

SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL EMBARAZO Y FACTORES ASOCIADOS, EN PACIENTES DE TRES INSTITUCIONES DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Ma. Asunción Lara,* Claudia Navarro,** Laura Navarrete,** Alejandra Cabrera,***
Jesús Almanza,**** Francisco Morales,***** Francisco Juárez**

SUMMARY

Background

Depression is a frequent condition in pregnancy, at least as frequent as it is among non-pregnant women. Studies on its prevalence show rates from 2% to 21% of major depression and 8% to 31% of depressive symptomatology. In Mexico, a prevalence of 22% has been estimated on the basis of a self-report scale. Risk factors for depression in pregnancy include previous history of depression, parental separation during childhood, single motherhood, not wishing to be pregnant, lack of social support and low educational attainment.

Objective

Due to the consequences of depression on pregnancy and to the scarce studies available in Mexico, the aim of this study was to examine the presence of depression in pregnant women as well as the risk factors associated with the latter.

Material and methods

Three hundred pregnant women receiving ante-natal care were interviewed in the waiting rooms of three institutions (one third level hospital, a health center and a clinic specializing in women). The instrument included a scale of depression (CES-D) and the following risk factors: previous depression symptoms, parental separation before the age of 11, possible depression and problematic alcohol consumption in expectant mother's parents, unplanned pregnancy and lack of social support.

Results

A total of 30.7% of the interviewees showed significant depressive symptomatology (CES-D > 16). Fifty-nine percent mentioned having suffered from depressive symptomatology in the past. Some degree of disability in the past month was reported by 19% of those that mentioned depression symptoms. The mean number of days they stopped performing their everyday activities was 11.21 (SD = 10.68) with a range of 1 to 30 days. Seven women (21.2%) stated that they could not engage in their activities because of their depression every single day of the past

month. As for suicidal ideation *at any time in their lives*, the following symptoms were displayed: half said that they had thought a great deal about death, a quarter said that they had wanted to die, nearly a fifth had intended to take their own life and 7.7% had injured themselves in order to take their own lives. During the previous month, the frequency of these behaviors had considerably declined, almost to zero, and only "thinking frequently about death" was common (18%).

The variables associated with depression symptoms (CES-D) were: previous symptoms of depression ($t = -4.40$, $p > 0.000$), separation from the father before the age of 11 ($t = -2.68$; $p > 0.008$), possible depression in mother ($t = -3.24$, $p > 0.001$), possible depression in father ($t = -2.41$, $p > 0.016$), problematic alcohol consumption in father ($t = -2.23$, $p > 0.040$), unplanned pregnancy ($t = -2.43$, $p > 0.015$), lack of emotional social support ($t = 2.87$, $p > 0.005$) and lack of practical social support ($t = 2.94$, $p > 0.005$). The evaluation of a risk model of these factors on depressive symptomatology through logistic regression (with the step-by-step method) showed that the following variables were significant: possible depression in the mother (of the expectant mother) which increases the risk of displaying depression in pregnancy 0.8 times, previous depressive symptomatology, which increases it 1.08 times, lack of practical social support, which increases it 1.71 times and not having a partner, which increases it 1.51 times.

Discussion and conclusions

The results, as regards mental health, showed that depressive symptoms occurred in nearly a third of pregnant women; this percentage is higher than the 22% found in Mexico in previous studies. Although this symptomatology does not necessarily meet the criteria for major depression, it has been considered to be of sufficient clinical importance, as it has been associated with disability, psychiatric and physical co-morbidity; demand for treatment for and risk of future depression and in this case, with postpartum depression. A fifth of the subjects displayed more serious symptomatology in terms of disability, as the women mentioned

* Jefa del Departamento de Modelos de Intervención. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

** Investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

*** Directora del Centro de Salud José Castro Villagrana.

**** Jefe de Salud Mental, Dirección General de Sanidad; Coordinador de Psiquiatría y Psicología de Consulta y Enlace, Clínica de Especialidades de la Mujer, Secretaría de la Defensa Nacional.

***** Jefe del Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología.

Correspondencia: Dra. Ma. Asunción Lara. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México, DF. laracan@imp.edu.mx. Tel: 5655 2811, Ext. 155
Recibido primera versión: 16 de diciembre de 2005. Segunda versión: 30 de mayo de 2006. Aceptado: 9 de junio de 2006.

not being able to engage in their everyday activities, working or studying. The mean number of days in which they were unable to carry out their activities was eleven during the previous month. This data suggests that this population with greater pathology should be detected and referred for specialized mental care by ante-natal care services. Suicidal ideation during the previous month decreased considerably, in comparison with that reported at any time in their lives, which agrees with reports that state that self-damaging behaviors and suicide attempts tend to be very low during pregnancy.

