



UNIVERSIDAD VERACRUZANA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DIRECCIÓN REGIONAL SUR
DELEGACIÓN VERACRUZ NORTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 61



**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A
DEPRESIÓN EN MUJERES EN ETAPA PERINATAL”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Elsa Patricia Lara Gutiérrez

ASESORES:

Dr. Félix Gilberto Islas Ruz

Dr. Félix Guillermo Márquez Celedonio

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Javier y Elsa a los cuales admiro y quienes día a día han sido un ejemplo de honestidad, trabajo, tenacidad, empatía. Les agradezco infinitamente su amor, apoyo, respeto y comprensión.

A mis abuelos que mejor ejemplo que el de ustedes a pesar de las adversidades y enfermedades son unos guerreros de vida.

A mis hermanos Jorge y Paulina por compartir conmigo las alegrías, los triunfos y ayudarme a levantarme de los fracasos. Por el simple hecho de ser mis hermanos.

A mis hijos Jael y Joshua ellos son la razón de mi ser y de mi existir, la inspiración de mi alma. Los Amo.

A ti Julio mi compañero de vida, sé que esta etapa no ha sido la mejor de nuestro camino aun así te agradezco las noches de desvelo compartidas, los sacrificios que dejaron de ser solo míos y propios de mi carrera para ser también parte de tu vida y todas sus consecuencias...

A toda mi familia (Suegros, Cuñada, Nana, Tíos, Primos) que de alguna u otra forma siempre estuvieron disponibles para ayudarme aun con la distancia y los pormenores de esta etapa de mi vida.

A todos mis maestros que además de ser mis guías y ejemplos en el ámbito académico me han enseñado a querer y respetar a esta mi noble y adorada profesión así como recordarme que en la escala de valores lo primordial es ejercer de manera digna.

A mis compañeros y a mis amigos por que en todo este tiempo siempre han estado ahí a pesar de las inclemencias.

A mis asesores de tesis Dr. Islas y Dr. Márquez por compartir todas sus enseñanzas y por la paciencia para poder concretar este trabajo.

A dios por permitirme ser un instrumento e iluminarme para ser mejor persona y profesionalista siempre estas a mi lado y sin ti no seria nada. No sueltes mi mano.

AUTORIZACIÓN PARA IMPRESIÓN

**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A
DEPRESION EN MUJERES EN ETAPA PERINATAL”**

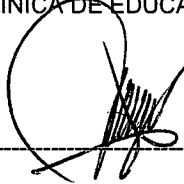
ASESOR



DR. FELIX GILBERTO ISLAS RUZ

Investigador asociado

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN



DR. FELIX GUILLERMO MARQUEZ CELEDONIO

Coordinador clínico de educación e investigación

Unidad de Medicina Familiar No. 61

COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA UMF 61



IMSS

**U. M. F. No. 61
VERACRUZ VER.**

EDUCACION MEDICA E INVESTIGACION

INDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCION.....	3
MATERIAL Y METODOS.....	6
RESULTADOS.....	8
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	11
BIBLIOGRAFIA.....	13

RESUMEN

Objetivo. Determinar la prevalencia de la depresión perinatal en las pacientes de la UMF 61.

Material y métodos. Encuesta transversal; se aplicó la Escala de Depresión Perinatal Edinburgh a pacientes que acudieron a control prenatal del 3er. Trimestre, a control del puerperio fisiológico o del Niño Sano, en el área de consulta en la UMF 61 durante Diciembre del 2011 y Enero del 2012, mediante muestreo y tamaño de muestra no probabilístico. El cuestionario autoadministrado "Escala de Depresión Perinatal Edinburgh" consta de 10 ítems, y confiabilidad Alpha de 0.9, se analizó con medidas de tendencia central, Chi cuadrada y OR con IC al 95% y significancia de $p < 0.05$.

Resultados. Se aplicaron 100 encuestas de las cuales se eliminó una por datos incompletos, con una prevalencia en este grupo perinatal de 25%. Con edad promedio de 26 ± 5 sin depresión y de 27 ± 5 años con depresión; el Número de embarazos fue de las pacientes con depresión con uno 32% (8) y sin depresión 41% (30), con atención prenatal las pacientes con depresión fue de 100% y sin depresión 82% (61). Además las pacientes posparto entrevistadas mostraron un OR de 35 (IC 95% 10.3-124.09) y una $p < 0.00$. Y con antecedentes de depresión perinatal OR de 14 (IC 95% 4.5-45.5) Y $P < 0.00$

Conclusión. Se encontró una prevalencia de 25% de depresión perinatal, asociado a pacientes posparto y antecedentes de depresión perinatal.

