

Prevalencia de depresión durante la gestación.

Prevalence of depression during pregnancy.

María del Pilar Bao-Alonso¹, Johann M. Vega-Dienstmaier², Pedro Saona-Ugarte³

RESUMEN

Objetivos: Estimar la prevalencia de depresión durante la gestación y estudiar posibles factores asociados a ésta. **Material y Métodos:** Entre los meses de marzo y julio del 2004, se incluyeron 203 pacientes embarazadas que acudían al Consultorio Externo de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima, Perú. Se registraron los datos personales, obstétricos, socioeconómicos y psiquiátricos de las gestantes, y se les aplicó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). **Resultados:** Un 34,7% de las embarazadas tuvo puntajes de la EPDS > 13,5. La prevalencia estimada de depresión mayor en las pacientes gestantes, tomando en cuenta la sensibilidad y especificidad de la EPDS para el punto de corte 13,5, fue 22,25%. Se obtuvieron puntajes totales de EPDS con una media de 11,3 y una desviación estándar de 6,2. Los factores asociados a mayores niveles de depresión medidos con la EPDS fueron: ser soltera ($p < 0,001$), ausencia de educación superior ($p = 0,039$), embarazo no deseado por la pareja ($p = 0,004$) o por la paciente ($p = 0,021$) e historia de depresión previa a la gestación ($p = 0,003$). **Conclusión:** La prevalencia estimada de depresión durante la gestación en las pacientes ambulatorias de nuestro estudio es más elevada que la encontrada en la literatura mundial en mujeres embarazadas y postparto, sin embargo, similar a la hallada en otro estudio realizado en el Perú con gestantes. Los factores asociados con mayores puntajes en la EPDS fueron ser soltera, no tener educación superior, no desear la gestación y haber presentado diagnóstico previo de depresión. (*Rev Neuropsiquiatr* 2010;73:95-103).

PALABRAS CLAVE: Depresión, gestación, prevalencia, EPDS.

SUMMARY

Objective: To estimate the prevalence of depression during pregnancy and to study the factors probably associated with it. **Methods:** We interviewed 203 pregnant women who went to Hospital Nacional Cayetano Heredia Obstetrics' Clinical Office in Lima, Perú, between March and July of 2004. We asked for personal, obstetric, socioeconomic and psychiatric factors; and applied the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). **Results:** EPDS scores were greater than 13.5 in 34.7% of the subjects. The estimated prevalence of major depression, calculated taking into account the sensitivity and specificity of EPDS for a threshold of 13.5, was 22.25%. The average score of EPDS was 11.3, and the standard deviation 6.2. We found association between depression levels and single marital status ($p < 0.001$), absence of superior education ($p = 0.039$), absence of partner's desire for pregnancy ($p = 0.004$), absence

¹ Médico. Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

² Psiquiatra. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Servicio de Neuro-Psiquiatría, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú.

³ Gineco-obstetra. Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

of patient's desire for pregnancy ($p=0.021$) and history of previous depression ($p=0.003$). **Conclusion:** The estimated prevalence of depression during pregnancy in our outpatients was higher than that found in the literature in pregnant or postpartum women, however was similar to that found in another Peruvian study in pregnant women. The factors associated with having higher scores of EPDS were single marital status, absence of superior education, unwanted pregnancy and history of depression. (*Rev Neuropsiquiatr 2010;73:95-103*).

KEY WORDS: Depression, pregnancy, prevalence, EPDS.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos afectivos, sobre todo la depresión, figuran entre los trastornos psiquiátricos más prevalentes en los adultos. La prevalencia de depresión mayor en mujeres en algún momento de su vida oscila entre 14 y 21 % (1).

Se sabe que las mujeres presentan con más frecuencia trastornos del estado de ánimo, principalmente en la edad reproductiva, pudiendo ser la gestación y el post-parto momentos de relevancia para su desarrollo debido a cambios fisiológicos, hormonales y psicológicos importantes (2,3).

