



TLATEMOANI
Revista Académica de Investigación
Editada por Eumed.net
No. 30 – Abril 2019
España
ISSN: 19899300
revista.tlatemoani@uaslp.mx

Fecha de recepción: 04 de enero de 2019
Fecha de aceptación: 07 de marzo de 2019

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES GESTANTES DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE LA REGIÓN HUASTECA SUR DE SAN LUIS POTOSÍ

Autores:
Beatriz Ramos Zúñiga
beatriz.ramos@uaslp.mx
Jhonny Bautista Valdivia
jhonny.bautista@uaslp.mx
Martha Ranauro García
martha.ranauro@uaslp.mx
Florentino González Sergio
sergio-florentino.gonzalez@outlook.com

Universidad Autonomía de San Luis Potosí-CARHS

RESUMEN

A nivel mundial la depresión en mujeres es la causa más frecuente de incapacidad laboral y se desarrolla principalmente durante la gestación. Caracterizada por presencia de tristeza, pérdida de interés y puede conducir al suicidio.

OBJETIVO GENERAL: Describir la prevalencia de depresión en mujeres gestantes en control prenatal del Hospital Rural IMSS-Prospera No.44 región huasteca sur, Tamazunchale S.L.P.



METODOLOGÍA: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. Muestreo por conveniencia, con 50 gestantes. Se utilizó cedula de datos sociodemográficos, ginecoobstetricos y Escala de Depresión de Edimburgo.

RESULTADOS: El 32% son adolescentes con edad promedio de 17 años. El 68% cursa tercer trimestre y 32% segundo trimestre, respecto a factores de riesgo de depresión 18% presenta antecedentes familiares, 16% cursa embarazo no deseado. En la puntuación global de la escala de Edimburgo 8% presenta sospecha de depresión.

CONCLUSIONES: La detección oportuna de depresión en gestantes favorece una atención integral para el binomio madre-hijo, se requiere de trabajo multidisciplinario incluido el personal de enfermería.

PALABRAS CLAVE: Prevalencia, depresión, mujeres gestantes, control prenatal.

SUMMARY

PREVALENCE OF DEPRESSION IN PREGNANT WOMEN IN A HEALTH INSTITUTION IN THE SOUTHERN HUASTECA REGION OF SAN LUIS POTOSÍ

Introduction: World-wide depression in women is the most common cause of work disability and is develops mainly during gestation. Characterized by the presence of sadness, loss of interest and can lead to suicide.

General objective: To describe the prevalence of depression in pregnant women in prenatal control of Rural Hospital IMSS-Prospera No. 44 South Huasteca Region, Tamazunchale S.L. P.

Methodology: Quantitative, descriptive, transversal study. Sampling for convenience, with 50 pregnant women. We used Cedula data demographic, ginecobstetrics and depression scale from Edinburgh.

Results: 32% are teenagers with age of 17 years. The 68% courses third trimester and 32% second trimester, with regard to risk factors of depression 18% presents a family history, 16% are course unwanted pregnancy. The overall score of the Edinburgh scale 8% presents suspicion of depression.

Conclusions: Timely detection of depression in pregnant women encourages comprehensive care for the Mother-child binomial, multidisciplinary work is required including nursing staff.

KEYWORDS: Prevalence/depression/pregnant women/prenatal control.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial la depresión en mujeres es la causa más frecuente de incapacidad laboral y esta se desarrolla principalmente en la edad reproductiva, sobre todo en la gestación ya que constituye uno de los eventos que coloca a la mujer en una situación más vulnerable tanto por cambios hormonales y situacionales, los cuales podrían tener un rol causal en la depresión posparto o en la gestación.¹

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. Es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.²

El trastorno de la depresión hace referencia a una amplia gama de problemas de salud mental caracterizados por la ausencia de afectividad positiva, una pérdida de

¹ World Health Organization (WHO). (2008). Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries. Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization Disponible en: http://www.who.int/publications/2008/9789241597142_eng.pdf. Consultado en: 17-08-2017. A las 16:30.

