

Prevalencia de depresión durante el embarazo en mujeres atendidas en Centro de Salud Rural

Marc González Domínguez, Gregorio Urruela Vizcaíno
Facultad de Medicina. Universidad Francisco Marroquín. Centro de Salud Bárbara. San Juan Sacatepéquez.
Guatemala
Ref. UFM 27-17

Fecha de envío: 14/08/2017

Fecha de aceptación: 22/09/2017

Fecha de publicación: 09/01/2018

Citación: González, M., Urruela, G., (2018) Prevalencia de depresión durante el embarazo en mujeres atendidas en Centro de Salud Rural. *Rev. Fac. Med*, 1(24): II Época, Ene-Jun. pp. 20-26

Tipo de revisión: con revisión por dos pares revisores externos

Palabras clave: Depresión, prenatal, prevalencia

RESUMEN

Introducción: La depresión prenatal es un importante problema de salud a nivel mundial y está asociada con consecuencias negativas tanto para la madre como para el bebé, a corto y largo plazo. Por ello, es muy importante realizar su diagnóstico adecuado en mujeres embarazadas. **Objetivo:** El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de depresión durante el embarazo en mujeres atendidas en el Centro de Salud Bárbara, San Juan Sacatepéquez, Guatemala. **Metodología:** Se entrevistaron a 102 mujeres embarazadas entre 18 y 40 años, quienes consultaban para control pre natal, utilizando el Cuestionario de Salud (PHQ-9). **Resultados:** Se detectó una prevalencia de depresión del 10.8%, siendo un 5.9% casos de depresión leve y un 4.9% de casos de depresión mayor. **Discusión:** Se realizó un análisis de variables (edad, nivel socioeconómico, estado civil, escolaridad, cantidad de hijos, trimestre del embarazo e historia de abortos previos), por método de Chi-cuadrado de Pearson, el cual demostró que las variables analizadas y la depresión son independientes entre sí y no tienen relación significativa, en la población estudiada.

Palabras clave: Depresión, prenatal, prevalencia.

Depression prevalence during pregnancy in a rural setting of Guatemala

ABSTRACT

Background: Prenatal depression is a worldwide major public health problem, and during this period is associated with negative short and long term consequences for the mother and the baby. Therefore it is very important to make an adequate diagnostic in this population. **Objective:** The aim of this study was to

<https://medicina.ufm.edu/revista-medicina>

I S S N : 2 3 0 4 - 5 3 2 9

determinate the prevalence of depression during pregnancy, in women attending for pre-natal care in Centro de Salud Bárbara, San Juan Sacatepéquez, Guatemala. **Method:** A total of 102 pregnant women were interviewed, using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). **Results:** Prevalence of depression during pregnancy was 10.8%, being 5.9% episodes of mild depression and 4.9% of major depression episodes. **Discussion:** Analysis of several variables (age, socioeconomic level, civil status, schooling, child's number, pregnancy trimester and history of previous abortions) by Pearsons χ^2 method, found that analyzed variables and depression are independent between each other, and have no relationship in this population.

Key Word: Depression, prenatal, prevalence

INTRODUCCIÓN:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Es un trastorno mental muy frecuente, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas alrededor del mundo. Es una de las principales causas de discapacidad mundialmente y contribuye de manera importante en la morbilidad a nivel mundial ⁽¹⁾. La depresión puede convertirse en un problema de la vida cotidiana, llegando incluso en casos severos al suicidio si no es detectada y tratada a tiempo. El embarazo y el post parto son períodos que aumentan la vulnerabilidad de presentar nuevos episodios o recaídas de depresión ⁽¹⁾. Hasta hace pocos años, la atención estaba centrada en la depresión post parto, sin embargo, existe nueva evidencia que afirma que la depresión durante el embarazo es igual o incluso más prevalente que en el post parto. Se ha documentado una prevalencia de depresión durante el embarazo que va desde el 5% al 20%, dependiendo la población estudiada ⁽²⁾. En un estudio que evaluó a 277 embarazadas reveló una prevalencia de casi el 20% en el ante parto, casi el doble del 11% registrado de episodios depresivos post parto ⁽³⁾. Las pacientes con depresión durante el embarazo tienen mayor riesgo de presentar recaídas en el post parto y también se asocia a complicaciones obstétricas y fetales. Las mujeres embarazadas con depresión tienen un riesgo aumentado de padecer pre eclampsia ⁽⁴⁾, dificultad para realizar sus actividades diarias, ausentarse a consultas de control prenatal, mala dieta, y de abuso de sustancias como tabaco y alcohol. Así mismo, se ha reportado una frecuencia mayor de cesáreas electivas y de uso de analgesia epidural durante el parto en mujeres con diagnóstico previo de depresión ⁽⁵⁾. Es un factor de riesgo específico de padecer psicosis post-parto, el desorden afectivo postnatal más severo ⁽⁶⁾. Por otro lado, la depresión durante el embarazo puede causar efectos adversos sobre la salud del feto, aumentando el riesgo de parto pre término, bajo peso al nacer y restricción del crecimiento intrauterino ⁽⁷⁾.