Se ha planteado que niños nacidos de madres con trastornos depresivos durante la gestación tienen mayor riesgo de presentar bajo peso al nacer, deficiencias en el estado nutricional, menor actividad, disminución en el tono muscular, menor orientación auditiva y visual, alteraciones en los patrones de sueño y mayor irritabilidad en los exámenes neuroconductuales; y asimismo, de ser menos activos, menos robustos y menos expresivos ante situaciones de sorpresa y alegría, concluyéndose que estados de depresión u otros trastornos psiquiátricos durante la gestación influyen en el desarrollo fetal y posteriormente en el comportamiento de los niños (3,4). Adicionalmente, los hijos de mujeres con problemas de salud mental tienen mayor riesgo de presentar infecciones y enfermedades diarreicas, de ser hospitalizados y ser admitidos en una unidad de cuidados intensivos neonatales, de no completar los esquemas de vacunación y de tener problemas en el desarrollo físico, cognitivo, social, conductual y emocional (3).

Andersson et al (2) hallaron que la prevalencia de desórdenes psiquiátricos en mujeres en el segundo trimestre de la gestación era de 14,1%, diagnosticando depresión mayor en 3,3% de pacientes y depresión menor en 6,9%.

Evans et al (5) aplicaron la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) en diferentes momentos del embarazo (18 y 32 semanas) y postparto (8 semanas y 8 meses), concluyendo que los síntomas de depresión no son más comunes o severos en el postparto que durante la gestación. Ortega et al (6) estudiaron 360 mujeres gestantes entre las 28 y 34 semanas aplicando la EPDS, encontrando 21,7% de mujeres con un puntaje de 12 ó más, lo que indicaba "casos probables" de mujeres con sintomatología depresiva.

En pacientes gestantes es difícil identificar los síntomas depresivos, como por ejemplo, fatiga, falta de energía o disminución del interés por las actividades diarias cotidianas, ya que podrían atribuirse al estado fisiológico de la gestación, dando lugar a confusión. Es por esto que, algunos autores, sugieren que para estudiar depresión en el embarazo y el postparto hay que utilizar instrumentos distintos a los usuales (2).

El presente estudio fue diseñado con el objetivo de tener un estimado de la prevalencia de depresión en pacientes gestantes que acuden a consulta externa de obstetricia en un hospital general. Asimismo, pretende estudiar posibles asociaciones entre los niveles de depresión y las características sociodemográficas y antecedentes gineco-obstétricos y psiquiátricos de las mujeres gestantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio trasversal, descriptivo y correlacional. Se invitó a participar a pacientes gestantes mayores de 14 años, desde el 24 de marzo hasta el 27 de julio de 2004, mientras esperaban ingresar al Consultorio Externo de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) en Lima, Perú. En dicho consultorio usualmente se atienden pacientes derivadas de centros de salud o con algún factor de riesgo para la gestación.

Las pacientes incluidas en nuestro estudio debían tener diagnóstico de gestación confirmada por ecografía del primer trimestre o presencia de latidos cardiacos fetales al momento de la evaluación y haber firmado el consentimiento informado previamente a la aplicación de la encuesta. Se excluyeron a las gestantes con incapacidad para leer, escribir o entender el cuestionario por dificultades del lenguaje, o con alguna patología que impida la aplicación de la encuesta, como diagnóstico de retardo mental o trastornos psicóticos.

A las gestantes se les aplicó un cuestionario que incluyó preguntas concernientes a datos personales, socioeconómicos, obstétricos, de planificación familiar y antecedentes depresivos y de complicaciones durante la gestación. Asimismo, se administró la EPDS, la cual se creó primariamente para tamizaje de depresión en la mujer después del parto y es usada para ese fin internacionalmente. Se han hecho múltiples estudios de validación de la EPDS, obteniéndose una sensibilidad de 68% - 86% y una especificidad de 78% - 96% (7-9). La EPDS ha sido traducida en varios países (10-12) y usada en el período antenatal (5,10,13-15). En el Perú, la escala ha sido validada en mujeres durante el periodo postnatal (entre el momento del parto y 1 año después de éste), sugiriéndose 13,5 como punto de corte óptimo en esta población, con 84,2% de sensibilidad y 79,5% de especificidad para el diagnóstico de depresión mayor (12). La EPDS consta de 10 preguntas que se califican del 0 al 3, pudiendo alcanzarse puntajes hasta 30. En el presente estudio consideraremos un puntaje total de la EPDS mayor a 13,5 como indicativo de depresión en la gestante.

