

Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas

Inés Ceballos-Martínez,¹
Luis Sandoval-Jurado,¹
Erika Jaimes-Mundo,²
Gloria Medina-Peralta,³
Joel Madera-Gamboa,³
Yuri Francisco
Fernández-Arias⁴

RESUMEN

Objetivo: estimar la frecuencia de depresión en mujeres embarazadas, las características epidemiológicas y factores asociados, en una unidad de primer nivel de atención médica.

Métodos: estudio transversal comparativo con una muestra de 220 embarazadas de 18 a 32 semanas de gestación. Se excluyeron aquellas con tratamiento psiquiátrico o depresivo en los seis meses previos al embarazo actual.

Resultados: 6.4 % presentó depresión, una media de 26 años de edad y 21.4 % fue adolescente. La escolaridad máxima fue secundaria en 50 %, 71.4 % con nivel socioeconómico medio bajo, 21.4 % sin pareja, 35.7 % con depresión en la familia y 28.6 % con historia de tratamiento antidepresivo previo.

Conclusiones: aun cuando en la población estudiada no existieron factores de riesgo como en una unidad de alta especialidad con servicio de perinatología, la frecuencia fue alta en comparación con población abierta, por lo que es importante realizar la búsqueda intencionada, principalmente en las mujeres que han cursado con algún evento depresivo que ameritara tratamiento, en las adolescentes embarazadas o con antecedente de hijos previos con peso bajo al nacer.

SUMMARY

Objective: to estimate the prevalence of depression in pregnant women, the epidemiological characteristics and associated factors.

Methods: a cross-comparison, with a sample of 220 pregnant women between 18 and 32 weeks gestation. We excluded patients with depression six months before the current pregnancy.

Results: Depressed women were 6.4 %, mean age 26 years and 21.4 % were adolescent. The majority women were high school students (50 %); 71.4 % belong to a low medium socioeconomic status; 21.4 % were without a partner; 35.7 % had depression history in the family and 28.6 % had a history of prior antidepressant treatment.

Conclusions: the prevalence of depression in Mexican pregnant women was low. Risk factors associated to depression were young age, low socio-economical status, a lack of a partner, a history of depression in the family.

¹Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital General Regional 17

²Hospital General de Zona 4, Celaya, Guanajuato.

³Hospital de Ginecopediatria 7

⁴Residente de tercer año de la Especialidad en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar 16

Autores 1, 3 y 4, Cancún, Quintana Roo

Instituto Mexicano del Seguro Social

Comunicación con:
Inés Ceballos-Martínez.
Tel: (998) 577 2836.
Correo electrónico:
zoila.ceballos@
imss.gob.mx;
ceballos32@
prodigy.net.mx

Introducción

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto en la vida de los individuos, la familia y la sociedad en conjunto; los trastornos afectivos son la segunda alteración más común de las enfermedades mentales a nivel mundial, entre las que destaca la depresión. En México se estima que para el 2020 será la segunda causa de discapacidad. En el embarazo, la prevalencia de depresión es de 10 a 25 % y la de la

ansiedad de 10 %; éstas, junto con el estrés, son condiciones biopsicológicas que afectan al binomio madre-hijo y se asocian con parto pretérmino, bajo peso al nacimiento, preeclampsia, tristeza, conflictos familiares, sociales o laborales.¹⁻⁴

En el embarazo, los factores asociados a la depresión son depresión previa, abandono o suspensión del tratamiento antidepresivo, adolescencia, menor escolaridad, nivel socioeconómico bajo, ser ama de casa de tiempo completo, disfunción fami-

Palabras claves

depresión posparto
embarazo
trastornos puerperales
modelos logísticos

Key words

depression, postpartum
pregnancy
puerperal disorders
logistic models

liar, madre soltera, embarazo no deseado y falta de apoyo social.^{4,5}

La depresión en el embarazo sin tratamiento es factor de riesgo para depresión posparto en 50 a 65 % y reacción depresiva puerperal (*baby blues* o *maternity blues*) hasta en 80 %, por lo que es importante la detección oportuna de la depresión en la atención primaria.⁵⁻⁷

Para su evaluación se utiliza la Escala de Edimburgo, que tiene una sensibilidad de 0.75 y una especificidad de 0.84.⁸⁻¹⁰

El objetivo del presente estudio fue estimar la frecuencia de depresión en mujeres embarazadas, las características epidemiológicas y los factores asociados, en una unidad de primer nivel de atención médica.

Métodos

Estudio transversal comparativo en una unidad de primer nivel de atención médica en Cancún, Quintana Roo. Se estimó un tamaño de muestra de 220 pacientes, calculado con base en el número de consultas otorgadas de control prenatal en el año pre-

vio y a la frecuencia esperada de depresión en el embarazo (25 %).⁸⁻¹⁰ Las pacientes que se incluyeron en el estudio contaban con 18 a 32 semanas de gestación, control prenatal y otorgaron el consentimiento por escrito de participar en el estudio después de recibir información al respecto. No fueron incluidas pacientes en tratamiento psiquiátrico ni quienes recibían tratamiento antidepresivo en los seis meses anteriores al embarazo actual.