²World Health Organization (WHO). (2017). Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/. Consultado en 17-08-2017 a las 17:15

interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras, bajo estado de ánimo y una serie de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y de conducta asociados. Continúa siendo problemático distinguir los grados de humor, desde el estado depresivo clínicamente significativo como depresión mayor, a aquellos estados depresivos “normales”, pues no existe ningún punto de corte claro entre ellos, por lo que se debería considerar los síntomas de depresión cuando aparecen de manera continua y severa.³

El embarazo y el parto son momentos críticos en la adaptación psicológica de las mujeres y suelen ir acompañados de trastornos del sueño, cansancio, pérdida de la libido y pensamientos ansiosos sobre el bebé.⁴ En este contexto, algunos cambios en el estado mental y el funcionamiento pueden ser considerados como una parte normal del proceso. Sin embargo, estos acontecimientos significativos y estresantes de la vida pueden incrementar el riesgo de un trastorno mental y de una nueva recaída precipitando un trastorno preexistente, en particular en las mujeres con otros factores de riesgo conocidos. Además, las mujeres que están embarazadas o en el puerperio pueden desarrollar o tener los mismos problemas de salud mental que otros adultos.

En México, estudios han abordado el problema de depresión durante el embarazo, en población urbana. La depresión en el periodo prenatal se estimó entre 9% y 14% diagnosticada por entrevista clínica y de 6.4% a 30.7% por autoinforme. La depresión durante la gestación incrementa el estrés normal que acompaña el proceso del embarazo, derivado de los cambios y transformaciones biológicas y psicológicas que conlleva el nacimiento de una persona. Asimismo, es causa

³ Secretaría de Salud SSA. (2014). Prevención, Diagnóstico y Manejo de la depresión Prenatal y Posparto en el Primero y Segundo Niveles de Atención. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS666-14-Deprepostparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf. Consultado en 20/08/2017 a las 12:00.

⁴ NICE (2014). “Clinical guideline”. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/1-Recommendations#recognising-mental-health-problems-in-pregnancy-and-the-postnatal-period-and-referral-2> consultado 12/05/18 a las 16:00 hrs

probable de que la madre descuide su salud y no asista a revisiones prenatales, lo cual afecta el desarrollo del feto.⁵

Dentro del programa de IMSS Prospera⁶ una prioridad de atención a la salud, de las poblaciones rurales marginadas, es brindar atención integral a la mujer, en las etapas del embarazo, parto y puerperio, siendo una población en riesgo durante su gestación, al contar con servicios públicos de atención, se realiza esta investigación ya que actualmente no se cuenta con ninguna referencia donde se halla investigado sobre esta problemática, en la región huasteca sur de San Luis Potosí, por lo que realizar el presente estudio, genera información y mayor conocimiento para la mejora de la calidad de atención otorgada por los profesionales dedicados al cuidado en salud.

Dicho conocimiento beneficia ya que brinda un panorama de la situación de prevalencia de la depresión en mujeres puérperas que acuden a la institución de salud, el impacto que puede generar este trabajo, puede encaminar a la detección temprana de la sintomatología depresiva que permita elaborar estrategias que ayuden a resolver estas necesidades dentro de la población maternoinfantil. Por lo cual el objetivo del estudio es describir la prevalencia de depresión que presenta la población de pacientes embarazadas que acuden a control prenatal al servicio de consulta externa del Hospital Rural IMSS-Prospera No.44 de la región huasteca Sur del municipio de Tamazunchale San Luis Potosí.

MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud describe que la depresión es un trastorno que ocasiona mayor discapacidad en el mundo y se estima que para el año 2020, será la principal causa de discapacidad en las mujeres, se considera además un

⁵ Lara MA. Patiño P. Navarrete L. Nieto L. Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. Dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales. Instituto Nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Revista Genero y salud en cifras. Vol15 No. 2 Mayo Agosto 2017 pp 12-25 Disponible en:<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280103/Revista15-2VF.pdf> Consultado: 10/06/2017 a las 12:00hrs.