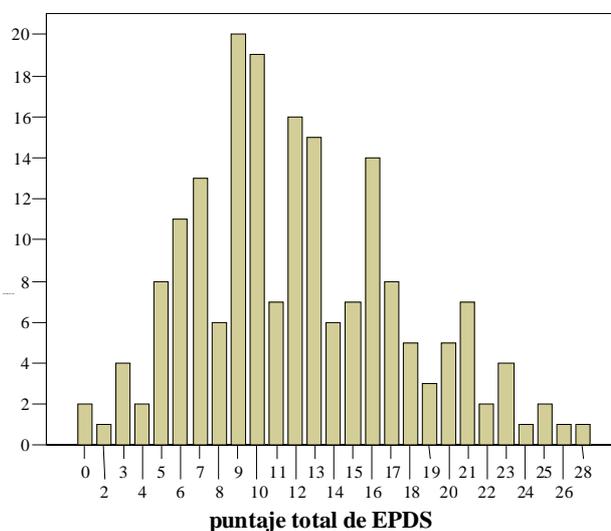
El instrumento utilizado en este trabajo fue aplicado previamente en un estudio piloto con 30 pacientes que acudieron al Consultorio Externo de Obstetricia del HNCH. Debido a la comprensión y fácil aplicación del cuestionario, se empleó el mismo para el estudio definitivo y se incluyeron las pacientes del estudio piloto.

Se calculó la estimación de la prevalencia de depresión mayor sobre la base del porcentaje de mujeres que tenían EPDS >13,5 tomando en cuenta la sensibilidad (0,8421) y especificidad (0,7947) de la escala (12), según la fórmula: $P = (Ph + e - 1) / (s + e - 1)$; en donde: P= prevalencia estimada de depresión mayor; Ph= prevalencia hallada de EPDS por encima del punto de corte; e= especificidad y s= sensibilidad. Dicha fórmula se obtiene en función de la prevalencia hallada por un instrumento de la siguiente manera:

Consideremos a una población de N individuos, con una prevalencia real (P) de un trastorno, la cual es evaluada con un instrumento de detección para dicho trastorno que tiene una sensibilidad (s) y una especificidad (e). Entonces: El número de individuos enfermos en dicha población es $N \times P$ y el número de sujetos enfermos detectados por nuestro instrumento (verdaderos positivos) será $N \times P \times s$. Por otro lado, la cantidad de individuos sanos será $N(1 - P)$; el número de sujetos sanos detectados como tales por el instrumento (verdaderos negativos) será $N(1 - P) \times e$; y la cantidad de sujetos sanos considerados como enfermos por el instrumento (falsos positivos) será $N(1 - P)(1 - e)$. El total de sujetos que fueron considerados enfermos (positivos) por el instrumento será entonces $N \times P \times s + N(1 - P)(1 - e)$ y la prevalencia hallada por el instrumento (Ph) será: $Ph = (N \times P \times s + N(1 - P)(1 - e)) / N$, es decir: $Ph = P \times s + (1 - P)(1 - e)$. Si despejamos P (la prevalencia real) tenemos: $P = (Ph + e - 1) / (s + e - 1)$.

El análisis estadístico fue procesado en el programa SPSS versión 11.0. Se utilizaron las pruebas estadísticas de T- test, para analizar las diferencias de los promedios de la EPDS según esté ausente o presente determinada variable dicotómica, y los coeficientes de correlación de Spearman y de Pearson, para buscar relaciones entre los puntajes de la EPDS y las variables numéricas.