As for pathological antecedents, 59% considered that they had suffered from depressive symptomatology in the past, in addition to having experienced suicidal ideation to varying degrees. It is significant that nearly 8% had previously attempted suicide. Both, previous depressive symptomatology and suicidal ideation in the past, were associated with current depression symptoms in the expectant mother, as has been reported in other countries.

Unplanned pregnancy was also related to depression (CES-D). As literature suggests, not wishing to be pregnant is related to this disorder and although not planning a pregnancy is not synonymous with not wishing for it, according to these data, lack of planning also increases depressive symptoms.

Among childhood situations, parental separation or loss of the father before the age of 11 was a significant variable as regards symptomatology in pregnancy; this was similar to what other authors have reported. Separation from the mother was not related to these symptoms, contrary to what other studies have reported in both pregnant and non-pregnant women. Adversity in childhood in the form of parents' mental pathology or substance use has been associated with depression among the general population. The results obtained here show a significant relationship between problematic alcohol consumption in the father and possible depression in the mother or father—as perceived by the interviewee herself—and depression symptoms in the expectant mother.

During pregnancy and above all, post-partum, women have a real need to receive both emotional and practical support. This study, like others showed that the lack of this support increased the risk of depression.

The construction of a model with some of these variables showed that being a single or divorced mother, having had a mother who may have been depressed, having displayed depressive symptoms in the past and the lack of practical support increased the risk of depressive symptomatology.

By way of a conclusion, one can say that although there are similarities between depression in pregnancy and at other moments in women's lives, its presence during this period is particularly important due to the new demands the woman has to cope with and the adverse effects it has on the development of pregnancy, and the high risk of experiencing depression during the post-partum. Designing intervention programs for expectant mothers could have an enormous effect on improving the mental health of mothers and their babies, a reason why it is important to take into account the risk factors described in this study.

Key words: Depression, pregnancy, risk factors.

RESUMEN

Antecedentes

La depresión es una condición frecuente en el embarazo, por lo menos tan frecuente como en las mujeres que no están embaraza-

das. Estudios sobre su prevalencia por medio de entrevistas estructuradas muestran tasas de dos a 21% de depresión mayor y las escalas de síntomas arrojan cifras de entre ocho y 31%. En México la prevalencia se ha estimado en 22% con base en una escala de autorreporte. Entre los factores de riesgo de depresión en el embarazo se encuentran historia previa de depresión, separación de los padres en la infancia, ser madre soltera, no desear estar embarazada, falta de apoyo social y baja escolaridad. Debido a las consecuencias que tiene la depresión sobre el proceso del embarazo y a los pocos estudios que existen en nuestro país a este respecto, el objetivo del trabajo fue investigar la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres embarazadas, así como los factores de riesgo asociados a la misma.

Material y métodos

Se entrevistó en salas de espera a 300 mujeres embarazadas que buscaban atención prenatal, en tres instituciones (un hospital de tercer nivel, un centro de salud y una clínica de especialidades de la mujer). El instrumento incluyó una escala de depresión (CES-D) y los siguientes factores de riesgo: síntomas previos de depresión, separación de los padres antes de los 11 años, posible depresión y consumo problemático de alcohol en los padres, embarazo no planeado y apoyo social.

Resultados

De las entrevistadas 30.7% mostró sintomatología depresiva significativa (CES-D >16) y 59% mencionó haber padecido estos síntomas en el pasado. Algún nivel de discapacidad en el último mes fue manifestado por 19% de quienes mencionaron haber presentado sintomatología el mes anterior. La media de días en que no pudieron hacer sus actividades diarias, trabajar o asistir a la escuela fue de 11.21 (DE = 10.68), con un rango de uno a 30 días. Es importante mencionar que 7 mujeres (21.2%) dijeron haber dejado sus actividades por este motivo todos los días del mes anterior. En cuanto a la ideación suicida *alguna vez en la vida*, la mitad dijo haber pensado mucho en la muerte, una cuarta parte haber deseado morir, cerca de una quinta parte tuvo la intención de quitarse la vida y 7.7% se ha herido con el fin de quitarse la vida. Durante el *último mes*, las frecuencias de estas conductas disminuyeron considerablemente a casi cero y sólo "pensar mucho en la muerte" fue frecuente (18%).

Las variables que se asociaron con dichos síntomas fueron: síntomas previos de depresión ($t = -4.40, p > 0.000$); separación del padre antes de los 11 años ($t = -2.68; p > 0.008$); posible depresión en la madre ($t = -3.24; p > 0.001$), posible depresión en el padre ($t = -2.41, p > 0.016$), consumo problemático de alcohol en el padre ($t = -2.23, p > 0.040$); embarazo no planeado ($t = -2.43, p > 0.015$), falta de apoyo social emocional ($t = 2.87, p > 0.004$) y falta de apoyo social práctico ($t = 2.94, p > 0.005$). La evaluación de un modelo incluyendo estos factores sobre la sintomatología depresiva mediante regresión logística utilizando el método por pasos, mostró que las siguientes variables fueron significativas: la posible depresión en la madre, que incrementa el riesgo de presentar depresión en el embarazo en 0.8 veces, la sintomatología depresiva previa, que lo aumenta en 1.08 veces, la falta de apoyo social práctico, que lo incrementa 1.71 veces y no tener pareja, con un incremento de 1.51 veces.