⁶ IMSS. (2017). "Programa IMSS Prospera". Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20162017/12-Cap08.pdf> consultado 10 06 18 8:00 hrs

problema importante de salud pública ya que más del 4% de la población mundial vive con depresión y los más propensos a padecerla son las mujeres, los jóvenes y los ancianos. En el mundo este trastorno representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables.^{7,1,2}

La depresión ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres.⁸ Se estima que 9.2% de la población ha sufrido depresión y que una de cada cinco personas sufrirá depresión antes de los 75 años y que los más jóvenes presentan tasas mayores en relación a este problema de salud mental.⁹

La depresión es más común en las mujeres que en hombres¹⁰, influyendo los estados fisiológicos de la mujer como son el embarazo, parto y puerperio debido a los cambios fisiológicos y hormonales. Hay factores biológicos, de ciclo de vida, hormonales y psicosociales que son únicos en la mujer, que pueden ser relacionados con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres.

La situación de género es un factor determinante para la presencia de cuadros de depresión en las mujeres, la obligación de cumplir los deberes asociados con la

⁷ OMS. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. 2004.

Disponibile

en:www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

Consultado: 28 07 18 10:00 hrs

⁸ Berenzon S. (2013) "Depresión: Estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción."

Salud Pública de México Vol. 55 No. 1 Enero Febrero 2013. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

consultado 12 08 2018 14:16 hrs.

⁹ Wagner F.A. González F. C. Sánchez G. S. García P. C. Gallo J. J. (2012) "Enfocando la depresión como problema de salud pública en México." *Rev. Salud Mental* 2012; Vol. 35 No.1 Enero Febrero pp 3-11 disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2012/sam121b.pdf

¹⁰ Jadresic M.E. (2014) Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Rev. Med. Clin. Condes* 25 (6) pp 1019-1028

maternidad, el matrimonio y las presiones que se viven por el hecho de ser mujer y estar obligada a cumplir con ciertos roles, son causa de depresión.¹¹

La construcción de la maternidad como un estado idealizado de felicidad y satisfacción ha dificultado el reconocimiento de la depresión perinatal y la aceptación del hecho de que muchas madres experimentan sentimientos contrarios al goce y alegría esperados. Esto ha influido en que el estudio de la depresión perinatal no iniciara sino hasta muy recientemente, en los años ochenta.⁵

Uno de los predictores más importantes de la depresión posparto, es la depresión en el embarazo, Ceballos¹² y colaboradores refieren que la depresión en el embarazo sin tratamiento es factor de riesgo para depresión posparto en 50 a 65% y reacción depresiva puerperal (baby blues) en un 80%, estado en el que se incrementa el estrés, derivado de los cambios y transformaciones biológicas y psicológicas que conlleva el nacimiento de una persona. Asimismo, es causa probable de que la madre descuide su salud y no asista a revisiones prenatales, lo cual afecta el desarrollo del feto.^{5,8}

Jadresic (2014) menciona que es posible que el aumento de cortisol plasmático y el incremento de los niveles de catecolaminas típicamente presentes en los pacientes con depresión puedan afectar la función placentaria, a través de la disminución del flujo sanguíneo uterino y la inducción de irritabilidad uterina. A su vez las alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis adrenal, propias de los estados depresivos, pueden tener un efecto directo en el desarrollo fetal.¹⁰

Las mujeres son particularmente más vulnerables a la depresión luego de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos junto con la nueva responsabilidad

¹¹ INEGI (2016) "Mujeres y hombres en México 2016". Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2016.pdf