Gráfico 1. Frecuencias de puntajes obtenidos mediante la escala EPDS.



RESULTADOS

Se entrevistaron 203 pacientes gestantes, que acudieron a Consultorio Externo de Obstetricia del HNCH, de las cuales 190 concluyeron la EPDS.

La tabla 1 describe las principales características de la población encuestada. Cabe resaltar que la prevalencia de depresión según la EPDS fue de 34,7% de gestantes (intervalo de confianza al 95% (IC-95)=28-42%), con una prevalencia estimada de depresión mayor de 22,25%, calculada sobre la base de la especificidad y sensibilidad de la escala en nuestro medio. Además, se halló una media de puntajes totales de la EPDS de 11,3 puntos (IC-95= 10,45 – 12,16), con una desviación estándar de 6,2. La figura 1 grafica las frecuencias de los puntajes de la EPDS, observándose un pico en los valores 9 y 10.

En la tabla 2, se presentan las medias de los puntajes de la EPDS con sus respectivas desviaciones estándar en los distintos grupos formados según las variables categóricas.

En la tabla 3, se muestran los promedios de los puntajes de la EPDS según estén presentes o no determinadas características, el intervalo de confianza de su diferencia y su significancia estadística. Aquí se evidencia que las variables que se asociaron con síntomas de depresión durante la gestación de manera estadísticamente significativa fueron: ser soltera ($p < 0,001$), ausencia de educación superior ($p = 0,039$), el deseo de no gestar de la paciente ($p = 0,021$), el deseo de la pareja de que la paciente no geste ($p = 0,004$) y el diagnóstico previo de depresión en la paciente ($p = 0,003$). El resto de variables no se asociaron significativamente con los puntajes de la EPDS.

Por último, ninguno de los coeficientes de correlación fue significativo entre el puntaje de la EPDS y las siguientes variables: edad, número de años de estudio, ingreso mensual, nivel socioeconómico, edad gestacional, número de gestaciones totales, número de hijos vivos y número de abortos o pérdidas.

DISCUSIÓN

La prevalencia de depresión en pacientes gestantes que acuden al consultorio externo de obstetricia en el HNCH, definida como puntaje de la EPDS mayor a 13,5, fue de 34,7%, cifra similar al 40,1% que se encontró en gestantes del Instituto Nacional Materno

Perinatal de Lima (Perú) usando el mismo criterio que nosotros para definir depresión (14), pero en general más elevada que la publicada en la literatura mundial para pacientes embarazadas y postparto.

Así tenemos que, En Reino Unido, Evans et al (5), hallaron una prevalencia de depresión probable, definida como un puntaje de la EPDS mayor o igual a 13, de 11,8% a las 18 semanas de gestación y de 13,6% a las 32 semanas de gestación. Asimismo, en Brasil, se halló una prevalencia de 21% considerando un punto de corte para la EPDS de 12,5 (15). En México, Ortega et al (6) encontraron una prevalencia de depresión de 21,7% entre las 28 y 34 semanas de gestación considerando valores de la EPDS mayores o iguales a 12. En Portugal, Areias et al (10) obtuvieron cifras de 16,7%, utilizando la EPDS y considerando un punto de corte de 10 como indicativo de depresión en pacientes con 6 meses de gestación. Estas prevalencias son inferiores a la hallada en nuestro trabajo, a pesar de que los estudios mencionados consideraron como puntos de corte valores más bajos que nosotros.

El estudio de validación de la EPDS (12), que se realizó en el mismo hospital que el presente trabajo, encontró que 24,3% de las mujeres en el primer año postparto tuvieron puntajes por encima de 13,5, lo cual sugiere que existe más depresión durante el embarazo que en el puerperio. Del mismo modo, en otra investigación sobre depresión postparto realizada en otro hospital de Lima, 28,9% de mujeres postparto presentaron puntajes de la EPDS > 13,5 (16). Asimismo, en el estudio de Evans et al (5) los porcentajes de depresión en el postparto fueron 9,2% a las 8 semanas y 8,1% a los 8 meses, valores con tendencia a ser menores que los que encontraron durante la gestación. Además, en el trabajo de Najman et al (17) se observa una tendencia de los síntomas depresivos a ser menores en el postparto en comparación con el embarazo.

