

Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia)

Depression and risk factors in pregnant women of 18 and 45 years old who attended in the Hospital Niño Jesús in Barranquilla (Colombia)

Mariela Borda Pérez¹, Claudia Forero², Nassin Ahcar Cabarcas³, Camila Hinestrosa³, Silvana Polo Lobo³, Mairén Staaden Garavito³, Margarita Valencia Mejía³

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de factores de riesgo para depresión en embarazadas atendidas en el Hospital Niño Jesús, en Barranquilla, en el primer semestre de 2012.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal, en muestra de 151 embarazadas en control prenatal. Se estudiaron variables sociodemográficas, ginecobstétricas y antecedentes psicológicos y psiquiátricos. Se midió depresión con el Edinburgh Postnatal Depression Scale, se clasificó con un punto de corte mayor o igual a 13. Se tabuló mediante los software Excel y Epi-info 2000, V 3.5.3; se presentan resultados en tablas y gráficos y se analizan con porcentajes, media y desviación estándar, Odd Ratio e IC 95%, chi-cuadrado y p.

Resultados: La depresión fue de 19.2 %. Edad media de 24,78 años (+/- 5,35); 57,6 % era de estrato económico bajo; 72,6 % amas de casa; 88,7 % convivía con su pareja; edad gestacional media de 28 (+/-4) y 25 % de mujeres con depresión tenía antecedente de esta. Los factores de riesgo, con tendencia a la asociación, fueron: historia de aborto anterior OR 3,39 (IC95 % 1,41-8,15), algún grado de disfunción familiar OR 2,78 (IC95 % 1,08-7,1) y actividad fuera del hogar 2,92 (IC95%1,03 - 8,23).

Conclusiones: La depresión en el embarazo se presentó cuando existió antecedente de aborto, algún grado de disfunción familiar y actividad fuera del hogar.

Palabras clave: embarazo, depresión, epds, factores de riesgo.

Fecha de recepción: 10 de julio de 2013
Fecha de aceptación: 8 de octubre de 2013

¹ Nutricionista Dietista. Magíster en Salud Pública. Docente de la Universidad del Norte (Colombia).

² Médico. Especialista en Gineco-obstetricia. Hospital Niño Jesús.

³ Estudiantes de 9° semestre, Facultad de Medicina, Universidad del Norte (Colombia).

Correspondencia: Mariela Borda Pérez. Universidad del Norte, km 5, vía a Puerto Colombia. Barranquilla (Colombia). mborda@uninorte.edu.co

Abstract

Objective: To determine prevalence of risk factors for depression in pregnant women of the Hospital Niño Jesús, in Barranquilla, in the first semester of 2012.

Materials and Methods: Cross-sectional study in a sample of 151 pregnant women in prenatal care. We study variables: socio demographic, gynecological and obstetric, psychological and psychiatric history. Depression was measured with the Edinburgh Postnatal Depression Scale, is classified with a cutoff greater than or equal to 13. Tabulated by the software: Excel and Epi-info 2000, V 3.5.3, results are presented in tables and graphs and analyzed with: percentages, mean and standard deviation, Odd Ratio and 95%, Chi-square and p.

Results: depression was 19.2 %. Average age: 24.78 years (± 5.35), 57.6 % were of lower class, housewives 72.6 % and 88.7% lived with their partners, mean gestational age of: 28 (± 4) and 25% of women with depression had a history of this. Risk factors, tending to the association were: history of previous abortion OR 3.39 (95 % CI 1.41 to 8.15), some degree of family dysfunction OR 2.78 (95 % CI 1.08 to 7, 1) activity outside the home and 2.92 (95 % CI 1.03 to 8.23).

Conclusions: Depression in pregnancy was appeared when exist a background of abortion, some degree of family dysfunction and activity outside the home.