El instrumento utilizado para evaluar la sintomatología depresiva fue la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo, que explora los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo mayor o menor ocurrido 15 días anteriores a la aplicación de esta escala. Este instrumento consta de 10 preguntas y cada una tiene tres opciones de respuesta, con una puntuación de 0 a 3 puntos, que en su totalidad dan un intervalo de 0 a 30; si la puntuación obtenida es igual o mayor de 13 se considera que el sujeto cursa con depresión.⁸⁻¹⁰ El cuestionario es autoaplicable y se contesta en presencia de un médico, cuya función es despejar las dudas derivadas del cuestionario.

Mediante una hoja de datos se recabó información de los antecedentes ginecoobstétricos, como edad gestacional al inicio del control prenatal del actual embarazo, gestaciones previas, antecedentes de parto vía vaginal o cesárea, productos con muerte perinatal o peso bajo al nacimiento, antecedentes heredofamiliares y sociodemográficos. La recolección de la información se llevó a cabo en un área de usos múltiples destinada para tal fin, donde las pacientes tenían privacidad para responder a la encuesta. Las pacientes en quienes se identificó depresión fueron enviadas al Departamento de Psicología, donde fueron atendidas a la brevedad, y se notificó en forma alterna al médico familiar.

Resultados

Se encontró que 6.4 % de las encuestadas presentó depresión de acuerdo con la escala de Edimburgo. Las características generales de la población fueron edad promedio de 26 años (intervalo de 16 a 42), 7.7 % fue adolescente, la escolaridad más frecuente fue preparatoria, con 43.2 % (cuadro I).

La ocupación predominante fue ama de casa en 37.7 %, empleada en 19.5 % y secretaria en 6.8 %. El nivel socioeconómico más frecuente fue el medio bajo, con 51.8 %; el estrato alto representó 2.7 %. En cuanto al estado civil, 90 % de las pacientes indicó vivir en pareja (69.5 % casadas y 20.5 % en unión libre).

Cuadro I
Escolaridad de toda la población y subdividida de acuerdo a la presencia o ausencia de depresión

Escolaridad	Población Total		Prueba positiva para depresión		Prueba negativa para depresión	
	n	%	n	%	n	%
Licenciatura	48	21.8	3	6.3	45	93.8
Preparatoria	95	43.2	4	4.2	91	95.8
Secundaria	63	28.6	7	11.1	56	88.9
Primaria	14	6.4	—	—	14	100.0

Cuadro II
Características obstétricas de toda la población y según el resultado de la prueba con presencia o ausencia de depresión

	Población Total		Prueba positiva para depresión		Prueba negativa para depresión	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Embarazos	1	5	1	5	1	5
Vaginal	0	4	0	3	0	4
Cesárea	0	2	0	2	0	2
Abortos	0	3	0	2	0	3

Respecto los antecedentes familiares con depresión, 10.9 % refirió tenerlos y 3.6 % recibió tratamiento antidepressivo en algún momento antes del embarazo.

En cuanto a los antecedentes ginecoobstétricos, el promedio de semanas de gestación cuando se inició el control prenatal fue de ocho semanas (rango de 2 a 31); la edad promedio del primer embarazo fue a los 22 años (rango de 5 a 37 años). En 40 % de las mujeres se trataba del primer embarazo, 33.6 % con antecedente de parto vaginal, 21.8 % con antecedente de cesárea, 20.9 % con antecedente de aborto (cuadros II y III).

El 1.8 % presentó antecedentes de muerte perinatal, 2.3 % hijos previos con bajo peso al nacer y 5 % había tenido parto pretérmino. De las mujeres con un evento de muerte perinatal, 25 % presentó depresión a diferencia de 6 % sin este antecedente y que cursaba con depresión. El 40 % de las deprimidas había tenido previamente hijos con peso bajo al nacimiento (cuadro IV).

El 57.3 % de las pacientes usó algún método anticonceptivo previo al embarazo actual; de éstas 6.3 % tuvo depresión y 6.4 % no.

El grupo etario de adolescentes presentó 17.6 % depresión; las adultas, 5.4 %.

El 71.4 % con nivel socioeconómico medio bajo cursó con depresión. De las deprimidas, 50 % tenía escolaridad de secundaria y de éstas 50 % se dedicaba al hogar. El 5.6 % de las que tenían pareja presentó depresión, a diferencia de 13.6 % sin pareja. En cuanto al antecedente de eventos depresivos en algún miembro de la familia, se encontró que 20.8 % de las que cursaban con depresión tenía antecedente positivo, a diferencia de 4.6 % sin este antecedente ($p = 0.002$).

ca; sin embargo, en esta población seis de cada 100 embarazadas presentó depresión es una entidad clínica de relevancia, por lo que es importante llevar a cabo la búsqueda intencionada, principalmente en las mujeres que han cursado con algún evento depresivo que ameritó tratamiento y en las adolescentes embarazadas o con algún antecedente de riesgo.¹¹