Por otro lado, Ferguson et al (18) refieren que la prevalencia de depresión postnatal es de 30% según la EPDS; y Morris-Rush et al (19) realizan un estudio similar hallando una prevalencia de 22%.

La prevalencia de depresión mayor estimada en base a la especificidad y sensibilidad de la EPDS fue de 22,25% en nuestro estudio. Esta cifra resulta considerablemente más elevada que el 3,3% de depresión mayor descrito por Andersson et al (2) en mujeres en el segundo trimestre de la gestación usando el sistema Primary Care Evaluation of Mental Disorders

Tabla 1. Características de las gestantes estudiadas.

Característica	n	N	%
Depresión según la EPDS (puntaje > 13,5)	66	190	34,7
Edad por grupos			
Adolescente (hasta 18 años)	13	190	6,8
Edad fértil ideal (19 – 34 años)	152	190	80,0
Añosa (más de 35 años)	25	190	13,2
Nivel de educación			
Primaria	6	190	3,2
Secundaria	105	190	55,3
Superior	79	190	41,6
Estado civil			
Soltera	28	190	14,7
Casada	50	190	26,3
Conviviente	108	190	56,8
Divorciada/separada	4	190	2,1
Labor en la sociedad			
Ama de casa	150	190	78,9
Trabaja	31	190	16,3
Estudiante	9	190	4,7
Nivel socioeconómico según ingreso mensual *			
B (valores entre S/. 1392 y S/.5046)	19	183	10,4
C (valores entre S/. 713 y S/. 1392)	39	183	21,3
D (valores entre S/. 574 y S/.713)	35	183	19,1
E (valores menores S/.574)	90	183	49,2
Deseo de gestar de la paciente	106	189	56,1
Deseo de la pareja de que la paciente gestara	116	188	61,7
Trimestre gestación			
1	13	183	7,1
2	35	183	19,1
3	135	183	73,8
Diagnóstico de depresión previo a gestación	25	189	13,2
Tratamiento previo / psicoterapia para depresión	11	189	5,8
Tratamiento actual con antidepresivos	1	189	0,5
Tratamiento actual con psicoterapia	7	189	3,7
Tratamiento de depresión en la familia	27	189	14,3
Diagnóstico de presión arterial alta	44	187	23,5
Diagnóstico de diabetes mellitus	4	183	2,2
Diagnóstico de infecciones	111	189	58,7
Diagnóstico de hiperemesis	21	189	11,1

* Relación entre nivel socioeconómico e ingreso mensual en el hogar, según Fuente Apoyo y Opinión de Mercado (Lima-Perú, 2000). Nota: La moneda peruana es el “nuevo sol”; “S/.”= símbolo de “nuevos soles”; US\$ 1 equivale aproximadamente a S/. 3,25 (año 2005).

Tabla 2. Medias de puntajes de la EPDS, con sus respectivas desviaciones estándar, en los distintos grupos de la población estudiada formados según las variables categóricas.

	N	Media	Desviación Estándar (DE)
Edad (grupos)			
Adolescente (0 - 18)	13	14,15	6,18
Edad fértil ideal (19 - 34)	152	11,91	5,19
Añosa (35 ó más)	25	12,56	6,67
Nivel de Educación			
Primaria	6	16,00	6,10
Secundaria	105	12,66	5,62
Superior	79	11,18	5,07
Relación con la pareja			
Soltera	28	14,46	5,51
Casada	50	9,58	4,92
Conviviente	108	12,69	5,35
Divorciada / separada	4	13,50	5,20
Ocupación			
Ama de casa	150	12,29	5,43
Trabaja	31	12,06	5,51
Estudiante	9	10,00	6,32
Nivel socioeconómico*			
B (S/. 1392 – 5046)	19	11,58	4,36
C (S/. 713 – 1392)	39	12,28	4,27
D S/. (S/. 574 – 713)	35	10,97	5,3
E (< S/. 574)	90	12,33	6,06
Trimestre de gestación			
1	13	12,46	6,01
2	35	12,37	5,41
3	135	11,96	5,43

