

Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud

Prevalence and factors associated with prenatal depression in a health institution

Ana Karen Rodríguez-Baeza,¹ Lolina de Jesús May-Novelo,² Milagros Berenice Carrillo-Basulto,³ Ligia María Rosado-Alcocer⁴

¹Universidad Autónoma de Yucatán, Facultad de Enfermería; ²Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona 12, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos; ³Secretaría de Salud, Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, Quirófono; ⁴Universidad Autónoma de Yucatán, Facultad de Enfermería, Unidad de Posgrado e Investigación. Mérida, Yucatán, México

Aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán. Número de registro: 0714

Aprobado por el Comité local de Investigación y Ética en Investigación en Salud del Hospital General Regional 12 del IMSS. Número de registro: R-2015-3202-49

Palabras clave:

Depresión
Embarazo
Factores de riesgo
Atención prenatal

Resumen

Introducción: la depresión afecta a 350 millones de personas y las mujeres en edad reproductiva son el grupo que la presenta con más frecuencia; el embarazo puede ser un momento de relevancia para su desarrollo.

Objetivo: estimar la prevalencia y los factores asociados a depresión prenatal, en pacientes de una institución de salud en Mérida, Yucatán.

Métodos: estudio cuantitativo, transversal y analítico que incluyó a 258 pacientes. Los instrumentos empleados fueron la escala de depresión de Edinburgo, el cuestionario Factores asociados a depresión en el embarazo, la Escala de sucesos vitales de Holmes y Rahe y el Cuestionario de apoyo social de MOS-SSS. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS, versión 19, y Epidat 3.0. Se calculó la prevalencia puntual y se estimó la razón de momios con un 95% de confianza.

Resultados: se obtuvo una prevalencia de depresión prenatal del 16.66%. La edad adolescente (razón de momios [RM] = 3.351), las dificultades con la pareja (RM = 4.552), la falta de apoyo emocional (RM = 2.791), vivir en unión libre (RM = 2.980) y eventos adversos como la separación (RM = 8.952), dificultades sexuales (RM = 6.212) y los cambios alimenticios (RM = 2.063) resultaron ser algunos factores de riesgo asociados a este trastorno.

Conclusión: se identificó una prevalencia de depresión elevada en las mujeres embarazadas de una institución de salud, lo cual podría vincularse a diferentes factores de riesgo.

Keywords:

Depression
Pregnancy
Risk factors
Prenatal care

Abstract

Introduction: Depression affects 350 million people and women in reproductive age are the most affected group. Pregnancy can be a moment of relevance for the development of depression.

Objective: To estimate the prevalence and factors associated with prenatal depression in patients of a health institution in Mérida, Yucatán.

Methods: Quantitative, transversal and analytic study. It included 258 patients. The instruments used were the Edinburgh Depression Scale, the questionnaire Factors Associated with Depression in Pregnancy, the Holmes and Rahe Stress Scale, and the Social Support Scale (MOS-SSS). For the analysis SPSS, version 19, and Epidat 3.0 were used. The prevalence was calculated and the odds ratio (OR) with 95% confidence interval (95%CI) was estimated.

Results: The prevalence of prenatal depression was 16.66%. Being adolescent (OR = 3.351), having difficulties with the partner (OR = 4.552), lack of emotional support (OR = 2.791), living together (OR = 2.980) and adverse events such as separation (OR = 8.952), sexual difficulties (OR = 6.212) and dietary changes (OR = 2.063) were some risk factors associated with this disorder.

Conclusion: A high prevalence of depression in pregnant women from a health institution was found. This could be linked to different risk factors.

Correspondencia:

Ana Karen Rodríguez-Baeza
Correo electrónico:
anakaren.rodriguez@correo.
uady.mx

Fecha de recepción:

04/11/2016

Fecha de dictamen:

24/04/2017

Fecha de aceptación:

15/05/2017

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como un trastorno mental frecuente que afecta a unas 350 millones de personas alrededor del mundo y es dos veces más prevalente en las mujeres en edad adulta (entre 18 y 44 años de edad), lo cual la convierte en una de las principales causas de discapacidad, debido a que no es diagnosticada oportunamente. Aunque existen tratamientos eficaces, más de la mitad de los afectados no reciben esos tratamientos.^{1,2}