¹² Ceballos M.I. et al. (2010) "Depresión durante el embarazo". *Rev Med Inst Mex Seguro Soc. Mexico*. Vol 48(1):71-74 disponible en: https://www.researchgate.net/publication/268430389_Depresion_durante_el_embarazo_Epidemiologia_en_mujeres_mexicanas

por el recién nacido, pueden resultar muy pesados. Muchas mujeres que acaban de dar a luz padecen un episodio breve que requiere un tratamiento activo y apoyo emocional para la nueva madre. Algunos estudios sugieren que las mujeres que padecen depresión posparto a menudo han padecido previos episodios de depresión.^{13,11}

El embarazo y el parto son momentos críticos en la adaptación psicológica de las mujeres y suelen ir acompañados de trastornos del sueño, cansancio, pérdida de la libido y pensamientos ansiosos sobre el bebé⁴. En este contexto, algunos cambios en el estado mental y el funcionamiento pueden ser considerados como una parte normal del proceso. Sin embargo, estos acontecimientos significativos y estresantes de la vida pueden incrementar el riesgo de un trastorno mental y de una nueva recaída precipitando un trastorno preexistente, en particular en las mujeres con otros factores de riesgo conocidos. Además, las mujeres que están embarazadas o en el puerperio pueden desarrollar o tener los mismos problemas de salud mental que otros adultos.^{3,4}

Conjuntamente, las personas con depresión suelen presentar varios de los siguientes síntomas: Pérdida de energía, cambios en el apetito, necesidad de dormir más o menos de lo normal, ansiedad, disminución de la concentración, inquietud, sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza, y pensamientos de autolesión o suicidio. Los síntomas de depresión posparto también incluyen: Sentimiento de agobio, llanto persistente sin razón aparente, falta de lazos de afecto con el bebé y medidas sobre la propia capacidad de cuidar de sí misma y del bebé. La depresión posparto puede tratarse con ayuda profesional, las terapias de conversación y los medicamentos pueden ayudar. algunos medicamentos son seguros durante la lactancia materna.^{3,4,5,10}

¹³ Instituto Nacional de Salud Mental. (2009) Depresión. Bethesda. USA. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de Salud. publicación de NIH Num. SP09 3561 MODIFICADO Enero 2009. disponible en: www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2017/04/PGP-Depresion.pdf

El embarazo y el puerperio son procesos fisiológicamente similares para todas las mujeres, pero la experiencia psicológica varía de acuerdo a cómo son conceptualizados y representados por las mujeres. A esta experiencia contribuyen, además de su historia personal, la cultura, educación y modelos establecidos en su entorno respecto a los ideales maternos y representación de la paternidad. De manera similar, la experiencia de la depresión variará de acuerdo a esas representaciones básicas de lo que significa ser una buena madre.⁵

La sintomatología de la depresión perinatal es similar a un episodio depresivo mayor, con la particularidad de que aparece en el embarazo o durante las primeras cuatro semanas posparto.⁵ No obstante, la especificación de este lapso de tiempo, para fines de investigación y atención, el periodo perinatal generalmente abarca desde la gestación hasta el primer año posparto. Además de los síntomas específicos de la depresión mayor (ánimo depresivo, pérdida de placer y alteraciones del sueño y de la alimentación, entre otras), en la edición IV del DSM.¹⁴ se describen, síntomas propios de la depresión posparto (DPP) como ansiedad extrema, sentimientos de culpa, labilidad emocional, ideación suicida y enorme preocupación por la o el bebé.

Estudios cualitativos y cuantitativos identifican síntomas similares y sugieren que la depresión puede no ser, necesariamente, el síntoma más importante; sentirse abrumada, emocionalmente en una montaña rusa, irritable, sola y que no se es una persona normal, son manifestaciones reportadas con mayor frecuencia por mujeres con depresión posparto. Estos síntomas parecen estar más relacionados con la experiencia de sentirse deprimida lo cual contrasta con las expectativas sociales de la maternidad.^{5,10,11}

¹⁴ American Psychiatric Association.(APA).(2014) “Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V”. 5ª edición. Barcelona España. Disponible en: https://www.academia.edu/17057730/Manual_Diagnostico_y_Estadistico_de_los_Trastornos_Mentales_DSM-5_APA_5ed_booksmedicos. consultado 5 03 18 12:30 hrs.