Keywords: pregnancy, depression, EPDS, risk factors.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un período en la vida de la mujer que requiere especial atención. Que involucra cambios físicos, hormonales, psicológicos y sociales que pueden tener un efecto directo en la condición general de la mujer. En la década de los 80 se conceptuaba que el embarazo se asociaba particularmente con un estado de bienestar emocional y ausencia de patología mental. Fue la psiquiatra Gisela B. Oppenheim quien por primera vez cuestionó esta premisa, lo cual marcó el inicio de una serie de investigaciones en las patologías mentales de las embarazadas y las repercusiones que tienen sobre la madre y sus hijos (1).

La depresión es un trastorno mental común, que durante el embarazo se manifiesta con las características clínicas que muestra en otras etapas de la vida; se valora por medio de los criterios del Episodio Depresivo Mayor

definidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV). Los síntomas suelen presentarse como estado de ánimo bajo, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, baja energía y falta de concentración (2).

Durante el embarazo, la depresión es la afección psiquiátrica más frecuente, y entre sus repercusiones en el feto se ha documentado el bajo peso al nacer (3). Además es la causa más frecuente de incapacidad laboral en las mujeres, especialmente entre 18 y 44 años (4). Durante el embarazo y el periodo de posparto, los cambios fisiológicos que ocurren en la mujer, como la interacción de componentes hormonales y factores externos, afectan la salud mental de la madre, dejándola más susceptible a padecer esta patología.

La valoración de la depresión en embarazadas puede realizarse mediante una serie

de métodos de “screening”, entre los cuales están: “Beck Depression Inventory” (BDI) (5), el “Primary Care Evaluation of Mental Disorders-Pathient Health Questionnaire” (6,7) y el “Edinburgh Postnatal Depression Scale” (EPDS) (8).

A nivel mundial, el episodio depresivo mayor afecta del 7 al 24% de las mujeres (9). Las prevalencias pueden variar de un contexto a otro. Se encontró que en 1998 Bolton y colaboradores reportaron en Londres un 30,7 % (10); Da Silva, en Brasil, en el mismo año un 39 % (11); Bowen, en Canadá, en 2006 indicó un 20,7 % (12); en el mismo año (2006), un estudio mexicano efectuado en los diferentes institutos mostró con el test CES-D una prevalencia de 30,7 % (13); Figueiredo y colaboradores, en Portugal, en 2007 mostraron una prevalencia de 11,1 % (14); en Perú, en 2009, utilizando el “Edinburgh Postnatal Depression Scale”, se determinó una prevalencia del 40,1 % (15). En Colombia no se encontraron estudios que evaluaran depresión en mujeres embarazadas en general; en Cartagena se realizó un trabajo de depresión durante el embarazo en adolescentes con valores de 32 % (16).

La depresión en general y durante el embarazo pueden ser ocasionadas por múltiples factores, entre ellos: el bajo ingreso económico, el desempleo, el antecedente genético, experiencias de la infancia de abuso sexual, rasgos de personalidad: baja autoestima y personalidad neurótica, antecedente de trastornos de ansiedad o alguna patología de tipo psiquiátrico; deficiente apoyo social, abortos previos, altos niveles de estrés antes o durante el embarazo, mal estado de salud de la madre y conflictos con la pareja (17, 18).

La depresión prenatal sin tratamiento es considerada un factor de riesgo determinante para el desarrollo de la depresión posparto en un 50 a 65 % (19). En el Reino Unido, un estudio mostró una relación entre la depresión prenatal y el postparto, e indica que el 22,6 % de las mujeres con depresión posparto la habían padecido en la gestación (20). En Suiza, en una cohorte de mujeres embarazadas, un 17% padeció síntomas depresivos en el tercer trimestre, y más tarde, durante el puerperio, el 45 % de estas mujeres fueron diagnosticadas con depresión posparto (21).

La psicoterapia, la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia individual están recomendadas como tratamiento de la depresión leve o moderada durante el embarazo, mientras que la farmacoterapia como tratamiento de las formas graves a severas. Se discute la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de mujeres embarazadas por razones éticas, ya que la mayoría de antidepresivos cruzan la placenta; se ha documentado que los más seguros son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) (22).