La prevalencia de depresión que, como comentamos, es mayor en mujeres, oscila del 14 al 21% y se presenta con mayor frecuencia en la edad reproductiva, por lo que el embarazo y el postparto podrían ser momentos de relevancia para su desarrollo. La salud mental durante el embarazo es un aspecto que preocupa a los profesionales y a la familia, más cuando la prevalencia de depresión prenatal fluctúa entre 7 y 20% a nivel internacional, cifra que se mantiene a nivel nacional ocupando el segundo lugar de las enfermedades mentales y se resume como un grave problema de salud pública.²⁻⁶

En la actualidad no existe una conceptualización que defina depresión prenatal; sin embargo, en la guía de referencia rápida *Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto* se menciona como un factor de riesgo para el padecimiento de depresión postparto. De igual manera dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y problemas relacionados con la salud, la depresión prenatal se ubica en el apartado 099 "Otras enfermedades maternas clasificadas en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio".⁷

La depresión prenatal incrementa la morbilidad y la mortalidad tanto materna como del producto, es decir, se asocia a conductas poco saludables como la omisión de la atención prenatal o el incremento del uso de sustancias nocivas como alcohol, tabaco, fármacos y sustancias ilegales. De la misma manera, el trastorno depresivo en gestantes es un factor de riesgo para intentos de suicidio y suicidios consumados.^{3,4,8,9}

Actualmente, son múltiples los estudios que han identificado factores de riesgo para desencadenar depresión prenatal y aunque la calidad metodológica de estos es variable, se informaron algunas asociaciones. La mayoría de las investigaciones recalca que la falta de apoyo social y de la pareja se asoció fuertemente con la depresión prenatal;¹⁰ otros factores son los eventos estresantes de la vida, definidos como experiencias objetivas que exigen

un proceso de reajuste en las conductas para lograr una adecuada adaptación;¹⁰⁻¹³ igualmente, la violencia doméstica,⁶ contar con antecedentes familiares de depresión, nivel socioeconómico bajo y las complicaciones obstétricas fueron considerados factores desencadenantes.¹¹⁻¹³

Resulta evidente que el primer paso para el tratamiento de la depresión prenatal es identificarla como una entidad clínica de relevancia y comprender que el diagnóstico, la evaluación y el control psicológico de la mujer embarazada no deberían ser omitidos o aislados de la consulta de control prenatal.^{14,15,16} En consecuencia, el objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a depresión prenatal en pacientes que acudieron a una institución de salud de Mérida, Yucatán.

Metodología

Estudio cuantitativo, transversal y analítico, realizado en el periodo de agosto del 2014 a noviembre del 2015, aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Autónoma de Yucatán (FEUADY) y por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud con el número de registro R-2015-3202-49. Se realizó muestreo probabilístico para población infinita con un 95% de confianza. Para ello la proporción esperada fue 20 (parámetro de prevalencia de la media nacional). La muestra estuvo constituida por 283 mujeres embarazadas, de las cuales se excluyeron 25 por presentar episodios depresivos en años previos al diagnóstico, por lo que quedaron un total de 258 sujetos de estudio que acudieron a su control prenatal en el turno matutino y vespertino en una institución de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Mérida, Yucatán.

Una de las variables analizadas fue la *depresión prenatal*, que se midió con la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), la cual es de autorreporte y está integrada por 10 ítems de respuesta politómica que exploran síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor durante los últimos quince días. Para ello se utilizó la versión mexicana validada por Alvarado-Esquivel¹⁷ y el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) de México.⁸ El alfa de Cronbach fue de 0.845 y empleamos un punto de corte de 14 o más para probable depresión prenatal.

Otra variable que consideramos fueron los *factores de riesgo*, que se midieron con tres instrumentos. El primero de ellos fue el Cuestionario de factores asociados a depresión en el embarazo, de diseño propio, con base en la literatura y en el formato de registro de vigilancia pre-

natal: riesgo reproductivo y riesgo obstétrico del IMSS,¹⁸ integrado por 47 ítems divididos en seis secciones: 1) datos generales, 2) antecedentes familiares, 3) antecedentes personales, 4) abuso de sustancias, 5) relación de pareja y 6) embarazo actual. Las opciones de respuestas fueron dicotómicas, politómicas y abiertas, las cuales se obtuvieron a través de una entrevista al sujeto. Otro instrumento utilizado fue la Escala de valoración de sucesos vitales de Holmes y Rahe, que empleamos en el formato de adaptación española de González Rivera.^{19,20} Este cuestionario de autorreporte tiene 61 reactivos en forma de frases y con él se evaluaron los eventos estresantes y las dificultades persistentes de los sujetos en las áreas de familia, pareja, salud y economía. De los puntajes obtenidos se consideró un riesgo pequeño de presentar factores psicósomáticos (aquellos ≤ 150 en la suma de los códigos de cada reactivo), riesgo moderado (en el rango de 151 a 299) y riesgo importante (aquellos con un valor ≥ 300). Por último se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS-SSS), el cual permite investigar tanto aspectos cuantitativos (red social) como cualitativos (dimensiones del apoyo social).²¹ Consta de 20 ítems, el primero de tipo cuantitativo y los 19 restantes cualitativos. Estos últimos se miden con una escala tipo Likert de 1 a 5, donde 1 es igual a Nunca y 5 a Siempre. Sus dimensiones son:

- Falta de apoyo emocional/informacional, que indaga sobre la expresión de afecto (preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19) y se considera cuando la puntuación de sus reactivos correspondientes fueron menores de 24.
- Falta de apoyo instrumental, que indaga la provisión de ayuda material (preguntas 2, 5, 12 y 15) cuando el puntaje fue menor de 12.
- Ausencia de interacción, que investiga la disponibilidad social (preguntas 7, 11, 14, 18) cuando el puntaje sea menor de 12.
- Falta de apoyo afectivo, la cual indaga las expresiones de amor y afecto (preguntas 6, 10 y 20) cuando el puntaje sea de menos de 9.

De igual manera, de la sumatoria de los 20 reactivos se considera una falta de apoyo social total cuando los puntos obtenidos sean inferiores a 57. Cada uno de los instrumentos anteriormente descritos fueron piloteados en población similar a partir de obtener los siguientes datos de fiabilidad según el alfa de Cronbach: para el instrumento Factores asociados a depresión en el embarazo: 0.702; en la EPDS: 0.740; para la valoración de sucesos

vitales de Holmes y Rahe: 0.721, y para el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS-SSS): 0.907.

Para el reclutamiento de los sujetos se asistió a la institución de salud en el área de Consulta externa y se le solicitó al personal de asistencia médica el listado de mujeres embarazadas citadas a control prenatal. A partir de ello se identificó a la mujer para invitarla a participar en el estudio y se obtuvo su autorización con la firma de consentimiento informado. Después de la aprobación se le hizo la entrevista a la paciente y se le aplicaron los tres cuestionarios de autorreporte, con el apoyo de personal para su implementación en un tiempo aproximado de 30 minutos.

La información obtenida se analizó a través del paquete estadístico SPSS, versión 19 y el programa Epidat 3.0. Las variables cualitativas se analizaron con frecuencias y porcentajes y las cuantitativas a través de medidas de tendencia central y dispersión. Para el análisis de los factores asociados a depresión prenatal se empleó razón de momios (RM), con intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados

La media de edad de las 258 mujeres participantes fue de 27 ± 6 años. Los datos sociodemográficos de la población estudiada se evidencian en el cuadro I.

De las conductas dañinas consideradas, un 34.5% (89) fumaba antes de embarazarse; de ellas, el 2.2% (2) continuaban fumando durante el embarazo. Situación similar fue la observada con las bebidas alcohólicas, pues un 64.7% (167) de la población efectuó esta acción antes de embarazarse y de estas el 2.4% (4) seguía bebiendo durante el embarazo. Con respecto a la automedicación, el 5% (13) de la población consumía algún grupo de medicamentos sin receta médica, excluyendo el ácido fólico y vitaminas.

Entre los antecedentes patológicos personales se encontró que el 14.3% (37) padecía alguna enfermedad crónica degenerativa y la de mayor frecuencia fue la hipertensión arterial, con un 9.3% (24). Con relación a los antecedentes obstétricos se encontró que un 53.9% de las mujeres (139) era multigesta, de las cuales 17.8% (46) había tenido algún antecedente de dificultad en embarazo(s) previo(s) y la más frecuente fue la preeclampsia-eclampsia con un 5.8% (15). En los antecedentes familiares se encontró que el 15.8% de las madres de los sujetos de estudio (41) habían padecido depresión y que el 6.2% de los padres (16) también había cursado con este padecimiento; cabe mencionar que el 22% (13 de 57) de las participantes con antecedentes

Cuadro I. Características sociodemográficas en mujeres embarazadas de una institución de salud de Mérida, Yucatán

Variable	Indicador	n	%
Edad	Adulta (20-41 años)	227	88
	Adolescente (15-19 años)	31	12
Estado civil	Casada	175	67.8
	En unión libre	55	21.3
	Soltera	28	10.9
Nivel socioeconómico	Alto	77	29.8
	Medio alto	101	39.2
	Medio bajo	64	24.8
	Bajo	16	6.2
Escolaridad	Educación básica	21	8.1
	Educación media	162	62.8
	Educación técnica/profesional	75	29.1
Ocupación	Ama de casa	124	48.1
	Empleada	117	45.3
	Estudiante	17	6.6

Fuente: Cuestionario para evaluar factores asociados a depresión en el embarazo

familiares positivos para depresión posiblemente presentó este trastorno en la etapa prenatal.

