido?, “sí, pues, solamente para escuchar nada más”...

Ya.

M: Y ni siquiera le prestan atención.

(GF 04 – Obstetras PC)

Pregunta 8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo pueden haber notado—o lo contrario: estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal

Al igual que las gestantes, las obstetras señalaron que esta pregunta es complicada y la interpretaron de manera muy diversa. Relacionaron la frase “estar intranquila” con sentirse ansiosa y “hablar o moverse despacio” con estar calmada, deprimida, retraída o ser reservada con sus cosas. Hubo una participante que relacionó la pregunta con ser bien habladora y otra con tener un gesto involuntario y repetitivo (tic). Algunas obstetras reconocieron que no comprenden claramente el significado de la pregunta.

O: “Los que están muy inquietos están ansiosos por algo, ¿no?, y los que están muy calmados, pues están, está retraído por algo...”

(GF 04 – Obstetras PC)

Pregunta 9. Pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera hacerse daño de alguna forma

Señalaron que la pregunta es clara. Con ella se busca saber si la gestante tiene pensamientos suicidas y plantearon la interrogante si el deseo de terminar su embarazo evaluado en esta pregunta.

M: Es una pregunta más clara, es bien clara esa pregunta, que va de frente al hecho, si es que ella ha, como dice mi colega, si es que alguna vez ella ha intentado quitarse la vida, así como ha pensado, o ha pensado o lo ha... Me dice "Lo he pensado".

(GF 05 – Obstetras MP)

Anexo 4. Poema a la madre deprimida

La poesía constituye una interesante herramienta de expresión de sentimientos, ideas, problemas, puntos de vista, etc. Este poema refleja varios de los conceptos que la sociedad impone a la mujer peruana cuando cumple el rol de madre y la poca visibilidad que se le da a la depresión en la etapa perinatal. Se incluye esta pieza de arte como reflexión adicional sobre el tema que dio paso a este trabajo de investigación.

Mamá está deprimida

Mamá está deprimida
Y nadie se ha dado cuenta
Ella quiere hacerlo perfecto
Como le contaron en el cuento

Que la teta no duele
Y las hormonas no la van a enloquecer
Que si el hombre no ayuda
es porque eso es de mujer

Que ahora su vida ha cambiado
Y debe dar lo mejor de sí
Ser profesionista, madre y esposa
conservando un cuerpo *fit*

Mamá está deprimida
Y nadie se ha dado cuenta
Se han acostumbrado a sus ojos cansados
que yo sé son de tristeza

Mamá está triste
no se siente feliz
este era su sueño
Pero no lo imaginaba así

¿Algo abra mal con ella?

Que egoísta que es
Cansada todo el tiempo
No controla ese estrés

Esos son sus pensamientos
Yo los puedo escuchar
Hace tan poco en su cuerpo
Que nuestro corazón late al mismo compás

Mamá está deprimida
Y no entiende porque
No sabe que necesita un ratito
De descanso también

Un ratito de no hacer nada está bien
Para escuchar su voz interna
Y fortalecer su ser

Pero no se da permiso
De buscar sus espacios
Tiene miedo de no hacerlo bien

Descansa mamá descansa
Que tu descanso es mi bien
Si tú estás feliz y contenta
Yo lo estaré también

Autora: Patricia de la Cerda Picco