Palabras claves. Depresión-Etapa perinatal-Cuestionario de Edimburgo.

ABSTRACT

Objective. To determine the prevalence of perinatal depression in patients of the FMU-61

Material and methods. Using a cross-sectional survey questionnaire was applied Edinburgh Perinatal Depression Scale in patients attending the 3rd prenatal care. Quarter to control postpartum physiological or Healthy Child, in the area of the FMU 61 consultation during December of 2011 and January of 2012, through sampling and non-probabilistic sample size. And after signing informed consent, so variables were collected for subsequent applications heteroadministrada self-administered questionnaire "Edinburgh Perinatal Depression Scale" which consists of 10 items, and reliability Alpha of 0.9, was analyzed with measures of central tendency, chi square OR with 95% CI and significance of $p < 0.05$.

Results. 100 surveys were applied which eliminated one because of incomplete data, with a prevalence in this group perinatal 25%. Mean age 26 ± 5 without depression and 27 ± 5 years with depression, the number of pregnancies was depressed patients with a 32% (8) and without depression 41% (30), with attention prenatal patients with depression was 100% and 82% without depression (61). Also interviewed postpartum patients showed an OR of 35 (95% CI 10.3-124.09) and $p < 0.00$. And with a history of perinatal depression OR of 14 (95% CI 4.5-45.5) $p < 0.00$

Conclusion. We found a prevalence of 25% of perinatal depression, postpartum patients associated with a history of perinatal depression.

Keywords. Perinatal depression. Edinburgh-scale perinatal care.

INTRODUCCION

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, es decir, una alteración en el humor. Algunos de los síntomas que presentan las personas con depresión son, pérdida de interés, de la capacidad de disfrute al realizar actividades académicas, laborales, sexuales, disminución de apetito, alteración en el sueño, cambios psicomotores, falta de energía, cansancio, fatiga, sentimiento de culpa, refieren falta de concentración e incapacidad para tomar decisiones ¹. Se puede presentar en cualquier etapa de la vida, pero cada vez llama más la atención cuando se presenta en el periodo perinatal que comprende la gestación, parto, puerperio y el primer año de la vida, por ser una fase del ciclo vital vulnerable que enfrenta la mujer por las eventuales complicaciones en el curso del embarazo, en el momento del parto y en los primeros años de vida del producto, además por los profundos cambios físicos y psíquicos que tienen lugar en las relaciones de la mujer consigo misma, con su pareja, sus padres y el feto; por lo que en Medicina Familiar se considera como una crisis de desarrollo durante el ciclo vital de la familia ^{2, 3}. La depresión durante el embarazo, se asocia a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal o el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, sustancias ilegales) ^{4, 5}.

Se menciona que un 10% de las mujeres en etapa perinatal presenta depresión, y que entre el 10 y 20% de las mujeres en etapa posparto solicitan atención a partir del segundo o tercer mes y, en pocos casos, en los primeros días posparto, lo que convierte a la depresión en una enfermedad común durante la etapa perinatal ^{6, 7}.

Se ha estimado que el cinco por ciento de las mujeres embarazadas en Estados Unidos de América (EUA) sufre de depresión mayor. Otro estudio epidemiológico realizado en el mismo país, encontró una prevalencia de 10% de depresión mayor en mujeres durante la gestación ^{8,9}.

En México, la prevalencia de depresión (probable episodio depresivo) en dos muestras distintas de embarazadas que acudieron a su control prenatal al Instituto Nacional de Perinatología (INPER), fue de alrededor de 17%. Estas muestras fueron evaluadas a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS por sus siglas en inglés) de Cox, Holden y Sagosky con un punto de corte de 12 a 13; cuando se utilizó como punto de corte 7 y 8, la prevalencia fue de 29.4% ¹⁰.

En la mujer embarazada, la depresión se asocia con una peor alimentación y menos búsqueda de cuidados prenatales. También, la mujer tenderá a fumar y a usar alcohol con mayor frecuencia y tendrá peor higiene. Entre más deprimida está la mujer, la naturaleza del problema hace que precisamente busque menos ayuda y no busque servicios para mejorarla ¹¹.