El objetivo general de este estudio fue determinar la prevalencia de factores de riesgo para depresión en embarazadas del Hospital Niño Jesús, en Barranquilla, en el primer semestre de 2012. Los objetivos específicos fueron: presentar la población de embarazadas en estudio según: características sociodemográficas: edad, escolaridad, estado civil, ocupación, lugar de residencia, estrato socioeconómico y acceso y tipo de seguridad social; antecedentes psicológicos: apoyo social y funcionalidad familiar; antecedentes psiquiátricos: depresión previa, patología psiquiátrica familiar; antecedentes ginecobstétricos: edad gestacional, hijos previos con bajo peso al nacimiento, antecedente de mor-

tinato, embarazo planeado, primigestante. Además mostrar la prevalencia de depresión en las mujeres embarazadas y establecer posible asociación entre la depresión en mujeres embarazadas, según las variables en estudio.

Se espera que los resultados de este estudio se constituyan en una línea de base sobre el tema, que contribuya a la implementación de un programa de vigilancia epidemiológica de la depresión prenatal dentro del programa de control prenatal, a fin de que se realice la detección precoz de la citada depresión y la intervención oportuna de la misma, con el propósito de controlar los desenlaces negativos de la patología sobre el binomio madre/niño.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal. La población diana estuvo constituida por las mujeres embarazadas que asistieron al servicio de control prenatal de los hospitales del segundo nivel en Barranquilla; la población accesible estuvo constituida por las mujeres embarazadas que fueron al servicio en mención en el Hospital Niño Jesús en la ciudad. La población elegible se estableció con los criterios de inclusión que fueron: ser embarazada en cualquier trimestre, estar inscrita y participando del servicio de control prenatal del citado hospital en el primer semestre de 2012, tener entre 18 y 45 años; se excluyó a las mujeres que se negaron a firmar el consentimiento informado o tenían problemas de comunicación.

La muestra se estimó en 151 embarazadas, utilizando el programa Statcalc del *software* Epi-Info, con una población elegible de 1350, una prevalencia para depresión en el embarazo de 12.7% (23), un nivel de confianza del 95

% y un error de muestreo del 5%. Se empleó como técnica de muestreo el consecutivo, y se eligió a las embarazadas que asistieron a la consulta de control prenatal durante abril a mayo de 2012.

Información técnica

Las macrovariables y variables en estudio fueron: Independientes: características socio-demográficas: edad, ocupación, escolaridad, estrato socioeconómico, residencia, estado civil, seguridad social y tipo de seguridad social; características ginecobstétricas: edad gestacional, primigestante, embarazo planeado, hijo previo con bajo peso al nacer, antecedente de mortinato, abortos previos; antecedentes psiquiátricos: historia de depresión previa, historia familiar de patologías psiquiátricas; funcionalidad familiar y apoyo social funcional. Como variable dependiente, la probabilidad de depresión en el embarazo.

Previo a la recolección de datos se solicitó la autorización a las autoridades del Hospital Niño Jesús para efectuar el estudio. Los datos se tomaron de una fuente primaria, constituida por las embarazadas; las técnicas de recolección fueron: la entrevista y el autodiligenciamiento. Se emplearon como instrumentos de recolección: el Cuestionario de Factores de Riesgo, construido según la revisión documental, el Apgar Familiar, el cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11 y el "Edinburgh Postnatal Depression Scale" (EPDS).

El test de Apgar Familiar se empleó para establecer la funcionalidad familiar; fue validado al español por Bellon y cols. (24), consta de 5 preguntas, que evalúan la funcionalidad del individuo en la familia, valora de manera cualitativa las características familiares

de adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución. El puntaje de este test fluctúa entre 0 y 10; la funcionalidad familiar es considerada normal al obtener resultados mayores o iguales a 7 puntos.