Con respecto al apoyo social se evidenció que existe un déficit en un 7% de la población (18), el cual se clasifica en cuatro dimensiones: falta de apoyo instrumental en un 15.1% (39), falta de apoyo emocional 8.1% (21), ausencia de interacción social 6.2%(16) y falta de apoyo afectivo el 3.9% (10); sin embargo, cabe recalcar que la falta de apoyo emocional en la mujer embarazada resultó como factor de riesgo para padecer depresión prenatal (RM = 2.79, IC95% 1.053-7.394). En el cuadro II se presentan las dimensiones del apoyo con las frecuencias asociadas a depresión prenatal.

Cuadro II. Análisis de los factores de riesgo en relación con el apoyo social asociados a la depresión prenatal en mujeres de una institución de salud de Mérida, Yucatán

Variable	Categoría	Con depresión		Sin depresión		Razón de momios cruda	
		n	%	n	%	RM	IC95%
Apoyo emocional	Con apoyo	36	15.2	201	84.8	1.000	1.053-7.394*
	Sin apoyo	7	33.3	14	66.7	2.791	
Apoyo instrumental	Con apoyo	36	16.4	183	83.6	1.000	0.455-2.714
	Sin apoyo	7	17.9	32	82.1	1.111	
Interacción social	Con apoyo	39	16.1	203	83.9	1.000	0.531-5.659
	Sin apoyo	4	25	12	75	1.735	
Apoyo afectivo	Con apoyo	40	16.1	208	83.9	1.000	0.552-8.984
	Sin apoyo	3	30	7	70	2.228	

RM = razón de momios; IC95% = intervalo de confianza al 95%
Fuente: Cuestionario de apoyo social percibido (MOS-SSS)

Respecto a los sucesos vitales, se observó que un 43% de la población (111) estaba situada en riesgo importante de desarrollar alguna enfermedad psicosomática, como la depresión. En este caso las cinco situaciones estresantes más frecuentes fueron el embarazo deseado, con un 60.5% (156); el cambio en el ritmo del sueño, con 44.2% (114); el cambio en las costumbres alimenticias, con 34.5% (89); la incorporación de un miembro a la familia, 29.1% (75); y el cambio de costumbres personales, con 27.1% (70).

La prevalencia puntual de depresión fue del 16.66% (43), caso en el que la media de puntuación fue de 15.02 ± 1.97 con un mínimo de 14 y un máximo de 24 puntos. La prevalencia de depresión por trimestres fue superior en el segundo periodo (13-28 semanas de gestación) con un 42% (18), seguido del tercer trimestre (29-40 semanas de gestación) con un 35% (15) y el primer trimestre (1-12 semanas de gestación) con un 23% (10).

Al analizar el riesgo crudo para depresión durante el embarazo, se analizó que en la etapa de adolescencia existe 3.35 veces más riesgo (IC95% 1.468-7.649) de presentar depresión con respecto a la etapa adulta. Asimismo, tener dificultades con la pareja corresponde a 4.55 veces más riesgo (IC95% 2.254-9.191); de igual forma, se analizaron otras variables con datos significativos, las cuales se expresan en el cuadro III.

Respecto a los sucesos vitales, algunas de las situaciones que se asociaron significativamente con la depresión prenatal fueron la separación, las dificultades sexuales, el alejamiento del hogar, enfermedad o accidente y el cambio en la alimentación. Los datos de frecuencias y razón de momios se evidencian en el cuadro IV.