En la depresión posparto puede haber algunas manifestaciones adicionales. Cuando la depresión es grave, puede tener una sensación de futilidad y sentir que no vale la pena vivir, y que por lo tanto, ayudaría a su niño si éste muriera junto con ella ¹²

Así en estudios por Lucía Ortega y cols, encontramos en su estudio de prevalencia de depresión de mujeres durante el último trimestre del embarazo fue de 17%, semejante a las reportadas en Europa en estudios de Cox utilizando la Escala de Depresión Perinatal Edinburgh (EDPS), en una muestra de mujeres Mexicanas Embarazadas donde se obtuvo una confiabilidad Alpha de Cronbach de 0.818 en la escala global ^{13,14}.

Al respecto, se han diseñado varias escalas para el tamizaje de esta patología, entre las cuales se encuentra la escala de depresión posparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) ¹⁵. Que consta de 10 reactivos, en dos factores, el primer factor que abarca los reactivos 1, 2, 7, 10; están más relacionados con sentimientos depresivos y el segundo factor con los reactivos 3-6 con ansiedad y/o transición hacia la maternidad ¹⁶.

Es un instrumento de auto reporte, el cual ha sido validado en múltiples países, estimándosele una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de 82% para evaluar la Intensidad de la depresión durante el posparto.

Este instrumento consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos ¹⁷. Por lo que el propósito de este estudio es determinar la prevalencia de Depresión perinatal en las pacientes de la UMF 61

MATERIAL Y METODOS

Por medio de una encuesta transversal se aplicó el cuestionario Escala de Depresión Perinatal Edinburgh a todas las pacientes que fueron a su control prenatal del 3er. Trimestre y aquellas que acudieron además a control del puerperio fisiológico o del Niño Sano Recién nacido, en el área de consulta externa o del módulo de atención prenatal en la UMF 61 durante el mes de Diciembre del 2011 y Enero del 2012. Mediante un muestreo por conveniencia conforme se presentaron las pacientes y una muestra no probabilística de 100 pacientes para este estudio. Con los criterios de inclusión de embarazadas del 3er. Trimestre que acudieron a su control, púérperas que se presentaron en Consulta Externa y a la atención del Recién Nacido, de exclusión con antecedentes personales de depresión, con producto obitado.

Se les explico a la paciente sobre la importancia de su colaboración al estudio de investigación, los beneficios que reportaría el mismo y previa firma de consentimiento informado, se realizó la Recolección de Variables de manera heteroadministrada que consistieron en tabaquismo que se tomó como positivo al consumir por lo menos 5 cigarrillos al día durante 5 años, alcoholismo que se tomó como positivo la ingesta de 12 o más tragos a la semana, malos hábitos alimenticios al consumir por lo menos tres veces a la semana refrescos, frituras, pastelitos, alimentos "chatarra" o ingesta de grasas en abundancia. Para posteriormente se aplicó el cuestionario auto administrado "Escala de Depresión Perinatal Edinburgh" el cual consto de 10 ítems con valor cada uno de 0 a 3, con

una puntuación máxima de 30 puntos y cuyo punto de corte será 12, que por arriba de él se tomara como depresión perinatal y por debajo como no depresión perinatal. Se analizó para variables categóricas con frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y además inferencial con Chi cuadrada, Razón de momios con IC al 95% y significancia de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se aplicaron 100 encuestas de las cuales se eliminó una por datos incompletos, con una prevalencia en este grupo perinatal de 25%, con edad promedio de 26 ± 5 sin depresión y de 27 ± 5 años con depresión; la escolaridad se mostró con primaria 12% (3) con depresión y sin depresión 7% (5), el Número de embarazos que presentaban estas pacientes fue un embarazo de las pacientes con depresión con uno 32% (8) y sin depresión 41% (30), con atención prenatal las pacientes con depresión fue de 100% y sin depresión 82% (61); los demás datos se pueden observar en el Cuadro I.

En la tabla 1 se puede observar que los pacientes con depresión con malos hábitos dietéticos fueron 16% (4) con depresión y 7% (5) sin depresión con un Riesgo de 2.6 (IC 95% 0.64-10.6) una $p < 0.16$; las pacientes posparto entrevistadas fueron con depresión 76% (19) y sin depresión 8% (6); con un OR de 35 (IC 95% 10.3-124.09) y una $p < 0.00$.