El Cuestionario de Apoyo Social Funcional: Duke-UNC-11, mide el apoyo social; se empleó la versión española de De la Revilla, Baylón y De Dios (25). Esta escala valora tres dimensiones: afectiva, instrumental y confidencial; es autoadministrado, conformado por 11 ítems, en escala tipo Likert, con 5 opciones de respuesta que tienen una puntuación de 1 a 5. Evalúa la percepción del entrevistado respecto a la disponibilidad de personas capaces de ofrecerle ayuda ante las dificultades, las facilidades para la relación social y para comunicarse de forma empática y emotiva. La puntuación es un reflejo del apoyo percibido: a menor puntuación, menor apoyo. En la validación española, el rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos, y se define como apoyo funcional normal el mayor de 32, y como bajo, el menor de 32 puntos.

La medición del efecto se realizó empleando la "Edinburgh Postnatal Depression Scale" (EPDS), desarrollada por Cox y col. en 1987(26) y validada en población gestante por Murray y Cox en 1990 (27); en este estudio se empleó la versión en español validada en Cartagena en 2007 por Campo y colaboradores (16). Esta prueba de tamizaje consta de 10 preguntas, enfocadas a explorar en las embarazadas los síntomas comunes a un episodio o trastorno depresivo mayor de tipo cognitivo-psicológico en los quince días anteriores a su aplicación. El cuestionario fue diseñado mediante una escala tipo Likert, que presenta cuatro opciones de respuesta a cada juicio, y se califican en un rango de 0 a 3 puntos, de la siguiente manera: muy

frecuente: 3; a veces: 2; rara vez: 1, y nunca: 0; su puntaje total varía de 0 a 30 puntos. Este cuestionario puede ser aplicado por autodiligenciamiento (28). Se tomó como punto de corte para caso probable de depresión mayor un puntaje mayor o igual ($\geq$) a 13 puntos (16). Las mujeres que obtuvieron puntajes en el EPDS $\geq$ 13, y por tanto fueron detectadas como positivas para el probable estadio depresivo, fueron remitidas al servicio de psicología del hospital, a fin de brindarles la atención requerida.

A los instrumentos empleados se les realizó la prueba piloto en embarazadas que no hicieron parte de la muestra; el equipo de investigadores que efectuó la recolección de datos se estandarizó para controlar posibles sesgos de información. Dado que tres de los cuestionarios fueron autodiligenciados, a las embarazadas se les brindó la información necesaria para que pudiesen proporcionar datos fidedignos.

El estudio se clasificó como de "riesgo ético mínimo" de acuerdo con el artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud (29); no es invasivo, garantizó la confidencialidad de la información y respetó la autonomía de los participantes con la firma de un consentimiento informado, luego de recibir la información sobre las características del proyecto y del carácter no diagnóstico del test EPDS; asimismo, fue aprobado por los comités de ética médica del hospital y de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad.

La tabulación de los datos se realizó mecánicamente, creando una base de datos en Excel, que se importó al programa SPSS v 17.0 Previo a la construcción de la base de datos se revisaron los cuestionarios con el-

propósito de controlar los errores “Missing”. De igual forma, los datos ingresados fueron verificados por una persona diferente a la que los introdujo.

La presentación de la información se hizo mediante SPSS, de acuerdo con los objetivos específicos del estudio; para el componente descriptivo se emplearon: tablas univariadas y sus gráficos para caracterizar a la población de acuerdo con las variables estudiadas; tablas bivariadas para relacionar la detección de la depresión y los factores de riesgo. Para el aspecto transversal de efecto se utilizaron tablas de 2 x 2.

En el análisis descriptivo de la información se emplearon medidas de frecuencia absoluta y relativa, como el porcentaje para las variables cualitativas y las medidas de tendencia central y de dispersión: media y desviación estándar para las variables cuantitativas.

Para el componente de efecto se realizó el análisis para casos y controles, empleado para medir la tendencia a la fuerza de asociación: Odd Ratio y su intervalo de confianza al 95 %, la prueba de significancia estadística; chi-cuadrado y su probabilidad, aceptándose la asociación significativa cuando sea $p < 0.05$ al relacionar las diferentes factores de riesgo con el puntaje obtenido en el EPDS.