Conclusiones

Casi una tercera parte de las embarazadas mostró sintomatología depresiva significativa la cual se asoció a diversos factores psicosociales de riesgo previamente documentados en la bibliografía internacional. Existen similitudes en la depresión durante el embarazo y en otros momentos de la vida, pero en este periodo tiene particular importancia debido a las nuevas demandas que en este

momento enfrenta la mujer y a los efectos adversos que la depresión tiene sobre el desarrollo del embarazo, así como al elevado riesgo de presentar depresión en el posparto.

Palabras clave: Depresión, embarazo, factores de riesgo.

INTRODUCCIÓN

La depresión es una condición frecuente en el embarazo, por lo menos tan frecuente como en las mujeres que no están embarazadas (11), y en ocasiones, más frecuente aún que en el posparto (10). Revisiones de los estudios publicados sobre su prevalencia muestran, cuando se usan entrevistas estructuradas, tasas de 2 a 21% de depresión mayor que llegan a 38% en mujeres de bajo nivel socioeconómico (5) y de 8.5 a 11% de depresión mayor y menor (11). Las estimaciones derivadas de escalas de síntomas varían entre 8 y 31% y de 20 a 51% en mujeres de bajo nivel socioeconómico (5). Entre los pocos estudios realizados en México, Ortega y colaboradores (24) informan una prevalencia de 22% con base en una escala de autorreporte, y Morales y colaboradores (19) de 62.2% de “casos probables” en el Cuestionario General de Salud. En América Latina se encuentra una prevalencia de 29% de cuadros depresivos (3) y en población Latina en EEUU, de 51% de sintomatología depresiva severa (14, 30).

Los síntomas de depresión medidos a través de diversas escalas (Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Tamizaje de Depresión Posparto y Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos) tienen una alta especificidad en cuanto al diagnóstico de depresión mayor en mujeres embarazadas, aunque tienden a sobreestimarlos (11), de igual manera que como se observa en población de no embarazadas (20). No obstante, la sintomatología depresiva que miden estas escalas tiene un significado clínico evidente cuando se considera el grado de peso de enfermedad que representa y los problemas de salud con los que se asocia, tanto en la población general, como en el sistema de salud (5).

La depresión en el embarazo tiene consecuencias serias en diversos ámbitos: lleva a conductas poco saludables, tales como no buscar atención prenatal temprana; conductas de riesgo, preeclampsia (5), partos prematuros, bebés de menor tamaño (29) y un incremento significativo de depresión en el posparto (2, 8, 13, 22, 26), entre otras.

Existe actualmente evidencia del importante papel que juegan los factores psicosociales para la depresión en el embarazo. Entre éstos, el que se ha encontrado con mayor consistencia es tener una historia previa de

depresión (3, 6, 18). Otros factores de riesgo identificados son la separación de los padres en la infancia (6, 16, 17), ser madre soltera (1, 18), no desear estar embarazada (3, 16), falta de apoyo social (9, 23) y baja escolaridad (19).

El objetivo de este trabajo fue estudiar la prevalencia de la depresión en mujeres embarazadas, así como los factores de riesgo asociados a la misma en mujeres que reciben atención prenatal en diversas instituciones de la Ciudad de México.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra incluyó a 300 mujeres embarazadas que buscaban atención prenatal en alguna de tres instituciones (un hospital de tercer nivel de atención que atiende embarazos de alto riesgo, una clínica de especialidades ginecológicas para mujeres beneficiarias de una institución y un centro de salud, los tres de carácter público). Se entrevistó, en las salas de espera, a todas las mujeres que se encontraban ahí y que voluntariamente aceptaron participar. Las entrevistadoras fueron psicólogas que habían recibido capacitación para esta tarea. A las participantes se les leyó la hoja para el consentimiento informado y se les explicaron los objetivos del estudio; se solicitó su participación y se les ofreció confidencialidad respecto al manejo de la información.

Este estudio corresponde a la primera etapa de una investigación sobre la prevención de la depresión posparto, lo cual limitó el tipo de variables e instrumentos a aquéllos que posteriormente se usarían en dicho estudio. El instrumento incluyó las siguientes secciones:

1) **Características sociodemográficas.** Se incluyeron la edad, escolaridad, estado civil, ocupación, proveedor principal, número de embarazo, semanas de gestación y si el embarazo era planeado o no.