Entre las intervenciones terapéuticas para la depresión se encuentran la psicoterapia y tratamiento farmacológico con antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, aunque existen estudios que afirman que su uso es seguro durante el embarazo, no existe aún suficiente evidencia sobre consecuencias a largo plazo para infantes que fueron expuestos a estos medicamentos "in utero" ⁽⁸⁾. Por lo mencionado anteriormente, son medicamentos que deben ser utilizados individualizando cada caso en particular y los pacientes deben ser evaluados por un especialista, para recetar el tratamiento cuando el beneficio sea mayor al riesgo.

El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de depresión durante el embarazo en mujeres atendidas en el Centro de Salud Bárbara, San Juan Sacatepéquez, ya que la prevalencia varía dependiendo de la población estudiada, es importante tener datos locales con el fin de hacer conciencia y capacitar al personal de salud para que estén adecuadamente preparados para atender o referir este tipo de casos, evitando las posibles complicaciones que puede tener la depresión durante el embarazo en la madre y el feto. Para esto se utilizará el Test conocido como Cuestionario de Salud del paciente (PHQ-9), el cual está basado en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), este Test es auto aplicable, rápido de realizar y fácil de entender, el PHQ-9 ya ha sido traducido al español y validado para su aplicación en mujeres embarazadas, así como en población de habla hispana y latinoamericana (9, 10, 11,12, 13, 14, 15).

METODOLOGÍA

El objetivo primordial del estudio fue el determinar la prevalencia de depresión durante el embarazo en mujeres atendidas en el Centro de Salud Bárbara, San Juan Sacatepéquez, del 10 de mayo al 10 de junio del año 2,017. Se buscó también el grado de depresión presentado, la época del embarazo en que se encontraban y los posibles factores causantes. Luego de recolectar los datos de las entrevistas y tabularlos a formato digital, se procedió a realizar los porcentajes de los episodios de depresión menor, mayor y ambas juntas. Se procedió a analizar las variables individualmente, con el paquete estadístico R Core Team (2017). Se utilizaron pruebas de Chi cuadrado de Pearson para determinar si las variables (edad, trimestre de embarazo, nivel socioeconómico, cantidad de hijos, abortos previos) y la depresión eran independientes o estaban relacionadas entre sí. La muestra fue de 102 mujeres embarazadas, mayores de edad, con embarazo confirmado ya sea por serología o prueba en orina. La edad estuvo en el rango de 18 a 45 años. Se incluyeron todas cursando en cualquier trimestre del embarazo por fecha de última regla (FUR) o ultrasonido obstétrico (USG). Se excluyeron a mujeres que consultan por emergencia, menores de edad (18 años), complicaciones obstétricas y/o fetales actuales, padecimiento de enfermedades agudas y/o crónica, evento traumático durante el último año (pérdida familiar cercano, abuso físico o psicológico) y aquellas sin interés o deseo de participar en el estudio. El estudio es prospectivo, transversal.

Se invitó a participar en el estudio a mujeres embarazadas que consultaban para control prenatal normal en el Centro de Salud Bárbara, luego se explicó a cada participante en qué consistía el estudio y quienes aceptaron participar, se les leyó y explicó un documento de consentimiento informado, y si deseaban continuar con el estudio, se solicitó firma. En caso de ser la participante analfabeta, se solicitó presencia y firma de un testigo, se leyó y explicó el contenido del consentimiento informado y en este caso se solicitó huella digital en lugar de firma y firma del testigo. Se documentaron los datos generales y antecedentes de cada participante, y luego se procedió a realizar el Cuestionario de Salud del paciente (PHQ-9). Ambos cuestionarios se realizaron de forma detallada, y se resolvieron preguntas en cada inciso. Luego de realizada la encuesta se dio plan educacional sobre los síntomas de la depresión y la importancia de detectarla a tiempo. En casos de detectar casos de depresión menor o mayor se refirió con Psicólogo de Centro de Salud Público cercano para evaluación y seguimiento. No fue necesario referir a ninguna paciente de emergencia ya que ninguna presentó ideas/planes suicidas o alguna otra indicación de referencia de emergencia. Se clasificó como episodio de depresión menor o mayor según los criterios y puntos de corte obtenidos de la adaptación de "The MacArthur Initiative on Depression and Primary Care, Version 9.0" (16). Se procedió a organizar la papelería y tabular los datos a formato digital para su posterior análisis.