RESULTADOS

La edad promedio de las mujeres embarazadas fue de 24,79 (S: $\pm 5,384$) años, y se encontró la mayor frecuencia en el grupo de 18 a 24 años (53 %). Predominó la convivencia con pareja (unión libre y casadas) en un 88.7 %; el 88.1 % pertenece a estrato económico bajo (estratos 1 y 2) y el 88.7 % es ama de casa. Según nivel de escolaridad, el 72,8 % de las embarazadas

había cursado básica secundaria o tenía un nivel más elevado de educación (educación técnica completa, educación técnica incompleta, educación superior completa, educación superior incompleta); las mujeres provenían en su mayoría de Barranquilla: 31,8 %, y de su Área Metropolitana en un 37 % (tabla 1).

De acuerdo con las variables ginecobstétricas, la población de embarazadas tuvo como media de edad gestacional 28,74 (S: $\pm 8,21$) semanas, y la mayor parte de ellas se encontraba en el tercer trimestre de embarazo (60,9 %). Entre los antecedentes ginecobstétricos importantes se encontró que el 67,5 % no era primigestante; el 53 % no planeó el embarazo; el 78.1 % no tuvo aborto anterior; el 95.4 % no tenía antecedente de mortinato y el 90.1 % no tuvo un hijo previo con bajo peso al nacer.

Los antecedentes psiquiátricos personales y familiares mostraron que el 2,6 % de las pacientes reportó historia de depresión anterior y el 2 % de las embarazadas tenía historia familiar de depresión. En relación con la funcionalidad familiar y el apoyo social, el 82,2 % de las mujeres estudiadas, según el Apgar Familiar, pertenece a una familia normofuncional y el 89,4 % refirió apoyo social, percibido alto de acuerdo con el cuestionario DUKE-UNC-11.

La categorización de depresión de acuerdo con la escala EPDS, tomando como punto de corte un puntaje $\geq$ a 13 puntos, mostró que el 19, 2 % de las embarazadas podía cursar con un Episodio Depresivo Mayor (tabla 2).

Al caracterizar sociodemográficamente la población de mujeres con depresión, se encontró que el 27,6 % tenía entre 25 y 30

años; el 86,2 % vivía con su pareja; el 75,9 % era ama de casa; el 69 % tenía como mínimo título de bachiller.

En cuanto a las características ginecoobstétricas, el 72,4 % tenía 28 semanas o más de gestación; el 82,8 % era multípara y el 41,4 % sufrió un aborto anterior.

Respecto a la funcionalidad familiar al apoyo social, el 69 % consideró la funcionalidad de su familia como normal, y en cuanto al apoyo social, 79,3 % lo percibió alto.

El análisis de efecto determinó que el desarrollo de la depresión tuvo como probables factores de riesgo a las variables “ocupación fuera de casa” (estudiante/empleada), “antecedente de aborto” y “disfuncionalidad familiar”: leve o grave).

Las mujeres que realizan actividad fuera del hogar tienen aproximadamente tres veces más riesgo de presentar depresión en el embarazo; esta fuerza de asociación es significativa, dado que el límite inferior del intervalo de confianza al 95 % pasa por la unidad (OR: 2,92, IC 95 %: 1,0325 - 8,2395). La probabilidad del chi-cuadrado mostró significancia estadística, ya que el valor de esta fue menor del 0.05 ($p=0.037$). La historia de aborto anterior mostró que quienes presentaron este evento tenían un riesgo casi cuatro veces mayor que las que no lo presentaron, siendo significativo el intervalo de confianza (OR: 3,3950 IC 95%: 1,4141 - 8,1508); la probabilidad del Chi-cuadrado fue de 0.005. La presencia de algún grado de disfuncionalidad familiar (leve o grave) aumentó aproximadamente 3 veces el riesgo de padecer depresión en embarazadas, siendo significativo el intervalo de confianza al 95 % (OR: 2,78; IC 95: 1,087 - 7,1072); asimismo,

la probabilidad del chi-cuadrado fue significativo ($p=0.029$).