* Relación entre nivel socioeconómico e ingreso mensual en el hogar, según Fuente Apoyo y Opinión de Mercado (Lima-Perú, 2000). Nota: La moneda peruana es el “nuevo sol”; “S/.”= símbolo de “nuevos soles”; US\$ 1 equivale aproximadamente a S/. 3,25 (año 2005).

(PRIME-MD) y tiende a ser más alta que el 14,2% de depresión mayor según la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) encontrado en gestantes en un estudio realizado en Río de Janeiro (Brasil) (20). Asimismo, es más elevada que el 5,92% encontrado en el primer año postparto en el HNCH (21) utilizando la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID); y también, que el 10,1% de depresión mayor en mujeres adultas en la población de Lima y Callao (Perú) (22).

En nuestro estudio, los factores asociados a la presencia de puntajes mayores en la EPDS fueron ser soltera, la ausencia de educación superior, embarazo no deseado por parte de la paciente o de la pareja y el

diagnóstico previo de depresión en la paciente. El resto de variables no estuvieron relacionadas de forma estadísticamente significativa.

Estos factores son similares o están relacionados a los encontrados por otros estudios de depresión durante la gestación tales como: menor nivel de educación (15,23), ser soltera (23,24), no ser casada (14), ausencia de pareja (15), embarazo no deseado (23), embarazo no planificado (14,20), pensamientos de abortar (15), reacción negativa inicial al embarazo por parte de la paciente, pareja y familia (24), diagnóstico previo de depresión en la madre (20,23,24), historia de depresión en los miembros de la familia (24) y tratamiento psicológico o psiquiátrico previo (15,20).

Tabla 3. Diferencias entre puntajes de la EPDS según grupos formados en base a variables dicotómicas.

FACTORES	PRESENTE Promedio (DE)	AUSENTE Promedio (DE)	P *	IC de la diferencia de medias
Adolescente (vs. edad fértil ideal)	14,15 (6,18)	11,91 (5,19)	0,142	-0,76 a 5,25
Soltera (vs. casada)	14,46 (5,51)	9,58 (4,92)	< 0,001	2,47 a 7,30
Soltera (vs. conviviente)	14,46 (5,51)	12,69 (5,35)	0,121	-0,48 a 4,04
Educación superior (vs. educación primaria y secundaria)	11,18 (5,07)	12,84 (5,67)	0,039	-3,24 a -0,0846
Tercer trimestre (vs. primer y segundo trimestre)	11,96 (5,43)	12,40 (5,51)	0,637	-2,24 a 1,37
Deseo de gestar de la paciente	11,28 (5,28)	13,12 (5,48)	0,021	-3,39 a -0,29
Deseo de la pareja de tener un hijo	11,24 (5,20)	13,58 (5,45)	0,004	-3,91 a -0,77
Diagnóstico previo de depresión de la paciente	15,12 (5,51)	11,63 (5,29)	0,003	1,24 a 5,74
Tratamiento previo / psicoterapia para depresión de la paciente	15,09 (7,83)	11,90 (5,22)	0,059	-0,12 a 6,49
Tratamiento actual de la paciente con antidepresivos	21	12,04 (5,41)	0,100	-1,74 a 19,65
Uso de antidepresivos en la familia	13,41 (5,83)	11,87 (5,35)	0,174	-0,69 a 3,76
Diagnóstico de hipertensión arterial	12,32 (4,85)	11,92 (5,55)	0,666	-1,43 a 2,24
Diagnóstico de diabetes mellitus	10,25 (4,19)	11,94 (5,37)	0,532	-7,04 a 3,65
Diagnóstico de infección	12,63 (5,20)	11,32 (5,69)	0,103	-0,27 a 2,89
Diagnóstico de hiperemesis	13,14 (6,97)	11,96 (5,22)	0,347	-1,3 a 3,67

* T-Test.