Aspectos Éticos: Se tomaron en cuenta como participantes únicamente mujeres mayores de edad, por lo que no existe conflicto respecto a menores de 18 años embarazadas. No se publicaron nombres de las participantes. No se cuenta con Psiquiatra ni Psicólogos en el Centro de Salud Bárbara. Los casos documentados positivos, fueron referidos para atención especializada por Psicólogo a Centro de Salud más cercano. No se reportaron participantes con ideas o planes suicidas, por lo que no fue necesario referir de emergencia. Se explicó detenidamente a cada paciente individualmente y fue requisito obligatorio aceptar y firmar el consentimiento informado previo a participar en el estudio. El Cuestionario utilizado es administrado por Pfizer Inc., sin conflictos y otorgando permiso abierto de su uso y replicación.

RESULTADOS:

Se realizaron 104 entrevistas de las cuales 2 fueron descartadas por cumplir el criterio de exclusión relacionado a haber experimentado un evento traumático en el último año, detectado tardíamente durante la entrevista, por lo que se analizaron un total de 102. Los resultados ilustrados en la tabla 1. Los casos de depresión mayor se pueden clasificar en: depresión mayor moderada y severa, los 5 casos de depresión mayor en este estudio fueron episodios de depresión mayor moderada, no se reportó ningún caso de depresión mayor severa.

Tabla 1. Número de pacientes sin depresión, con depresión leve y con depresión mayor

	<i>Sin depresión</i>	<i>Depresión leve</i>	<i>Depresión mayor</i>	<i>Total</i>
<i>Total</i>	91	6	5	102

En la Tabla 2, se representan los datos de las variables sociodemográficas y ginecobstétricas analizadas en este estudio y su asociación con episodios de depresión.

Tabla 2. Asociación de variables sociodemográficas y ginecobstétricas con depresión.

VARIABLES	CARACTERÍSTICAS	CON DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN	TOTAL (N = 102)
EDAD	18 a 25 años	8	57	65
	26 a 35 años	1	30	31
	35 a 45 años	2	4	6
ESCOLARIDAD	Estudios nulos	1	10	11
	Primaria/Secundaria	10	80	90
	Universitaria o mayor	0	1	1
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Nivel bajo	6	45	51
	Nivel medio	5	43	48
	Nivel alto	0	3	3
ESTADO CIVIL	Soltera	2	5	7
	Unida	4	32	36
	Casada	5	54	59
TRIMESTRE DE EMBARAZO	Primer trimestre	4	30	34
	Segundo trimestre	3	28	31
	Tercer trimestre	4	33	37
PARIDAD	Nulipara	5	30	35
	Multipara	5	49	54
	Gran Multipara	1	12	13
HISTORIA DE ABORTOS PREVIOS	Con aborto/s previo	1	14	15
	Sin aborto/s previo	10	77	87

DISCUSIÓN:

De las 102 pacientes entrevistadas, se detectaron con episodio de depresión 11 (10.8%) casos, de los cuales 6 (4.9%) fueron episodios de depresión menor, y 5 (5.9%) episodios de depresión mayor. Esto demuestra que existe una prevalencia de depresión importante en la población estudiada, la cual es predominantemente de origen Kaqchikel. Se comparó el resultado con dos estudios realizados en Guatemala ambos en el año 2011, el primero realizado en Quiché utilizando La Escala de Hamilton para depresión determinó una prevalencia del 15%⁽¹⁷⁾. Por otro lado, el segundo estudio realizado en el mismo complejo que el estudio actual, Centro de Salud Bárbara, San Juan Sacatepéquez, utilizó El Test De Depresión Post Parto de

Edimburgo, con el objetivo de determinar pacientes en riesgo de depresión, se concluyó que el 44% de las pacientes embarazadas entrevistadas se encontraban en riesgo de padecer depresión ⁽¹⁸⁾. Al comparar el resultado obtenido con otros países, el porcentaje es similar, los estudios revisados fueron realizados con el mismo cuestionario (PHQ-9) en población de mujeres embarazadas y evidenciaron una prevalencia de depresión de 9.9% en un estudio realizado en Washington, Estado Unidos ⁽²⁾, 11.1% en un estudio realizado en España ⁽¹⁴⁾ y 9.0% en un estudio llevado a cabo en México ⁽¹⁵⁾.

Al analizar las variables mencionadas anteriormente, se obtuvieron datos importantes, sin embargo no significativos, ya que no se demostró dependencia de ninguna variable con los episodios depresivos. Las variables: edad ($p = 0.074$), trimestre del embarazo ($p = 0.96$), nivel socioeconómico ($p = 0.81$), escolaridad ($p = 0.92$), cantidad de hijos ($p = 0.70$), estado civil ($p = 0.26$), e historia de abortos previos ($p = 0.91$), no mostraron dependencia en relación a la depresión, ya que ningún valor de p fue menor a 0.05.