Asimismo, en el mismo cuadro IV se hace un análisis de los factores de riesgo en relación con eventos estre-

Cuadro III. Análisis de los factores de riesgo en relación con datos generales, antecedentes familiares y personales, abuso de sustancias, relación de pareja y embarazo actual asociados a la depresión prenatal en mujeres de una institución de salud de Mérida, Yucatán

Variable	Categoría	Con depresión		Sin depresión		Razón de momios	
		n	%	n	%	RM	IC95%
Edad	Adolescente	11	35.4	20	64.6	3.351	1.468-7.649*
	Adulta	32	14	195	86	1.000	
Antecedentes personales	Sin padecimientos crónicos	35	15.8	186	84.2	1.000	0.619-3.471
	Con padecimientos crónicos	8	21.6	29	78.4	1.466	
Antecedentes obstétricos	Sin antecedentes	31	14.6	181	85.4	1.000	0.963-4.408
	Con algún antecedente	12	26.1	34	73.9	2.060	
Consumo de tabaco	Sí	15	18.9	74	83.1	1.020	0.513-2.029
	No	28	16.6	141	83.4	1.000	
Consumo de alcohol	Sí	28	16.8	139	83.2	1.020	0.513-2.028
	No	15	16.5	76	83.5	1.000	
Automedicación	Sí	3	23.1	10	76.9	1.537	0.405-5.836
	No	40	16.3	205	83.7	1.000	
Dificultades con la pareja	Sí	20	37	34	63	4.552	2.254-9.191*
	No	23	11.4	178	88.6	1.000	
Embarazo planeado	Sí	22	14.7	128	85.3	1.000	0.728-2.709
	No	21	19.4	87	80.6	1.404	
Nivel socioeconómico	Alto	6	7.8	71	92.2	1.000	0.966-6.815 1.440- 10.799* 0.605-12.321
	Medio alto	18	17.8	83	82.2	2.566	
	Medio bajo	16	25	48	75	3.944	
	Bajo	3	18.7	13	81.3	2.730	
Ocupación	Ama de casa	22	17.7	102	82.3	1.361	0.675-2.742 0.817-8.465
	Empleada	16	13.7	101	86.3	1.000	
	Estudiante	5	29.4	12	70.6	2.630	
Estado civil	Casada	24	13.7	151	86.3	1.000	0.622-3.140 1.208-7.348*
	Soltera	10	18.2	45	81.8	1.398	
	En unión libre	9	32.1	19	67.9	2.980	
Escolaridad	Educación básica	3	14.3	18	85.7	1.222	0.299-4.989 0.780-3.857
	Educación media	31	19.1	131	80.9	1.735	
	Educación superior	9	12	66	88	1.000	
Antecedentes familiares madre	Sí	9	22	32	78	1.000	0.663-3.454
	No	34	15.7	183	84.3	1.513	
Antecedentes familiares padre	Sí	4	25	12	75	1.000	0.531-5.659
	No	39	16.1	203	83.9	1.735	

*Chi cuadrada con valor $p < 0.05$; RM = razón de momios (sin ajustar); IC95% = intervalos de confianza al 95%

Fuente: Cuestionario para evaluar factores asociados a depresión en el embarazo

santes y dificultades persistentes en las áreas de familia, pareja, salud y economía.

Discusión

La prevalencia puntual de depresión prenatal fue de 16.66%. Este resultado muestra congruencia con otros estudios reportados: a nivel internacional, dos de cada 10 embarazadas presentan depresión y según la OMS hay una prevalencia de 7 al 20%.² De igual forma estudios

realizados en Australia²² y Brasil²³ estiman una prevalencia de 29.7% y del 12 a 14%, respectivamente. A nivel nacional la prevalencia de depresión en mujeres embarazadas en el INPer,⁸ Quintana Roo,¹⁶ Oaxaca²⁴ y Jalisco²⁵ fueron de 17, 6.4, 14 y 23.3%, respectivamente. Llama la atención que a nivel estatal un estudio realizado en 2012 por Chan-Vázquez encontró una prevalencia de 23.4%,²⁶ la cual difiere por casi 7 puntos porcentuales según lo hallado; posiblemente, esto se deba al punto de corte utilizado en el instrumento EPDS. En cuanto a la prevalencia

Cuadro IV. Análisis de los factores de riesgo en relación con eventos estresantes y dificultades persistentes en las áreas de familia, pareja, salud y economía asociados a la depresión prenatal en mujeres de una institución de salud de Mérida, Yucatán