2) **Salud mental.** *Síntomas de depresión:* Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, por sus siglas en inglés) (25), que investiga la presencia de los síntomas en el último mes. *Síntomas previos de depresión* (“En el pasado, ¿ha tenido varios de estos síntomas que le acabo de mencionar [los del CES-D] como sentirse sola, triste o no tener ganas de hacer nada..., al mismo tiempo y con tal intensidad y duración que usted diría que estuvo deprimida?”). *Discapacidad* (“¿En el último mes ha tenido usted que dejar de trabajar, asistir a la escuela o ha dejado de hacer sus actividades diarias a causa de los sentimientos que le acabo de preguntar, como sentirse sola, triste, no tener ganas de hacer nada...?” “¿Cuántos días?”). *Ideación suicida* (“¿Alguna vez, ha estado a punto de quitarse la vida?”, “¿Alguna vez a propósito, se ha herido, corta-

do, intoxicado o hecho daño, con el fin de quitarse la vida?”, “¿Ha pensado mucho sobre la muerte, ya sea en la suya, en la de alguien más o en la muerte en general?” y “¿Ha deseado morir?”). También se preguntó por la presencia de ideación suicida el último mes.

3) **Antecedentes familiares.** *Separación de los padres antes de los 11 años* (“¿Antes de los 11 años sufrió usted la separación permanente, por un año o más, o la muerte de su madre/padre?”). *Posible depresión en los padres* (“¿Su mamá/papá ha estado o estuvo deprimido alguna vez? Esto quiere decir, que ha padecido de cambios fuertes del estado de ánimo, de "los nervios", ¿ha recibido el diagnóstico de depresión, depresión maniaca, fue hospitalizada o tuvo pensamientos o acciones suicidas?”), y *consumo problemático de alcohol en los padres* (“¿Su mamá/papá bebía en exceso de manera que le ocasionara problemas a la familia?”).

4) **Apoyo social.** *Apoyo social emocional* (“¿Cuenta usted con amigos cercanos o miembros de su familia con quienes comparte cosas de confianza, por ejemplo, sus esperanzas, sueños, decepciones o secretos, que no comparte con la mayoría de la gente?”). *Apoyo social práctico* (“¿Cuenta con una persona que le apoye de manera práctica -que le pueda dejar al bebé, le pueda ir a comprar algo que le falte, etc.- durante el embarazo, parto y cuando nazca su bebé?”).

Análisis de datos. Mediante el paquete SPSS para Windows versión 11.5 (28), se llevaron a cabo análisis descriptivos, análisis de la relación variable por variable con los síntomas de depresión (CES-D) por medio de la prueba “t” de Student y de coeficientes de correlación de Pearson. También se realizó un análisis de regresión logística para predecir el riesgo de depresión (media en la CES-D) usando como predictores las características demográficas (*edad*; *escolaridad*: secundaria o menos vs. preparatoria o más; *estado civil*: casada o unión libre vs. soltera o divorciada; *embarazo planeado* (sí, no), *salud mental*: síntomas previos de depresión (sí, no); *antecedentes familiares*: separación de los padres (sí, no), posible depresión en los padres (sí, no) y consumo problemático de alcohol en los padres (sí, no), y *apoyo social*: emocional (sí, no) y práctico (sí, no).

RESULTADOS

Características sociodemográficas: La media de edad de las entrevistadas fue de 26.6 años (DE = 6.43), con un rango de 15 a 44 años. Un poco menos de la mitad contaba con una escolaridad de primaria o secundaria y más de la mitad con preparatoria o equivalente o más (cuadro 1); 84% eran casadas o vivían en unión libre; 35% había trabajado los 6 meses anteriores y sólo la mitad (55.8%) tenía un trabajo de tiempo

CUADRO 1. Características de la muestra (n=300)

	f	%
Escolaridad		
Primaria	44	14.67
Secundaria	95	31.67
Preparatoria/equivalente	107	35.66
Universitario/equivalente	54	18.00
Estado civil		
Casada	158	52.67
Unión libre	94	31.33
Soltera	45	15.00
Divorciada	3	1.00
Ocupación*		
Sí	70	35.0
No	130	65.0
Número de embarazo		
Primero	146	48.7
Subsecuente	154	51.3
Trimestre de embarazo		
Primero	15	5.00
Segundo	95	31.67
Tercero	190	63.3
Embarazo planeado		
Sí	153	51.0
No	147	49.0
Síntomas de depresión (CES-D)		
15 o menos	208	69.3
16 o más	92	30.7
Síntomas previos de depresión		
Sí	178	59.3
No	122	40.7
Indicador de discapacidad		
Sí	57	19.0
No	243	81.0
Ideación e intento suicida. Alguna vez		
Intención quitarse la vida	55	18.3
Herido/lesionado con el fin de quitarse la vida*	23	7.7
Ha pensado mucho sobre la muerte	162	54.0
Ha deseado morir	81	27.0

* Sólo se obtuvo información de 2 instituciones

completo. De 65% que se dedicaban al hogar, sólo 1 (0.05%) dijo estar buscando trabajo. Para casi la mitad, éste era su primer embarazo; 5% se encuentra en el primer trimestre de gestación, 31%, en el segundo y 63%, en el tercero. Para 51% el embarazo no fue planeado. El proveedor principal fue, en la mayoría de los casos, la pareja (78.5%), seguida de alguno de los padres (11.0%), ella misma (3%) u otros (7.5%).