En el grupo de mujeres con depresión 14 (56%) tuvieron antecedentes personales de depresión en comparación con seis (8%) del grupo sin depresión perinatal ($p < 0.001$), se obtuvo para esta variable de exposición RM 14.4 e IC95% (4.5-45.5). Diecinueve pacientes (76%) del grupo con depresión perinatal y seis (8%) del grupo control se encontraban en el postparto ($p < 0.001$), RM 35.8 IC95% (10.3-124.1)

CUADRO I
CARACTERISTICAS DE LA POBLACION CON Y SIN
DEPRESION PERINATAL DE LA UMF 61

CARACTERISTICAS	CON DEPRESION	SIN DEPRESION
	n= 25	n=74
ESCOLARIDAD		
PRIMARIA	12% (3)	7% (5)
SECUNDARIA	24% (6)	35% (26)
PREPARATORIA	44% (11)	30% (22)
LICENCIATURA	20% (5)	24% (18)
POSGRADO	_____	4% (3)
NUMERO DE EMBARAZOS		
CERO	8% (2)	3% (2)
UNO	32% (8)	41% (30)
DOS	28% (7)	39% (29)
TRES	28% (7)	12% (9)
CUATRO	_____	5% (4)
ATENCION PRENATAL		
CON ATENCION	100% (25)	82% (61)
SIN ATENCION	-----	18% (13)

TABLA 1
FACTORES ASOCIADOS A DEPRESION PERINATAL

VARIABLE	CON DEPRESION	SIN DEPRESION	OR	IC 95%	p*
CON MALOS HABITOS	16% (4)	7% (5)	2.6	0.64-10.6	<0.165
TABAQUISMO	4% (1)	3% (2)	1.5	0.13-17.2	<0.744
ALCOHOLISMO	8% (2)	1% (1)	6.3	0.55-73.2	<0.094
CON ANTECEDENTES DE DEPRESION	56% (14)	8% (6)	14.4	4.5-45.5	<0.000
POSPARTO	76% (19)	8% (6)	35.8	10.3-124.09	<0.000

Valores de p obtenidos con Chi cuadrada con corrección de Yates o con Prueba Exacta de Fisher.
OR=Odds ratio; IC95= Intervalos de confianza del 95%

DISCUSION

En este grupo encontramos una prevalencia de depresión de 25%, que fue más elevada que la encontrada en países como Estados Unidos que es de 10% aunque mencionan que en mujeres gestante y en México se ha hallado una prevalencia de 17% ^{18, 19}, con un punto de corte similar al nuestro, ya que con un punto de corte menor como de 8 esta aumenta a 29% ¹⁰. Otros países como Brasil, se encontró una depresión sobre todo en etapa posparto de 19% ²⁰. Aunque algunos no asocian la escolaridad con la depresión perinatal, en nuestro estudio hallamos que predominó la educación preparatoria en las pacientes con depresión, ya que otros autores si lo relacionan con el nivel socioeconómico que no fue objeto de nuestro estudio además con una prevalencia similar de 23% a nuestra investigación ²¹. Sin embargo en 16% de las pacientes con depresión se presentó malos hábitos dietéticos, pero no se halló asociación significativa, que sin embargo algunos autores han mencionado que la depresión la encontraron asociada a una pobre nutrición ²². Hay otros investigadores que mencionan que el riesgo mayor de depresión perinatal es el posparto ²³, como sucedió en nuestro estudio donde se observó que un 76% de las pacientes con depresión se hallaba en el periodo posparto y representó un OR de 35 (IC 95% 10-124) y una $p < 0.00$; se menciona por algunos investigadores la relación del tabaquismo y alcoholismo asociado depresión perinatal, pero en nuestro estudio no se mostró asociación aunque se observó como factor de riesgo ²⁴. Como la presencia de antecedentes personales de depresión posparto en la mujeres con depresión que fue de 56% con un OR de

14 (IC 95% 4.5-45.5) y una $p < 0.00$, que como se menciona en algunos artículos, se predispone a la depresión al haber antecedentes, aunque no valoramos antecedentes personales de depresión ²⁵. Además algunos autores mencionan sobre la asociación de depresión con eventos perinatales, pero aún hay controversia en la literatura médica, sobre ello, ya que hasta lo han asociado con la anestesia epidural ²⁶ Esto determina su origen multifactorial que influye en la prevalencia de la depresión perinatal, ya que se necesita más estudios para asegurar un buen estudio de la morbilidad de esta entidad; además es necesario realizar un diagnóstico temprano para que nuestras pacientes sean derivada a los servicios de apoyo para intervenir e iniciar en la medida de lo posible tratamiento del estado de ánimo mismo que se verá reflejado en el ambiente familiar para una mejor calidad de vida.