Variable	Categoría	Con depresión		Sin depresión		Razón de momios*	
		n	%	n	%	RM	IC95%
Separación	Sí	14	56	11	44	8.952	3.712-21.590
	No	29	12.4	204	87.6	1.000	
Ruptura del noviazgo o similar	Sí	8	47.1	9	52.9	5.231	1.891-14.473
	No	35	14.5	206	85.5	1.000	
Dificultades sexuales	Sí	10	50	10	50	6.212	2.401-16.070
	No	33	13.9	205	86.1	1.000	
Ruptura familiar	Sí	6	46.2	7	53.8	4.818	1.533-15.143
	No	37	15.1	208	84.9	1.000	
Miembro deja de vivir en la casa	Sí	8	36.4	14	63.6	3.281	1.282-8.400
	No	35	14.8	201	85.2	1.000	
Periodo de alejamiento del hogar	Sí	6	40	9	60	3.711	1.247-11.046
	No	37	15.2	206	84.8	1.000	
Enfermedad o accidente	Sí	4	50	4	50	5.410	1.298-22.548
	No	39	15.6	211	84.4	1.000	
Muerte de un amigo	Sí	5	45.5	6	54.5	4.5833	1.331-15.776
	No	38	15.4	209	84.6	1.000	
Cambio en las costumbres alimentarias	Sí	21	23.6	68	76.4	2.0635	1.062-4.006
	No	22	13	147	87	1.000	

*La razón de momios no se ajustó

RM = razón de momios (sin ajustar); IC95% = intervalos de confianza

Fuente: Escala de sucesos vitales de Holmes y Rahe

de depresión prenatal por trimestres se encontró que un 23% padecía este trastorno en el primer trimestre, 42% en el segundo y 35% en el tercero. Estos datos coinciden con un metaanálisis efectuado por Bennett *et al.*;²⁷ sin embargo, en otro estudio realizado por Sumano *et al.*,²⁴ la tendencia fue decreciente con el 38.1% en el primero, 33.3% en el segundo y el 28.6% en el tercer trimestre; con ello, es evidente que se requiere más investigación para confirmar si en algún trimestre en específico existe una mayor probabilidad de este evento esperado.

Con respecto a los factores de riesgo asociados a depresión prenatal, se encontró que la edad adolescente es un factor importante con 3.35 veces más riesgo. Un dato similar fue el encontrado en población mexicana por Ceballos *et al.*, que observaron que las embarazadas adolescentes se deprimen tres veces más que las embarazadas adultas.¹⁶ Con estos datos se estima que las adolescentes son uno de los grupos etarios que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en esta etapa se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, lo cual, si se relaciona con el embarazo, ocasiona una demanda mayor en el desarrollo de estrategias de afrontamiento.^{7,15}

En relación con el nivel socioeconómico, Chan-Vázquez menciona que cuanto mayor sea el nivel de escolaridad de la mujer, menor será el porcentaje que muestre depresión ($p = 0.018$);²⁶ de igual manera, Garay *et al.* concluyen en su estudio realizado en México que el trabajo no remunerado tenía una asociación con el trastorno depresivo ($p = 0.043$);²⁸ sin embargo, en esta investigación no se encontraron diferencias significativas, lo cual puede deberse a la existencia de la escolaridad media en un 63% de la población.

En cuanto a la variable *estado civil*, las participantes que vivían en unión libre resultaron tener 2.980 mayor riesgo de presentar depresión que las que se encontraban casadas o solteras, dato que difiere de lo expresado por Quezada *et al.*, quienes señalan que las mujeres solteras tienen un mayor riesgo de presentar depresión ($p = 0.006$).¹³ Pese a esto, Amador y Bernalla²⁹ indican en su estudio las diferencias existentes entre los estados civiles y concluyen que los hogares en unión libre exhiben comportamientos menos estables, con menor planeación del futuro y conflictos sobre la tenencia de bienes materiales, eventos que conducirían a la presencia de trastornos depresivos, dada la carga emocional implicada en ellos. Con esto cabe

mencionar que la variable *dificultades con la pareja* resultó significativa (RM = 4.55), tal y como lo señalan Pereira *et al.* en su estudio.²³

La variable *realización de conductas dañinas* presentó datos alarmantes, pues el 2.4% de la población consumía alcohol durante su embarazo, el 2.2% tabaco y el 5% se automedicaba; estos datos fueron similares a los encontrados por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos;³⁰ sin embargo, al momento de relacionar las conductas dañinas con la depresión no se obtuvieron resultados significativos. Cabe resaltar que no hay estudios en los que se analice esta asociación, pero resulta importante su búsqueda intencionada, dado que su práctica pone en riesgo la vida del feto y la de la embarazada.