En México investigadores como Rodríguez Baeza (2017) y colaboradores desarrollaron el estudio: Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud, realizado en Mérida, Yucatán. Mediante un estudio cuantitativo, aplicando la Escala de depresión de Edimburgo y escala de sucesos donde obtienen una prevalencia elevada de depresión prenatal de un 16.6% en adolescentes embarazadas, identificando como factores relevantes, dificultades con la pareja, falta de apoyo emocional, vivir en unión libre y eventos adversos como separación, dificultades sexuales y cambios alimenticios.¹⁵

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016.¹⁶ Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida. Describe que la salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano. Se busca contribuir al cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio, al adoptar la Declaración del Milenio en el año 2000. En esta norma se establecen recomendaciones para atender problemas de salud mental en el periodo perinatal.¹⁷

Dentro del catálogo maestro de guías de práctica clínica de la Secretaría de Salud; la guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primero y segundo niveles de atención publicada en 2014.³ Hace referencia a realizar promoción y difusión a todas las mujeres embarazadas para la detección de este problema de salud mental mediante la atención multidisciplinaria del personal de salud para su adecuada prevención, aplicando los instrumentos: Escala de depresión de Hamilton, escala

¹⁵ Rodríguez B. AK. (2017). Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2017; 25 (3): 181-8

¹⁶ SSA.(2016) Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Disponible en:http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016 consultado 8 0418 15:00 hrs.

¹⁷ Lara MA. García HT. (2013) "Prevención de la depresión posparto. Intervención psicoeducativa." Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México 2013.

hospitalaria de ansiedad y depresión, escala de depresión de Montgomery, Inventario de depresión de Beck y escala de depresión de Edimburgo.

No tratar la depresión materna puede traer múltiples consecuencias y algunos de ellos pueden traducirse en cambios conductuales tales como el abandono del cuidado, el control prenatal y la mala adherencia a las indicaciones médicas puede afectar directamente el embarazo. El suicidio, o los intentos de suicidio no son tan frecuentes, pero aun así están presentes en la población de gestantes.

La depresión materna aumenta el riesgo de un aborto, parto pretérmino o nacimientos prematuros y el aumento de nacidos pequeños para la edad gestacional o de peso bajo. Para minimizar el riesgo de este padecimiento es necesario la detección oportuna y para ello, existen distintos instrumentos de medición sintomatológica como lo es la escala de depresión Edimburgo. Se han identificado factores de riesgo para los síntomas de depresión entre mujeres que son madres de niños pequeños tales como: La violencia interpersonal ejercida por la pareja sexual, bajos niveles de apoyo social, embarazo no deseado, menor educación formal y no tener un compañero afectivo.^{18,10,12,}

METODOLOGÍA:

El diseño del presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo en población de pacientes embarazadas habitantes de área urbana y rural de localidades de acción intensiva y de influencia del Hospital Rural no. 44 del programa IMSS-Prospera, pertenecientes al municipio de Tamazunchale S.L.P. Se realizó muestreo por conveniencia, con participación de 50 embarazadas durante los meses de Junio/Julio del 2017.

Se utilizó como instrumento para recolección de datos cedula de datos sociodemográficos y ginecoobstetricos, para la medición del nivel de depresión se

¹⁸ De Castro F, Place JM, Billings D, Rivera L, Frongillo E. Risk (2014) "Profiles associated with postnatal depressive symptoms among Mexican women: The role of demographic, psychosocial and perinatal factors." *Arch Womens Ment Health*. DOI 10.1007/s00737-014-0472-1

utilizó la Escala de depresión perinatal de Edimburgo (EPDS)¹⁹ que es una herramienta adecuada para el tamizaje de cuadros depresivos, auto aplicable, con un alfa de Cronbach de 0.845. Tiene validez para su aplicación en el proceso de gestación, consta de 10 preguntas cortas, de respuesta poltómica con cuatro opciones, de acuerdo a la severidad de los síntomas, explorando síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, durante los últimos quince días.