En cuanto a su **salud mental**, puede observarse (cuadro 1) que 30.7% presentó síntomas significativos de depresión (CES-D > 16) y 59% mencionó haberlos padecido en el pasado. Algún nivel de discapacidad en el último mes fue señalado por 19% de quienes mencionaron padecer de sintomatología el mes anterior. La media de días en que dejaron de hacer sus actividades diarias, trabajar o asistir a la escuela fue de 11.21 (DE = 10.68), con un rango de uno a 30 días. Es importante mencionar que siete mujeres (21.2%) dijeron haber dejado sus actividades por este motivo todos los días del mes anterior. En cuanto a la ideación suicida alguna vez en la vida, la mitad dijo haber pensado mucho en la muerte, una cuarta parte haber deseado morir, cerca de una quinta parte tuvo la inten-

ción de quitarse la vida y 7.7% se ha herido con el fin de quitarse la vida. Durante el último mes, las frecuencias de estas conductas disminuyeron considerablemente a casi cero y sólo “pensar mucho en la muerte” fue frecuente (18%).

Las medias en la CES-D en las tres instituciones fueron: en el hospital de tercer nivel, 12.35 (DE = 10.9), en el centro de salud, 15.54 (DE = 10.4) y en la clínica de especialidades de la mujer 11.25 (DE = 10.4). Se observaron diferencias significativas entre las dos últimas instituciones ($p > 0.01$).

En el cuadro 2 se presentan los datos sobre los **antecedentes familiares**. Se encontró que 10% de las mujeres sufrió la separación de la madre y 31% del padre antes de los 11 años. Posible depresión en la madre fue mencionada por 55% y del padre por 31.7% y el consumo problemático de alcohol se encontró en 6.3% de las madres y en 28% de los padres. Respecto al **apoyo social** emocional, 12.3% dijo no contar con éste y 16.3% no contar con apoyo social práctico.

Al analizar la relación entre las **variables sociodemográficas y los síntomas de depresión** (cuadro 3), se observaron medias más altas en la CES-D en quienes tenían menor escolaridad, eran solteras o divorciadas, pasaban por su primer embarazo, estaban en el primer trimestre de gestación y el embarazo no fue planeado. Sin embargo, las diferencias sólo fueron significativas para embarazo no planeado ($t = -2.437$; $p > .015$). En cuanto a la edad, se observó una correlación negativa, lo que indica que las de menor edad presentaron más síntomas de depresión, pero esta correlación no fue significativa ($r = -.091$, $p < 0.115$).

CUADRO 2. Antecedentes familiares y apoyo social (n=300)

	f	%
Separación de la madre antes de los 11 años		
No	270	90.0
Sí	30	10.0
Separación del padre antes de los 11 años		
No	207	69.0
Sí	93	31.0
Posible depresión en la madre		
No	135	45.0
Sí	165	55.0
Posible depresión en el padre		
No	205	68.3
Sí	95	31.7
Consumo excesivo de alcohol en la madre		
No	281	93.7
Sí	19	6.3
Consumo excesivo de alcohol en el padre		
No	216	72.0
Sí	84	28.0
Apoyo social emocional		
No	37	12.3
Sí	263	87.7
Apoyo social práctico		
No	49	16.3
Sí	251	83.7

CUADRO 3. Relación entre variables sociodemográficas con CES-D (n=300)

	CES-D		t / F	p
	\bar{x}	DS		
Escolaridad				
Secundaria o menos	13.52	11.27	-.695	.487
Preparatoria o más	12.64	10.59		
Estado civil				
Casada o unión libre	12.62	11.03	-1.575	.116
Soltera o divorciada	15.31	9.96		
Número de embarazo				
Primero	13.35	11.66	.496	.621
Subsecuente	12.73	10.06		
Trimestre de embarazo				
Primero	17.33	11.71	1.875	.156
Segundo	13.85	13.66		
Tercero	12.31	9.09		
Embarazo planeado				
Sí	11.56	10.16	-2.437	.015
No	14.60	11.45		

Los resultados de los análisis de los **antecedentes personales y los síntomas de depresión** (cuadro 4) mostraron medias más altas en esta escala (CES-D) cuando la entrevistada mencionó haber padecido de sintomatología depresiva en el pasado. También se observó que los diversos aspectos de la ideación suicida ocurridos alguna vez en el pasado, se relacionaron significativamente con los síntomas de depresión (CES-

CUADRO 4. Relación entre antecedentes personales, familiares y apoyo social con CES-D (n=300)