Presentaron fuerza en la asociación, pero esta no fue significativa, ni se presentó asociación estadística, las variables ser soltera (OR: 1,35), edad entre 25 y 30 años (OR: 1,1), nivel de educación inferior al título de bachiller (OR: 1,27), embarazo no planeado (OR: 1,12), historia de depresión anterior (OR: 1,42), historia de depresión familiar (OR: 2,14) y apoyo social percibido bajo (OR: 2,9217) (tabla 3).

DISCUSIÓN

En este estudio se obtuvo una prevalencia de depresión del 19,2%; porcentaje coincidente con los valores de referencia mundial, que indican que oscila entre un 7 y 24 % (9), y con lo reportado por Bowen en Canadá (2006), quien indica una prevalencia de 20,7 % (12). Sin embargo, es menor que las prevalencias obtenidas por Bolton y colaboradores en Londres: 30,7 % (10); Da Silva en Brasil: 39 % (11); Figueiredo y colaboradores en Portugal en 2007: 11,1 % (14); en Perú en 2009: 40,1 % (15), y con otro estudio realizado en ese mismo país por Lam y colaboradores, quienes obtuvieron una prevalencia probable de depresión mayor de 34,1 % (30), un estudio efectuado en México en 2006 en el que se evaluó a embarazadas en cualquier trimestre de embarazo, que tuvo una prevalencia de 30,7 %, y un estudio de similar características realizado en el país en Cartagena, en el que se encontró una prevalencia de 32 % (19).

La media de edad de las embarazadas de este estudio fue de 24,79 (S: $\pm 5,384$) años, valor cercano al hallado por el estudio de Melville y colaboradores (media de: 27,2, S: $\pm 6,1$ años) (17). No se encontró en este estudio tendencia a la asociación entre la edad y la depresión,

como reportó Krauss es decir que la edad no tuvo relación estadísticamente significativa para el desarrollo de depresión ($p=0.89$) (31), y como expresa el metaanálisis de Lancaster y Gold (32), que señala a la edad como un factor inconsistente en los estudios; Figueiredo (14) encontró una diferencia estadísticamente significativa al comparar un grupo de adolescentes (<18 años) y adultos ($p=0.02$), y Lara y Navarro, de México (13), encontraron una tendencia a la depresión en menores de edad no significativa. En este estudio la prevalencia de la depresión fue mayor en el grupo con edades ≥ 37 años (69 %), y no fue significativa.

La no convivencia con una pareja mostró tendencia al riesgo, sin significancia estadística (OR: 1,34; IC 95 %: 0,40 - 4,46). Figueiredo (14), en Portugal (2007), reportó que vivir en pareja es un factor protector (OR: 0,715 IC 95 %: 0,167 - 3,057); sin embargo, Lancaster (32) en su metaanálisis no encontró consistencia en los análisis multivariado de diferentes estudios.

La escolaridad también resultó un factor con tendencia al riesgo, sin asociación estadística. Lancaster (32) considera que no existe asociación entre esta variable y la depresión durante el embarazo.

El estrato socioeconómico bajo mostró tendencia a ser factor protector en este estudio, sin ser significativo, lo cual concuerda con lo expresado por la literatura, que indica que el estrato económico no está realmente asociado a la depresión.

Entre las variables sociodemográficas, realizar una actividad fuera del hogar resultó ser un factor de riesgo con significancia estadística para el desarrollo de depresión en

las mujeres embarazadas (OR: 2,92; IC 95 % 1,03- 8,23). Figueiredo (14) lo señala como un factor de riesgo no estadísticamente significativo (OR: 1,336 IC 95 %: 0,341-5,24), mientras que Krauss (22), en Brasil, reportó que tiene fuerza en la asociación y es significativo (OR: 3,1; IC 95 %: 1,1-9,1). El metaanálisis realizado por Lancaster (31) concluyó que no existe consistencia en los resultados respecto a esta variable al realizar análisis multivariado de algunos estudios revisados.