Los *antecedentes familiares positivos a depresión* presentaron casi dos veces más riesgo para padecer este trastorno; sin embargo, esta variable no fue estadísticamente significativa. Pese a este resultado en un estudio realizado en población mexicana se obtuvo un valor $p = 0.016$ con respecto a esta variable,⁹ por lo cual se precisaría de más investigaciones para evidenciar esta asociación.

La *dimensión falta de apoyo emocional* (instrumento MOS-SSS) resultó con 2.79 mayor riesgo para desencadenar depresión, lo cual coincidió con un estudio realizado en México en el 2006, en el que se obtuvo un valor de $p = 0.004$.⁹ De acuerdo con otra investigación realizada en Colombia por Canaval *et al.* esta variable también fue significativa con un valor de $p = 0.007$.¹² Con esto interpretamos que las necesidades, la satisfacción con el apoyo, el tamaño y el conflicto con la red social podrían ser predictores de sintomatología depresiva, lo que amerita realizar más investigación.

El 43% de la población fue clasificado con un riesgo importante ante un padecimiento psicósomático, mediante el señalamiento de varios sucesos vitales (instrumento de Holmes y Rahe). Las situaciones vitales en relación con el entorno familiar que resultaron con diferencia significativa fueron: la separación (RM = 8.952), la ruptura de noviazgo (RM = 5.231), ruptura de la familia (RM = 6.212), un miembro deja de vivir en la casa (RM = 3.281), la muerte de un amigo (RM = 4.583) y el alejamiento del hogar (RM = 3.711). Existen ciertas similitudes con el estudio realizado por Cosme *et al.* en el que resultan significativas dos situaciones vitales: los problemas con parientes (con una p de 0.007) y la separación de la pareja ($p = < 0.001$).¹¹ Cabe resaltar que se precisa mayor investigación sobre la relación entre familia y depresión; sin embargo, se evidencia que las

tensiones existentes en el entorno familiar pueden repercutir en la salud de sus miembros y sobre todo en las personas vulnerables, como la mujer embarazada.

Otros sucesos vitales significativos fueron la dificultad sexual y los cambios en las conductas alimenticias. En el primer suceso la mujer embarazada que experimentó dificultad sexual presentó 6.21 veces mayor riesgo de desencadenar depresión. La relación entre el comportamiento sexual y el embarazo ha sido objeto de investigación; por ello, se destaca lo observado por Pereira *et al.*, quienes encontraron que aquellas mujeres con una disminución en la relación íntima con su pareja se asocian con probable depresión ($p = < 0.001$);²³ de manera congruente con estos planteamientos, se puede evidenciar que una de las complicaciones de una disfunción sexual persistente puede llegar a producir depresión en las mujeres embarazadas. El segundo suceso, cambios en la conducta alimenticia (RM = 2.063) resultó ser un factor de riesgo y algunos estudios reportados coinciden en que la relación entre los trastornos de conducta alimentaria y la depresión está comprobada; sin embargo, aún existe una controversia centrada en una cuestión predictiva, es decir, mientras algunos autores afirman que la depresión genera los trastornos alimenticios, otros sostienen la hipótesis inversa. Es por ello que se precisa de investigaciones que fundamenten tales hipótesis, sobre todo conociendo que estas conductas pueden repercutir en la salud de la madre y del producto.¹⁴

Concluimos que la prevalencia de depresión prenatal en mujeres de una institución de salud de Mérida, Yucatán, a pesar de encontrarse entre los parámetros nacionales (7-20%), corresponde a una cifra importante en comparación con las señaladas en otros países.^{2,22,23} Diversos factores sociodemográficos, psicológicos y sociales contribuyeron para el desarrollo de un probable trastorno depresivo y otros factores a pesar de no reflejar datos significativos resultaron ser alarmantes por las frecuencias demostradas; tal es el caso de conductas dañinas para la salud, como el consumo de alcohol, de tabaco y la automedicación.