	\bar{x}	DS	t	p
Sintomatología depresiva previa				
No	9.90	9.40	-4.40	.000
Sí	15.20	11.34		
Separación de la madre antes de los 11 años				
No	12.90	11.06	-0.69	.485
Sí	14.37	9.39		
Separación del padre antes de los 11 años				
No	11.93	10.26	-2.68	.008
Sí	15.54	11.89		
Posible depresión en la madre				
No 10.82	10.05	-3.24	.001	
Sí	14.87	11.26		
Posible depresión en el padre				
No	12.02	10.81	-2.41	.016
Sí	15.26	10.81		
Consumo excesivo de alcohol en la madre				
No	12.79	10.46	-1.57	.290
Sí	16.84	15.99		
Consumo excesivo de alcohol en el padre				
No	12.18	10.29	-2.23	.040
Sí	15.29	12.11		
Apoyo social emocional				
No	17.8	12.35	2.87	.004
Sí	12.3	10.53		
Apoyo social práctico				
No	17.8	12.8	2.94	.005
Sí	12.1	10.2		

D): ¿Ha tenido la intención de quitarse la vida? ($t = 4.57, p > 0.000$) ¿Se ha herido, cortado con el fin de quitarse la vida? ($t = 2.96, p > 0.007$), ¿Ha pensado mucho sobre la muerte? ($t = 4.62, p > 0.000$) y ¿Ha deseado morirse? ($t = 7.00, p > 0.000$).

Algunos **antecedentes familiares** también se relacionaron con los **síntomas de depresión**, tales como haber sido separada de la madre y del padre antes de los 11 años (cuadro 4), cuando hubo posible depresión en la madre y en el padre y por consumo problemático de alcohol en la madre y el padre. No obstante, los resultados sólo fueron significativos cuando se presentó separación del padre antes de los 11 años, posible depresión en la madre y en el padre y consumo problemático de alcohol en el padre. Respecto a la relación entre el **apoyo social y los síntomas de depresión** se encontró que hubo más síntomas entre quienes no contaban con apoyo emocional ni práctico, y las diferencias, en ambos casos, fueron significativas (cuadro 4).

Finalmente, mediante una regresión logística utilizando el método por pasos, y las variables predictoras antes mencionadas sobre la CES-D se observó que los principales predictores de depresión en el embarazo fueron: la posible depresión en la madre con un valor *odds ratio* [OR] = 1.8, sintomatología depresiva previa (OR = 2.08), la falta de apoyo social práctico (OR = 2.71) y no tener pareja (OR = 2.51) (cuadro 5). Esto significa que la posible depresión en la madre incrementa el riesgo de presentar depresión en el embarazo en 0.8 veces, la sintomatología depresiva previa, aumenta las probabilidades en 1.08, la falta de apoyo social práctico 1.71 veces y no tener pareja, incrementa el riesgo 1.51 veces.

DISCUSIÓN

La población en estudio provino de tres instituciones públicas: un hospital de tercer nivel de atención, una clínica de especialidades de la mujer y un centro de salud. Las características más significativas de la muestra fueron su variada escolaridad, en la que la mayoría tenía estudios de secundaria o de preparatoria, sólo la mitad eran casadas, una tercera parte vivía en unión libre y 16% no tenía pareja; alrededor de la tercera

parte señaló tener trabajo extra-doméstico y la mayoría se encontraba en el segundo o tercer trimestre de embarazo; para la mitad era el primero y un número similar no lo había planeado.

Respecto a su salud mental, 30.7% presentó síntomas de depresión. Este porcentaje es similar al documentado en Sudamérica (29%) (3) y está dentro del rango referido en poblaciones de bajo nivel socioeconómico (20 a 51%) (5); es superior al encontrado en México en un estudio (22%) (24) pero muy inferior al de otro (62.2%) (19), también en nuestro país. El porcentaje de sintomatología depresiva encontrado tiene que interpretarse en relación al instrumento utilizado. Ya se ha comentado que escalas como la CES-D tienden a sobrestimar la depresión mayor, lo cual significa que probablemente sólo en un porcentaje de ese treinta por ciento pueda confirmarse el diagnóstico de depresión mayor y en el resto sólo exista sintomatología depresiva. Esta sintomatología que no cumple con los criterios de depresión mayor es, no obstante, de suficiente importancia clínica ya que se asocia con discapacidad, comorbilidad psiquiátrica y física; demanda de atención y riesgo de futura depresión (12, 27), y en este caso, riesgo de depresión posparto (2, 8, 13, 22, 26). En este estudio un aspecto que habla de la gravedad de la sintomatología es la discapacidad asociada con ésta. En este sentido, una quinta parte de las mujeres mencionó algún nivel de discapacidad en términos de no haber podido realizar sus actividades cotidianas, una media de once días en el último mes. La alta frecuencia e intensidad de la sintomatología en esta población nos lleva a concluir que es necesario profundizar en el estudio de la depresión en el embarazo, así como sugerir que se le preste atención especializada a esta población.