IC = Intervalo de confianza.

DE = desviación estándar.

A diferencia de nosotros, otros estudios han encontrado asociación entre depresión gestacional y factores tales como mayor edad (15), no ser primigesta (15), bajos ingresos (23) y complicaciones durante la gestación (14,20); y también han identificado variables relacionadas tales como eventos vitales estresantes (15,23), falta de soporte social (23), trabajo eventual (20), problemas de relación de pareja (23), violencia doméstica (23), relaciones adversas con la familia nuclear o política (24), consumo de alcohol (15), uso de tabaco (15,23) y ansiedad materna (23), que nosotros no hemos evaluado.

Al igual que nosotros, otro estudio realizado en Lima (14), tampoco encuentra asociación entre depresión gestacional y edad, número de hijos, edad gestacional y antecedentes de aborto.

Factores asociados a depresión postnatal tales como antecedentes de depresión u otros trastornos mentales previos (16,21,25), menor grado de instrucción (16,21)

y embarazo no deseado (16) también los hemos encontrado relacionados significativamente con depresión durante el embarazo en nuestro estudio. Por el contrario, otras variables predictoras de depresión postparto encontradas en otros trabajos como la edad (16,21), el número de gestaciones (16,21), pre-eclampsia (26), hiperemesis (26), complicaciones del trabajo de parto (26) y problemas socioeconómicos (16,26), no las hallamos asociadas a depresión durante el embarazo.

La mayoría de las pacientes encuestadas se encontraban en el tercer trimestre de gestación, probablemente debido a que los controles prenatales previos se realizaron en centros de salud de menor nivel. Se podría aplicar la EPDS en dichos centros para captar a pacientes desde las primeras semanas de gestación, y sobretodo, identificar aquellas pacientes con escasos recursos, con problemas maritales y bajo nivel socioeconómico, que podrían estar en riesgo de presentar depresión durante la gestación y depresión

postnatal (27), siendo conveniente intervenir precozmente para brindarles tratamiento, que incluye psicoterapia interpersonal y antidepresivos (28,29).

La detección de la depresión durante el embarazo no solamente es importante para tratar este trastorno mental en la gestante; sino también porque algunos estudios han encontrado que la depresión se asocia con problemas obstétricos y neonatales tales como aumento de la probabilidad de la necesidad de analgesia epidural, cesárea, parto instrumentado, ingreso a la unidad de cuidados neonatales (30) y bajo peso al nacer (31).

Lo discutido en el presente artículo nos hace tener en cuenta la importancia de la detección temprana de la depresión en pacientes gestantes, siendo la EPDS un método económico, válido, confiable y de rápida aplicación para identificar síntomas depresivos en la etapa perinatal (7,32).

En conclusión, la prevalencia de depresión durante la gestación en pacientes que acuden a consultorio externo de obstetricia del HNCH es similar a la hallada en otro estudio realizado en Lima, pero más elevada que la encontrada en la literatura mundial para gestantes y puérperas; parece haber mayores niveles de depresión en el embarazo que en el postparto; y los factores asociados a mayores puntajes en la EPDS fueron ser soltera, ausencia de educación superior, no desear la gestación y haber presentado diagnóstico previo de depresión. Los hallazgos del presente estudio muestran una importante prevalencia de síntomas depresivos durante la gestación y apoyan la recomendación de que se incorporen elementos de salud mental en los programas de atención de la salud reproductiva.