Agradecimientos

Agradecemos a la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán, por brindar las facilidades en recursos materiales; al Instituto Mexicano del Seguro Social, por proporcionar a los sujetos de estudio de una unidad médica y a las mujeres embarazadas que participaron en esta investigación.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión. Disponible en <http://www.who.int/topics/depression/es/> [Consultado en febrero de 2016].
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nota descriptiva 369. OMS; febrero de 2017. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/> [Consultado en febrero de 2016].
3. Lartigue T, Maldonado-Durán M, González-Pacheco I, Saucedo-García J. Depresión en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum*. 2008; 22(2):111-31. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip082d.pdf>
4. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes: Summary. *AHRQ Evidence Report Summaries*. 1998-2005; Feb (119). Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11838/>
5. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev Chil Neuro-psiquiatr*. 2010;48(4):269-78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500003>
6. Castillo-Manzano R, Arankowsky-Sandoval G. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: Estudio de casos y controles. *Rev Biomed*. 2008;19:128-36. Disponible en <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb081932.pdf>
7. Secretaría de Salud (SS). Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primero y segundo niveles de atención. México: SS; 2014. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf [Consultado en enero de 2016].
8. Instituto Nacional de las Mujeres México. Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres Mexicanos. Disponible en http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100779.pdf [Consultado en enero de 2016].
9. 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*. 2008;29(4):55-62.
10. Barnett B, Joffe A, Duggan AK, Wilson MD, Repke JT. Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 1996;150(1):64-9. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8542009>
11. Cosme A, Sifuentes A, Estrada S, Salas C, Berthina A, Ortiz S, et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac Méd Méx*. 2010;146(1). Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2010/gm101a.pdf>
12. Canaval G, González C, Martínez L, Tovar M, Valencia C. Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Méd*. 2000;31:4-10. Disponible en <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/144/146>
13. Quezada L, González M. Relación entre depresión, estrés y estresores en adolescentes gestantes bajo distintas condiciones de estado civil. *SUMMA psicológica UST*. 2011;8(2):31-8.
14. Behar AR, González J, Ariza M, Aguirre A. Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres embarazadas controladas en atención primaria. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2008;73(3):155-62. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262008000300004>
15. Ministerio de salud. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento. Santiago, Chile: MINSAL; 2014.
16. Ceballos-Martínez I, Sandoval-Jurado L, Jaimes-Mundo E, Medina-Peralta G, Madera-Gamboa J. Depresión durante el embarazo. *Epidemiología en mujeres mexicanas*. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2010;48(1):71-4.
17. Alvaro E. Validación de la depresión postparto de Edimburgo escala en una población de puérperas en México. *Clinical Practice and Epidemiology in mental Health*, 2006. Disponible en http://viaclinica.com/article.php?pmc_id=1693550
18. Hernández B, Trejo J, Ducoing D, Vazquez L, Tomé P. Guía clínica para la atención prenatal. *Rev Med IMSS*. 2003; 41(Supl): S59-S69.
19. Balán G. Depresión: factores psicosociodemográficos en una muestra del Hospital Psiquiátrico de Yucatán. (Tesis). Universidad Autónoma de Yucatán; 2007.
20. González JL, Armando F. La valoración de sucesos: adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*. 1983;4(1):7-11.
21. Revilla-Ahumada L, Luna-del Castillo J, Bailón-Muñoz E, Medina-Moruno I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de la Familia*. 2005;6. Disponible en <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n1/03.pdf>
22. Edwards B, Galletly C, Semmler T, Dekker G. Antenatal psychosocial risk factors and depression among women living in socioeconomically disadvantaged suburbs in Adelaide, South Australia. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*. 2008;42(1):45-50.
23. Pereira-Krauss P, Lovisi-Marcos G, Pilowsky LD, Lima-Abelha L, Legay-Fortes L. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(12):2725-36. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200019>
24. Sumano-López M, Vargas-Mendoza J. Frecuencia de depresión en mujeres embarazadas. *E-Magazine Conductitlán*. 2014;1(1):33-47.
25. Delgado-Quiñones E, López-Trejo L, Mariscal-Rivera C, Hernández-Rivera L, Orozco-Sandoval R. Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica MD*. 2015;6(4):237-41. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2015/md154d.pdf>
26. M. Chan Vázquez. Factores asociados a depresión en el embarazo en pacientes del hospital materno Infantil en Mérida Yucatán (Tesis). Universidad Autónoma de Yucatán; 2012.
27. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*. 2004;103:698-709.
28. Garay-López. Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado (amas de casa) (Tesis). Universidad Iberoamericana de México; 2005.
29. Amador D, Bernal R. ¿Unión libre o matrimonio?. Efectos en el bienestar de los hijos. *El trimestre económico*. 2012; LXXXIX (3): 529-73.
30. A. Pascale. Consumo de drogas durante el embarazo. Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Disponible en <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>

Cómo citar este artículo:

Rodríguez-Baeza AK, May-Novelo LJ, Carrillo-Basulto MB, Rosado-Alcocer LM. Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2017;25(3):181-8.