Por otra parte, se observó que la ideación suicida en el último mes casi no está presente, lo que concuerda con informes de que las conductas autolesivas y el intento de suicidio tienden a ser muy bajas en mujeres gestantes (4). La excepción que se encontró fue respecto al reactivo *pensar mucho en la muerte*, que fue mencionado por 18% de ellas. Este síntoma puede ser significativo en relación con la preocupación que pueden tener las mujeres por su salud y la de su bebé y con temores alrededor del parto.

En cuanto a la historia psiquiátrica, 59% consideró que ha padecido de sintomatología depresiva en el pasado además de ideación suicida en diversos grados. Es significativo que casi 8% ha tenido un intento previo de suicidio. De la misma manera que lo documentado en otros países (3, 6, 18), las mujeres que indicaron haber sufrido patología previa –sintomatología depresiva e ideación suicida– también presentaron mayores niveles de depresión en este momento. A

CUADRO 5. Análisis de regresión logística sobre CES-D (n=300)

	Odds ratio	IC 95%	p
Posible depresión en la madre	1.80	1.04 – 3.11	.036
Sintomatología depresiva previa	2.08	1.18 – 3.67	.011
Apoyo social práctico	2.71	1.38 – 5.29	.003
Soltera/divorciada	2.51	1.28 – 4.90	.007

este respecto Nonacs y colaboradores (21) concluyen que dos terceras partes de los casos de depresión en el embarazo se relacionan con episodios anteriores y sólo una tercera parte presenta un primer episodio durante este periodo.

Se observaron diferencias en los síntomas de depresión entre dos de las instituciones, en donde la media más alta se observó entre quienes asisten al centro de salud y la más baja en las de la clínica de especialidades. En un lugar intermedio quedó el hospital de tercer nivel. Estas diferencias pueden estar relacionadas con el tipo de población, así como con las particularidades del sistema de atención a la salud en cada institución. Las mujeres en el centro de salud fueron más jóvenes y en mayor porcentaje solteras o en unión libre, lo que puede significar menos madurez y menor estabilidad en la relación de pareja, y esto incidir en el incremento en la sintomatología depresiva.

Se observó que las variables sociodemográficas: edad, escolaridad, estado civil, número y trimestre de embarazo no se relacionaron con los síntomas de depresión. La única variable significativa fue no haber planeado el embarazo. A este respecto la bibliografía señala que no desear estar embarazada se relaciona con depresión (3, 16) y, aunque no planear un embarazo no es sinónimo de no desearlo puede también incluirlo, por lo que la falta de planeación, según estos datos, también incrementa los síntomas depresivos.

Entre las situaciones de la infancia, la separación o pérdida del padre antes de los 11 años, misma que ocurrió en una tercera parte de la muestra, se relacionó significativamente con los síntomas de depresión, resultado similar al documentado por otros autores (16). La separación de la madre –en 10% de las mujeres–, no se relacionó con dichos síntomas, contrariamente a lo que otros autores han documentado en embarazadas (16) y no embarazadas (7). No contamos con elementos para darle una mayor explicación a este resultado.

La adversidad en la infancia, en la forma de patología mental en los padres o consumo de sustancias de éstos es un factor de riesgo de depresión en la población en general (15). Los resultados que aquí se obtuvieron muestran una relación significativa entre los síntomas de depresión de la embarazada y la posible depresión en la madre o en el padre y el consumo problemático de alcohol en el padre –según es percibida por la propia entrevistada.

Los resultados sobre apoyo social y depresión van en la misma línea que los de otros autores (9, 23), en el sentido de que la falta de apoyo emocional y práctico se relaciona con mayor depresión.

Por último, la construcción de un modelo con algunas de estas variables mostró que, ser madre soltera o

divorciada, la posible depresión en la madre, la sintomatología depresiva previa y la carencia de apoyo práctico fueron las variables que predijeron la sintomatología depresiva.

En conclusión, los factores de riesgo que se encontraron en este estudio son similares a los documentados en otros países y semejantes a aquéllos que incrementan el riesgo de depresión en otros momentos de la vida. No obstante, en el embarazo, estos factores tienen consecuencias mayores, tales como: efectos adversos en el desenvolvimiento del embarazo e incremento significativamente de depresión en el posparto.

Proyecto parcialmente financiado por el CONACYT (Salud-2003-COI.021).