Una de las limitaciones del estudio, fue que, aunque la muestra fue significativa para representar a la población estudiada, no fue suficiente para analizar adecuadamente si existen factores de riesgo asociados, ya que, el tamaño del grupo de pacientes con depresión era significativamente pequeño comparado al de no depresión y esto podría haber influido en los resultados, por lo que se recomienda realizar una investigación en el futuro con una muestra mayor para intentar identificar dichos factores. Otra recomendación es valorar la posibilidad de realizar un estudio comparativo en esta población, evaluando depresión durante el embarazo y depresión post parto, para buscar si existen diferencias significativas en la prevalencia y en las características de ambos grupos.

CONCLUSIÓN:

La depresión es una enfermedad con una prevalencia importante en la población estudiada y puede representar complicaciones para la madre y el feto a corto, mediano y largo plazo, por lo que, se debe procurar dar una atención integral, no solamente física, sino también mental, a todas las pacientes embarazadas para un adecuado seguimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Smith, M. V., Shao, L., Howell, H., Lin, H. & Yonkers, K. A. (2011). Perinatal depression and birth outcomes in a Healthy Start project. *Matern Child Health J*, 15, 401-9.
2. Melville, J. L., Gavin, A., Guo, Y., Fan, M. Y. & Katon, W. J. (2010). Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstet Gynecol*, 116, 1064-70.
3. Tychey C, Spitz E, Briancon S, et al. Pre and postnatal depression and coping: a comparative approach. *J Affect Disord* (2005);85: 323-6.
4. Qiu C., Williams M.A., Calderon-Margalit R., Cripe S.M., and Sorensen T.K.: Preeclampsia risk in relation to maternal mood and anxiety disorders diagnosed before or during early pregnancy. *Am J Hypertension* (2009); 22: pp. 397-402
5. Andersson L., Sundström-Poromaa I., Wulff M., Åström M., and Bixo M.: Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol* (2004); 104: pp. 467-476
6. Gentile S.: Bipolar disorder and pregnancy: to treat or not to treat? *Br Med J* (2012); 345: pp. e7367

7. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. Arch. Gen. Psychiatry - October 1, (2010); 67 (10); 1012-24
8. Karasu TB, Docherty JP, Gelenberg A, et al. Practice guideline for major depressive disorder in adults. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry (1993); 150(suppl 4):1-26.
9. V. Smith, Gotman, N, M.S. Do the PHQ-8 and the PHQ-2 accurately screen for depressive disorders in a sample of pregnant women? General Hospital Psychiatry 32 (2010) 544–548.
10. Flynn, H., Sexton, M., Comparative performance of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Patient Health Questionnaire-9 in pregnant and postpartum women seeking psychiatric services. Psychiatry Research 187 (2011) 130–134.
11. Barthel, D., Barkmann, C., Screening for depression in pregnant women from Côte d'Ivoire and Ghana: Psychometric properties of the Patient Health Questionnaire-9. Journal of Affective Disorders, (2015)-11-15, Volume 187, Pages 232-240.
12. Sidebottom, A., Harrison, P., Validation of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 for prenatal depression screening. Archives of Women's Mental Health 15(5):367-74 · October (2012).
13. Zhonga, Q., Gelaye, B., Cross-cultural validity of the Spanish version of PHQ-9 among pregnant Peruvian women: A Rasch item response theory analysis. Journal of Affective Disorders, Volume 158, April 2014, Pages 148–153.
14. Rodríguez-Muñoz, M., Legazpi, P. PHQ-2 as First Screening Instrument of Prenatal Depression in Primary Health Care, Spain. Rev Esp Salud Pública. 2017; Vol. 91; 30 de enero e1-e8.
15. Lara, M. Asunción et al. Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. Journal of Affective Disorders, Volume 175, 18 – 24.
16. CCNC Behavioral Health Integration Team. Adult Depression Toolkit for Primary Care. Community Care of North Carolina. September (2015). Pages: 10.11.
17. Cabezas, A. Prevalencia de Depresión en Mujeres Embarazadas de Etnia Indígena y Ladina, entre los 18 y los 35 años, originarias de Chinique, Quiché, Guatemala. Universidad Francisco Marroquín. (2011).
18. Barreno, M. Depresión en mujeres embarazadas que asisten al Centro de Salud “Bárbara” del Municipio de San Juan Sacatepéquez. Universidad Francisco Marroquín. (2011)

Conflicto de intereses: No existen conflictos de intereses con terceros. Los autores declaran no tener vínculo alguno con compañías farmacéuticas productoras o comercializadoras. No hubo patrocinio alguno para efectuar el presente estudio