Como se refiere en la literatura, el embarazo en la adolescencia es un factor de riesgo para depresión, lo cual concordó con lo identificado en esta población.^{12,13}

Cuando hay antecedentes de tratamientos antidepressivos existe mayor probabilidad de presentar

Cuadro III
Características obstétricas de toda la población y en comparación con la presencia o ausencia de depresión

	Población total		Prueba positiva para depresión		Prueba negativa para depresión		p
	n	%	n	%	n	%	
Embarazos							
Primero	88	40.0	4	4.5	84	95.5	0.367
Dos o más	132	20.0	10	7.6	122	92.4	
Tipo de parto*							
Vaginal	69	61.6	6	8.7	63	91.3	0.745
Cesárea	43	38.4	3	7.0	40	93.0	
Aborto							
Uno o más	46	20.9	6	13.0	87	87.0	0.073
Ninguno	174	79.1	8	4.6	166	95.4	

*Se excluyeron a todas aquellas que tenían antecedente de ambos eventos partos y cesáreas.

Discusión

En México se ha informado una prevalencia de depresión posparto de 17 a 22 %. En el mundo se refiere que dos de cada 10 embarazadas presentan depresión y dos de cada 10 tienen síntomas depresivos. Lo anterior varía de acuerdo con la forma de evaluar y diagnosticar la depresión, así como el punto de corte y las diferentes escalas (como la de Hamilton y la de Beck).⁸⁻¹⁰

De acuerdo con el sistema de estadísticas oficiales del Instituto Mexicano del Seguro Social, en los últimos tres años no se encontró registro de este diagnóstico en las unidades de primer nivel ni en las estadísticas delegacionales ni como motivo de consulta o de envío a segundo nivel de atención médi-

Cuadro IV
Características de los nacimientos previos, subdivididos de acuerdo con la presencia o ausencia de depresión

	Población total		Prueba positiva para depresión		Prueba negativa para depresión		p
	n	%	n	%	n	%	
Muerte perinatal							
Presente	4	1.8	1	25.0	3	75.0	0.123
Ausente	216	98.2	13	6.0	203	94.0	
Hijos previos con peso bajo al nacimiento							
Presente	5	2.3	2	40.0	3	60.0	0.0018
Ausente	215	97.7	12	5.6	203	94.4	

depresión en el embarazo: cinco de cada 10 mujeres con este antecedente se deprimió.⁵ El médico de primer contacto de atención y los ginecólogos son el personal de salud que llevan el control prenatal; dada esta situación deben pensar en la depresión para identificar a las mujeres en riesgo y realizar el diagnóstico en forma oportuna y proporcionar un tratamiento adecuado.^{14,15} Con ello se reduciría la depresión posparto, se evitaría un daño mayor a la salud mental de la madre, desintegración familiar y se disminuiría el riesgo de atención inadecuada al recién nacido y las complicaciones a largo plazo, pues se ha identificado que los hijos de las madres con depresión posparto tienen mayor incidencia de trastornos conductuales, déficit cognitivo y problemas de adaptación escolar.^{5,13-15}

Referencias

1. Bello M, Puentes E, Mora M, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica Mex* 2005;47(Supl 1):S4-S11.
2. Moreno SA, Domínguez CL, Franca PS. Depresión post parto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004;69(3):209-213.
3. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001;323(7307):257-260.
4. Lara MA, Navarro C, Navarrete L, Cabrera A, Almanza J, Morales F, et al. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental* 2006;29(4):55-62.
5. Halbreich U. The association between pregnancy processes preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions. The need for interdisciplinary integration. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(4):1312-1322.
6. Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: prevalence and risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(4):1522-1525.
7. Campagne D. The obstetrician and depression during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;116(2):125-130.
8. Vega JM, Mazzotti G, Campos M. Validación de una versión en español de la escala de depresión postnatal de Edimburgo. *Actas Esp Psiquiatr* 2002;30(2):106-111.
9. Espíndola JG, Morales F, Mota C, Díaz E, Meza P, Rodríguez L. Calibración del punto de corte para la escala de depresión perinatal de Edinburgh, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum* 2004;18(3):179-186.
10. Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. Prevalencia de depresión, a través de la escala de depresión perinatal de Edinburgh (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 2001;15(1):11-20.
11. Barnett B, Joffe A, Duggan AK, Wilson MD, Repke JT. Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150(1):64-69.
12. Schmiere S, Russo NF. Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. *BMJ* 2005;331(7528):1-5.
13. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can J Psychiatry* 2004;49(11):726-735.
14. Cohen LS, Nonacs RM, Bailey JW, Viguera AC, Reminick AM, Altshuler LL, et al. Relapse of depression during pregnancy following antidepressant discontinuation: a preliminary prospective study. *Arch Women Ment Health* 2004;7(4):217-221.
15. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics setting. *J Womens Health* 2003;12(4):373-380.