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada: a=0 puntos; b=1 punto; c=2 puntos; d=3 puntos. El puntaje total va de 0 a 30 puntos, se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems. Durante el embarazo; una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión. En el posparto, una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de depresión posparto. Un puntaje positivo en la pregunta 10 requiere evaluación adicional e inmediata.

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: Llevar control prenatal regular en la unidad, firma de consentimiento informado, saber leer y escribir, aceptar contestar cedula de recolección datos. Mediante entrevista y oficio por escrito se solicitó la autorización de los directivos de la unidad, para la implementación del protocolo de investigación. Una vez autorizado se acudió al área de consulta externa para iniciar la recolección de la información

Se realizó búsqueda intencionada de mujeres embarazadas que acudieron control prenatal, estableciendo entrevista para sensibilización y firma de consentimiento informado para su participación. Posteriormente se llevó a cabo la aplicación de la cedula de datos sociodemográficos y se solicitó contestar la Escala de Depresión Prenatal de Edimburgo. Una vez concluida la recolección de datos por medio de los instrumentos descritos; para el análisis, procesamiento y tabulación de la

¹⁹ Oquendo C.M. Lartigue T. González P. I. Méndez C. Sara.(2008) "Validez y seguridad de la escala de depresión perinatal de Edinburgh como prueba de Tamiz Para detectar depresión perinatal." **Perinatol Reprod Hum** 2008; 22:195-202 disponible en: <http://www.inper.mx/descargas/pdf/ValidezysseguridaddelaescaladedepresionperinataldeE.pdf>

información obtenida, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18, aplicando estadística descriptiva.

Este trabajo de investigación se consideró sin riesgo para los participantes, debido a que solo se recabo información por escrito y se respetó a su vez la confidencialidad de los datos obtenidos de los participantes. El presente estudio, se realizó en apego a lo dispuesto por la Ley General de Salud del 2014.²⁰ mencionado en el capítulo V, artículo 100, fracciones II, IV relativos a la investigación con seres humanos, considerando además la NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.²¹

RESULTADOS:

Con relación a las características sociodemográficas de las pacientes embarazadas se observa que un 32% son adolescentes, edad promedio de 17 años, seguida por el grupo de 20 a 24 años en 30%, el grupo de estudio presenta una edad mínima de 15 años y máxima de 37 años. El 82% de las mujeres está afiliada al seguro popular. El 68% de mujeres embarazadas que acude a esta unidad pertenece a los municipios de Tamazunchale, San Martín y Tampacan, del estado de San Luis potosí y un 32% proviene de Pisaflores, Chapulhuacan, Tepehuacan y Lolotla del estado de Hidalgo.

El 82% de las embarazadas refiere vivir con su pareja y 18% continúa viviendo con sus padres. Un 50% de las mujeres refieren pertenecer a familia nuclear. Un 92% describe vivir en casa propia. 6% de las mujeres embarazadas pertenecen a población hablante de lengua materna náhuatl, el 76% realiza labores del hogar y solo un 10% refiere ser estudiante. Respecto a su nivel educativo, 38% realizó estudios a nivel secundaria y un 30% finalizó nivel bachillerato, solo un 2% refiere

²⁰ SSA. (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de Investigación en salud. Ley General de Salud. disponible en: www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Reg_LGS_MPSAM.pdf

²¹ SSA. NOM-012-SSA3-2012 Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. disponible en: dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013

estudios de nivel universitario. El 84% profesa religión católica. En referencia a su estado civil el 66% vive en unión libre y 10% es soltera. Un 28% ha migrado de su comunidad a otra ciudad para tener un trabajo mejor remunerado, sin embargo, al presentar embarazo regresó a su lugar de origen.