Fernández y Sánchez, de la Pontificia Universidad de Salamanca (33), señalan la edad gestacional como no significativa al relacionarla con depresión; Figueiredo (14) observó que la depresión se concentraba en el tercer trimestre, sin obtener significancia. En este estudio se presentaron resultados similares a los del último autor; el 72,4 % de las deprimidas se encontraba en el tercer trimestre ($\geq$ a 28 semanas), con un OR: 2,0704 (IC 0,2409 - 17,795).

Entre las variables ginecobstétricas, el antecedente de aborto se constituyó en un factor de riesgo importante en este estudio, resultó estadísticamente significativo, lo cual coincide con los resultados del estudio de Dudas y colaboradores (34) en Hungría, en el que se demostró que esta variable podía aumentar el riesgo de padecer depresión en el embarazo, con un OR de 1,73 y un intervalo de confianza del 95 % de 1,31-2,30. Asimismo, el estudio de Lam y colaboradores en Perú mostró que el 27,2 % de las embarazadas en estudio tenía al menos un antecedente de aborto (30).

Matos, Salinas y Luna (15), en Perú, concluyeron que el embarazo no deseado podría constituir un factor de riesgo, con una $p=0,023$; al igual que Abiodun y colaboradores (35), en Nigeria, quienes mostraron un OR: 8,00

IC [1,70 a 37,57]. La fuerza de asociación de esta variable fue OR: 1,1154 (0,4944- 2,5162), lo cual indica una tendencia al riesgo, sin significancia estadística.

Para los antecedentes psiquiátricos, Lara y Navarro (13) señalan la depresión anterior como un factor de riesgo (OR: 1,8; IC 95 %: 1,04 - 3,11), lo cual guarda relación con la conclusión de Nonacs y colaboradores (13), en la que indican que las dos terceras partes de los casos de depresión en el embarazo se relacionan con este antecedente. En la población estudiada, el 3,4 % de las deprimidas tenía el antecedente, frente a un 2,5 % en las no deprimidas OR: 1,42; IC 95 %: [0,97 8,84].

Para las variables psicológicas de funcionalidad familiar y apoyo social, en este estudio la disfunción familiar de algún tipo (leve o grave) obtuvo un OR: 2, 78; IC 95 %: [1,087-7,1072], comportándose como un riesgo con significancia estadística; a diferencia del estudio realizado en Bolivia por Pimentel Zarzuri, que obtuvo un OR: 1,66, p 0,112, chi- cuadrado de 2,52 (36).

Lancaster y Gold (23) mencionan el bajo apoyo social como un factor de riesgo con una importante asociación con la depresión durante el embarazo; esto se apoya también en lo expresado por los hallazgos de Dudas: OR de 1.39 (IC 95%: 1.06-1.84). Los resultados de este estudio indican tendencia al riesgo cuando se tiene un apoyo social percibido bajo (OR 2,9; IC 95%: 0,97 - 8,84).

De conformidad con los resultados de este estudio, se resalta que la prevalencia de depresión del embarazo reportó en el 19,2 % de las embarazadas; que los factores de riesgo que mostraron tendencia a la asociación fueron: realización de actividad fuera del hogar

(estudio y trabajo), aborto anterior y algún grado de disfunción familiar.

Conflicto de interés: ninguno.

Financiación: Universidad del Norte.

REFERENCIAS

1. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena Neuro Psiquiatria* 2010; 48 (4): 269-278.
2. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV TR*. Barcelona: Masson; 2001.
3. Oates R M. Perinatal Psychiatric Syndromes: Clinical Features. *Psichiatri* 2010; 8.
4. World Health Organization. *WHO and the Millennium Development Goals*. Geneva: World Health Organization; 2005.
5. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema* 1998; 10 (2): 303-318.
6. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999; 282: 1737-44.
7. Baca E, Saiz J, Agüera L et al. [Validation of the Spanish version of PRIME-MD: a procedure for diagnosing mental disorders in primary care]. *Actas Esp Psiquiatr* 1999; 27 (6):375-83.
8. Clark G . Discussing emotional health in pregnancy: the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Community Nurs* 2000; 5 (2): 91-8.
9. Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349: 1498-504.
10. Bolton HL, Hughes PM, Turton P, Sedgwick P. Incidence and demographic correlates of depressive symptoms during pregnancy in an inner London population. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998; 19 (4):202-9.

11. Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins ML, Teixeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res* 1998; 31(6):799-804.
12. Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006; 35(4):491- 8.
13. Lara M^a, Navarro C, Navarro L, Cabrera A 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 - 63.
14. Figueiredo B, Pacheco C. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10: 103 -9.
15. Matos M, Salinas J, Luna A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 2009; 26(4):310-314.
16. Campo A, Ayola C, Peinado H, Amor M, Cogollo Z. Escala de Edinburg para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena (Colombia). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2007; 58 (4): 277- 83.
17. Melville J, Gavin A, Guo Y, Fan M, Katon W. Depressive Disorders During Pregnancy Prevalence and Risk Factors in a Large Urban Sample. *Obstet Gynecol* 2010; 116(5): 1064-70.
18. Pereira K, Lovis M, Daniel P, Lima A, Fortes L, Legay 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.
19. Dayan J, Creveuil C, Dreyfus M, Herlicoviez M, Baleyte J, O'Keane V. Developmental Model of Depression Applied to Prenatal Depression: Role of Present and Past Life Events, Past Emotional Disorders and Pregnancy Stress. *PloS one*. 2010; 5(9):e12942.
20. Brown M, Solchany J. Two overlooked mood disorders in women: Subsyndromal depresión and prenatal derpession. *Clinical Nursring* 2004; 39(1):83-95.
21. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2001; 80(3):251-5.
22. Bennert H. et al. Depression during Pregnancy Overview of Clinical Factors. *Clin Drug Invest* 2004; 24 (3): 157-179.
23. Red de Salud de la Universidad de Toronto. Depresión durante el embarazo. Toronto. Tomado de: http://www.mujermedica.com/articulos_unitario.php?id=17. En marzo de 2011.
24. Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria* 1996; 18(6): 289-96.
25. De la Revilla L, Baylon E, De Dios J. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria* 1991; 9: 668.
26. Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10- item edinburgh postnatal depression scale. *British Journal Psychiatry* 1987; 150: 782- 786.
27. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Pública* 2004; 6: 302-318.
28. Espíndola JG, Morales F, Mota C, Díaz E, Meza P, Rodríguez L. Calibración del punto de corte para la depresión perinatal de Edimburgh en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. Perinatología y Reproducción Humana. *Instituto Nacional de Perinatología* 2004; 18(3):179-186.
29. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993. Tomado de: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf en julio de 2011.
30. (30) Lam N. et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de

- Lima, Perú. *Rev Perú epidemiol* 2010; 14 (3): 1-8
31. Krauss P, Marcos G, Pilowsky D, Abelha L, 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).
32. Lancaster Ch, Gold K, Flynn H, Yoo H. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2010;(1):5-1.
33. Fernández L, Sánchez A. La depresión en la mujer gestante y su influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal. Universidad Pontificia de Salamanca, Facultad de Psicología (UPSA). España. Tomado de: <http://psi.usal.es/rppsm/PDF/v1n1o1.pdf>. En: Abril de 2012.
34. Dudas R, Csator dai S, Devosa I, Tőreki A, Andó B, Arabás K, Pál A, Kozinszky Z. Obstetric and psychosocial risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Psychiatry Research* 2012; 200(2-3): 323-328.
35. Abiodun O, Adewuya, Bola A, Ola, Olutayo O, Aloba, Atinuke O. Dada3 and Olubunmi O. Fasoto. Prevalence and correlates of depression in late pregnancy among nigerian women. *Depression and Anxiety* 2007; 24 (1): 15 - 21.
36. Pimentel B. Ansiedad depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el Hospital Materno Infantil de la C.N.S. de La Paz (Bolivia). *Rev Pacheña Med Fam* 2007; 4(5): 15 -19.