Correspondencia:

María del Pilar Bao-Alonso.
Calle Torras i Bages 1 9°C Granollers, Barcelona 08402, España.
Correo electrónico: cuyosa@hotmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bixo M, Sundstrom-Poromaa I, Bjorn I, Astrom M. Patients with psychiatric disorders in gynecologic practice. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185 (2): 396-402.
2. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Astrom M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189 (1): 148-54.
3. World Health Organization. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries: report of the meeting held in Geneva, Switzerland, 30 January - 1 February, 2008. Geneva: WHO Press; 2008.
4. Monk C. Stress and mood disorders during pregnancy: implications for child development. *Psychiatric Quarterly* 2001; 72 (4): 347-57.
5. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323 (7307): 257-60.
6. Ortega L, Lartigue T, Figueroa E. Prevalencia de depresión, a través de la escala de depresión perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 2001; 15 (1): 11-20.
7. Buist AE, Barnett BE, Milgrom J, Pope S, Condon JT, Ellwood DA, et al. To screen or not to screen –that is the question in perinatal depression. *MJA* 2002; 177 Suppl: S101-5.
8. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150: 782-786.
9. Murray D, Cox JL. Screening for postnatal depression during pregnancy with the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Reprod Infant Psychol* 1990; 8: 99-109.
10. Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *Br J Psychiatry* 1996; 169 (1): 30-5.
11. García-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord* 2003; 75: 71-6.
12. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Campos M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30 (2): 106-11.
13. Cox J, Chapman G, Murray D, Jones P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal women. *J Affect Disord* 1996; 39:185-189.
14. Luna Matos ML, Salinas Piélago J, Luna Figueroa A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Publica* 2009;26(4):310-4.
15. Silva RA, Jansen K, Souza LD, Moraes IG, Tomasi E, Silva Gdel G, et al. Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Rev Bras Psiquiatr* 2010;32(2):139-44.
16. Salinas-Piélago TE, Vega-Dienstmaier JM, Salinas-Piélago JE. Niveles de depresión durante el postparto medidos con la Escala de Edimburgo en pacientes del

- Hospital Arzobispo Loayza. Lima, Perú: XVII Congreso Peruano de Psiquiatría “Federico Sal y Rosas”, II Reunión Regional Bolivariana de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, I Reunión Regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Editado por Vega-Dienstmaier J; 2002. p. 68-69.
17. Najman JM, Andersen MJ, Bor W, O’Callaghan MJ, Williams GM. Postnatal depression: myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35:19-27.
 18. Ferguson S, Jamieson D, Lindsay M. Diagnosing postpartum depression: Can we do better? *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 899-902.
 19. Morris-Rush JK, Freda M, Bernstein PS. Screening for postpartum depression in an inner-city population. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188(5):1217-9.
 20. Pereira PK, Lovisi GM, Pilowsky DL, Lima LA, Legay LF. Depression during pregnancy: prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(12):2725-2736.
 21. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Stucchi-Portocarrero S, Campos M. Prevalencia y factores de riesgo para depresión en mujeres postparto. *Actas Esp Psiquiatr* 1999; 27(5):299-303.
 22. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2002; 18 (1-2): 1-197.
 23. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202(1):5-14.
 24. Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *J Affect Disord* 2004; 82: 297–301.
 25. Clay EC, Seehusen DA. A review of postpartum depression for the primary care physician. *South Med J* 2004; 97 (2): 157-61.
 26. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart D. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 289-295.
 27. Miller L. Postpartum Depression. *JAMA* 2002;287(6):762-765.
 28. Spinelli M, Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *Am J Psychiatry* 2003; 160 (3): 555-62.
 29. Nonacs R, Cohen LS. Depression during pregnancy: diagnosis and treatment options. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 (S7): 24-30.
 30. Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med* 2001; 63(5): 830-4.
 31. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Low birth weight in offspring of women with depressive and anxiety symptoms during pregnancy: results from a population based study in Bangladesh. *BMC Public Health* 2010; 10:515.
 32. Clark G. Discussing emotional health in pregnancy: the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Community Nurs* 2000; 5(2): 91-8.