Referente a los antecedentes ginecoobstetricos el 68% cursa el tercer trimestre y 32% está en el segundo trimestre, un 48% cursa su primera gesta, 34% segunda gesta, 18% son multigestas. El 72% presentará su primer parto, un 88% refiere no ha requerido cesárea previa y un 86% refiere ausencia de abortos. El 56% de la población refiere haber recibido 5 consultas prenatales. Un 40% de la población inició vida sexual activa a los 17 años. El 62% de las entrevistadas refiere solo una pareja sexual. Además 48% refiere no usar método de planificación familiar.

Se observa que 94% refiere alcoholismo negativo, un 82% no presenta antecedentes familiares de depresión, 94% niega antecedentes familiares de trastornos mentales, un 2% refiere antecedentes de suicidio, así como el 88% refiere no haber presentado cuadros de ansiedad materna, el 46% de las mujeres refieren recibir apoyo de su pareja, un 50% expresa no existe violencia doméstica, el 84% refiere cursar embarazo deseado.

En la puntuación global de la escala de depresión de Edimburgo, se observa que 92% se encuentra sin sospecha de depresión y 8% de la población presenta rasgos de sospecha de depresión.

DISCUSIÓN.

Borda y colaboradores (2013) en Colombia estudian la prevalencia de factores de riesgo para depresión en embarazadas, mediante estudio descriptivo incluyendo variables sociodemográficas, ginecoobstetricos, antecedentes psicológicos y psiquiátricos y escala de EPDS, describiendo una prevalencia de 19.2%, edad media de 24.78 años, nivel socioeconómico bajo, ocupación; amas de casa, convivencia con su pareja, con antecedentes de depresión previo al embarazo.

Como factores de riesgo se observó abortos previos, disfunción familiar y realizar actividades fuera del hogar.²²

A la comparación con este estudio existe similitud en factores como nivel socioeconómico, ocuparse de labores del hogar, estudios a nivel secundaria, estado civil unión libre, respecto al nivel de prevalencia se difiere ya que el estudio realizado en Colombia reporta una prevalencia de 19.2% en contraste con el 8% encontrado en la zona huasteca sur de San Luis Potosí.

En Perú Bao-Alonso analizan la prevalencia de depresión durante la gestación y sus factores asociados, mediante la aplicación de la escala EPDS, recolección de datos sociodemográficos y ginecoobstetricos, obteniendo prevalencia de depresión mayor de un 22.5%, además que un 34.75% de las embarazadas tuvo puntajes mayores de 13.5%, describen como factores asociados ser soltera, ausencia de educación superior, embarazo no deseado por la pareja y/o paciente, antecedentes de depresión previa al embarazo.²³ Se coincide con esta autor en los datos sociodemográficos respecto al nivel educativo ya que en ambos estudios, las gestantes carecen de estudios a nivel superior, respecto a la prevalencia, se difiere

al reportarse depresión alta con un 22 %, respecto al descrito en por este estudio que es de un 8%.

Durante 2017, Rodríguez y colaboradores analizaron la prevalencia y factores asociados a depresión prenatal, en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Yucatán, mediante escala de depresión de Edimburgo, obteniendo una prevalencia de 16.6%, cifra que se reporta como depresión elevada. Identificando como factores relevantes, embarazo adolescente, dificultades con la pareja, falta de apoyo emocional, vivir en unión libre y eventos adversos como, separación,

²² Borda P. M. Forero C. Ahcar C. N. Hinostrosa C. Polo L. S. Staaden G. M. Valencia M.M. (2013) "Depresión y factores de riesgo asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al hospital Niño Jesús en Barranquilla Colombia." *Rev. Salud Uninorte* 2013; 29(3): 394-405 disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4775/3665>

dificultades sexuales y cambios alimenticios.¹⁴ Se identificó además la presencia de conductas dañinas tales como alcoholismo y tabaquismo positivo, antes y durante el periodo de embarazo.