Conclusión. En este estudio encontramos en el grupo de mujeres con atención perinatal una prevalencia del 25%, y riesgos asociados de antecedentes personales de depresión posparto y de presentarse en el periodo postnatal.

BIBLIOGRAFIA

1. Mayra Chávez-Courtois-Itzel González-Pacheco. Presencia de la depresión perinatal y la relación madre-infante. Estrategia metodológica para una mirada sociocultural. Revista diversitas - Perspectivas en psicología. Vol. 4, N.º1, 2008.
2. Latirgue T, Vives J. La formación del vínculo materno-infantil. Un estudio comparativo longitudinal. Revista Mexicana de Psicología 1992; 9 (2); 127-42.
3. Vives J, Latirgue T. Factores psicológicos del periodo perinatal. En: Latirgue T. (com). Salud comunitaria: Una vision Panorámica, México: Universidad Iberoamericana; 1991 p. 135-49.
4. Gilchrist G, Gunn J. Observational studies of depression in primary care: what do we know? BMC Fam Pract 2007;8:28.
5. Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. Acta Psychiatr Scand 2007;115:481-6.
6. Lee D., Yip A., Chan S., Tsui M., Wong & Chung, Tony (2003). Postdelivery screening for postpartum depression. *Psychosomatic Medicine*, 65, 357-3561.
7. Oren D. An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. American Journal of Psychiatry 2002; 159: 666-9.
8. Cohen LS, Rosenbaum JF. Psychotropic use during pregnancy: weighing the risks. Journal of Clinical Psychiatry 1998; 59: 18-28.
9. Stewart D. Depression during pregnancy. Canadian Family Physician 2005; 51: 1061-3.
10. Teresa Lartigue, J. Martín Maldonado-Durán, Itzel González-Pacheco Juan Manuel Saucedo-García. Depresión en la etapa perinatal. Perinatol Reprod Hum. vol. 22 no. 2; abril-junio 2008.

11. Oren D. An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159: 666-9.
12. Miller LJ. Clinical strategies for the use of psychotropic drugs during pregnancy. *Psychological Medicine* 1991; 9: 275-98.
13. Cox J, Chapman G, Murray D, Jones P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS) in Non-Postnatal Women. *Journal of affective disorders*. 1996; 39: 185-9.
14. L. Ortega, T Latirgue, M.E. Figueroa. Prevalencia de depresión a través de la Escala de Depresión Perinatal Edinburgh (EDPS), en una muestra de mujeres Mexicanas Embarazadas. *Perinatología Reproducción Humana*. 2001; 15: 11-20.
15. Evans G, Vicuña M, Marín R. Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003; 68(6):491-4.
16. Orejarena SJ. Trastornos afectivos posparto. *MedUNAB* 2004; 7(20):134-9.
17. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2007;67(3):187-91.
18. Lartigue T. Dinámica inconsciente de la depresión perinatal. En: Koltieniuk M, et al. (comps.). *El Inconsciente freudiano*. México: Editores de Textos Mexicanos; 2004, p. 139-53.
19. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH, Piontek CM, Findling RL. Prevention of postpartum depression. A pilot randomized clinical trial. *Am J Psych* 2004; 161: 1290-2.
20. Lovisi GM, Lopez JR, Coutinho ES, Patel V. Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil. *Psychological Medicine* 2005; 35(10): 1485-92.
21. Vikram, P., Rodrigues, M. & De Souza N. (2002). Gender Poverty and Postnatal Depression: A Study of Mothers in Goa, India. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 43-7.

22. Norbeck JS, Tilden VP. Life stress, social support, and emotional disequilibrium in complications of pregnancy: a prospective, multivariate study. *J Health Soc Behav* 1983;24:30–46.
23. Oates, M., Cox, J., Neema, S., Asten, P., Glangeaud-Freudenthal, N., Figueiredo, B. et al. (2004). Postnatal depression across countries and cultures: A qualitative study. *British Journal of Psychiatry Supplement*, 184 (46), 10-16.
24. González I, Lartigue T, Vázquez G. Experiencias adversas en la infancia y/o adolescencia e infecciones de transmisión sexual en la gestación. *Salud Mental* 2008.
25. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders* 2004; 80(1): 65-73.
26. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323:257–60.