REFERENCIAS

1. ACEVEDO MC: The role of acculturation in explaining ethnic differences in the prenatal health-risk behaviors, mental health, and parenting beliefs of Mexican American and European American at-risk women. *Child Abuse Neglect*, 24(1):111-127, 2000.
2. ALVARADO R, ROJAS M, MONARDES J, NEVES E y cols.: Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. *Revista Psiquiatría*, IX(3-4):1168-1176, 1992.
3. ALVARADO R, PERUCCA E, NEVES E, ROJAS M y cols.: Cuadros depresivos durante el embarazo y factores asociados. *Revista Chilena Obstetricia Ginecología*, 58(2):135-141, 1993.
4. APPLEBY L: Suicidal behavior in childbearing women. *International Review Psychiatry*, 8:107-115, 1996.
5. BENNETT HA, EINARSON A, TADDIO A, KOREN G, EINARSON TR: Depression during pregnancy. Overview of clinical factors. *Clinical Drug Investigation*, 24(3):157-179, 2004.
6. BERNAZZANI O, SAUCIER JF, DAVID H, BORGEAT F: Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. *J Psychosomatic Research*, 42(4):391-402, 1997.
7. BROWN GW, HARRIS T, COPELAND JR: Depression and loss. *British J Psychiatry*, 130:1-18, 1977.
8. CHAUDRON LH, KLEIN MH, REMINGTON P, PALTA M y cols.: Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *J Psychosomatic Obstetric Gynaecology*, 22(2):103-112, 2001.
9. DA-SILVA VA, MORAES-SANTOS AR, CARVALHO MS, MARTINS MLP, TEIXEIRA NA: Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Brazilian J Medical Biological Research*, 31:799-804, 1998.
10. EVANS J, HERON J, FRANCOMB H, OKE S, GOLDING J: Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical J*, 323(4):257-260, 2001.
11. GAYNES BN, GAVIN N, MELTZER-BRODY S, LOHR KN y cols.: *Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. Evidence Report/Technology Assessment No. 119.* (Preparado para the RTI-University of North Carolina Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0016.) AHRQ Publication No. 05-E006-2. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, 2005.
12. GOLDNEY R, FISHER L, DAL GRANDE E, TAYLOR A: Subsyndromal depression: prevalence, use of health services and quality of life in an Australian population. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 39:293-298, 2004.

13. GOTLIB IH, WHIFFEN VE, WALLACE PM, MOUNT JH: Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *J Abnormal Psychology*, 100(2):122-132, 1991.
14. HEILEMANN M, FRUTOS L, LEE K, KURY FS: Protective strength factors, resources, and risks in relation to depressive symptoms among childbearing women of Mexican descent. *Health Care Women International*, 25(1):88-106, 2004.
15. KESSLER R, MAGEE W: Childhood adversities and adult depression: basic patterns of association in a US national survey. *Psychological Medicine*, 23:679-690, 1993.
16. KITAMURA T, SUGAWARA M, SUGAWARA K, TODA MA, SHIMA S: Psychosocial study of depression in early pregnancy. *British J Psychiatry*, 168(6):732-738, 1996.
17. KUMAR R, ROBSON KM: A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British J Psychiatry*, 144:35-47, 1984.
18. MARCUS SM, FLYNN HA, BLOW FC, BARRY KL: Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Womens Health*, 12(4):373-380, 2003.
19. MORALES-CARMONA F, LUQUE-COQUI M, BARROSO-AGUIRRE J: Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos ginecoobstétricos. *Perinatología Reproducción Humana*, 16:157-162, 2002.
20. MUÑOZ RF, YING Y: *The Prevention of Depression. Research and Practice*. Johns Hopkins University Press. Hemisphere Publishing, Baltimore, Londres, Washington, 1993.
21. NONACS R, COHEN LS: Depression during pregnancy: diagnosis and treatment options. *J Clinical Psychiatry*, 63(Sup 7):24-30, 2002.
22. O'HARA MW, REHM LP, CAMPBELL SB: Predicting depressive symptomatology: cognitivebehavioral models and postpartum depression. *J Abnormal Psychology*, 91:457-461, 1982.
23. O'HARA MW: Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archivo General Psychiatry*, 43:569-573, 1986.
24. ORTEGA L, LARTIGUE T, FIGUEROA ME: Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS). *Perinatología Reproducción Humana*, 15:11-20, 2001.
25. RADLOFF L: The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1:385-401, 1977.
26. RIGHETTI-VELTEMA M, CONNE-PERREARD E, BOUSQUET A, MANZANO J: Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affective Disorders*, 49:167-180, 1998.
27. SOLOMON A, HAAGA D, ARNOW B: Is clinical depression distinct from subthreshold depressive symptoms? A review of the continuity issue in depression research. *J Nervous Mental Disease*, 189(8):498-506, 2001.
28. SPSS (Paquete estadístico para las ciencias sociales para Windows) Versión 11.05 Chicago, EU: SPSS, Inc. 2002. Software de computadora.
29. STEER RA, SCHOLL TO, HEDIGER ML, FISCHER RL: Self-reported depression and negative pregnancy outcomes. *J Clinical Epidemiology*, 45(10):1093-9, 1992.
30. ZAYAS LH, CUNNINGHAM M, MCKEE MD, JANKOWSKI KR: Depression and negative life events among pregnant African-American and Hispanic women. *Women's Health Issues*, 12(1):16-22 2002.