Los hallazgos sociodemográficos referidos por Rodríguez son similares a los recabados en el presente estudio. sin embargo, no existe similitud en presencia de conductas dañinas y adicciones, ya que en las gestantes de la región huasteca no se reportan adicciones, ni patologías previas que favorezcan el desarrollo de cuadros de depresión.

Ceballos y colaboradores en Quintana Roo.²⁴ estudian la depresión en embarazo en unidades de primer nivel de atención médica. Describiendo depresión de 6.4% de acuerdo a la escala de Edimburgo. Influyendo; ser casadas, escolaridad preparatoria, amas de casa, nivel socioeconomico medio bajo. Al compararlo con el presente estudio en sus antecedentes sociodemográficos, se observan similitud en relación con ocupación, amas de casa. Existen diferencias en el nivel de escolaridad ya que se aquí se reporta nivel secundario, estatus socioeconómico bajo y estado civil unión libre. Se observa además similitud en el nivel de prevalencia de depresión.

En los antecedentes ginecoobstetricos se observa una edad promedio de 22 años, presentar primer embarazo, antecedentes de parto vaginal y abortos, uso de métodos de planificación familiar previo a su embarazo, las adolescentes presentan 17.6% de depresión, y las adultas depresión en un 5.4%. Se describen además 35.7% con depresión familiar y un 28.6% con historia de tratamiento antidepressivo.

²⁴ Ceballos M. I. Sandoval J. L. Jaimes M. E. Medina P. G. Madera Gamboa J. Fernández A. YF. (2010), "Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas." *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Vol. 48 núm. 1, 2010, pp.71-74. Instituto Mexicano del seguro social. Distrito Federal, México.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745506013> consultado: 22 05 18 10:00 hrs

Lara, Patiño, Navarrete y Nieto investigadoras del instituto Nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz de México⁹, efectúan una revisión de los estudios sobre prevalencia, consecuencias, factores de riesgo e intervenciones preventivas y terapéuticas de la depresión pre y posnatal. Estas autoras describen que de acuerdo con una revisión de estudios, conducidos en países desarrollados, entre 2% y 21% de gestantes padece depresión; por entrevista clínica y entre 8% y 31% por autoinforme.²⁵ La depresión en el embarazo se estimó entre 9% y 14%.^{26,27} por entrevista clínica y de 6.4% a 30.7% por autoinforme.^{2,28}

En los resultados globales de este estudio se observa prevalencia del 8% de depresión, observando que, en relación con los datos descritos por las investigadoras del instituto nacional de psiquiatría en México, los hallazgos encontrados están dentro de la media de prevalencia de depresión en gestantes a nivel nacional descritos mediante autoinforme.

CONCLUSIONES:

La prevalencia de depresión en mujeres embarazadas es de 8% lo que sugiere encontrarse en la media nacional por lo que llevar a cabo una buena detección oportuna de depresión en mujeres embarazadas favorece una atención integral para el binomio madre-hijo, por lo tanto el trabajo multidisciplinario del personal del área de la salud, resulta trascendental en el primer contacto con la paciente en estado de embarazo.

Se presenta un alto porcentaje de depresión en adolescentes embarazadas en 32% lo que sugiere las posibilidades de ser una población propensa a presentar este padecimiento y mayores dificultades para el logro óptimo del desarrollo familiar, por las condiciones económicas, sociales y culturales.

²⁵ Bennet HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. (2004) "Depression during pregnancy: overview of clinical factors." *Clin Drug Invest.* 2004;24(3):157-79.

²⁶ Ocampo R, Heinze G, Ontiveros MP. (2007) "Detección de depresión posparto en el Instituto Nacional de Perinatología. *Psiquiatría*". 2007; 23:18-22.

²⁷ Gómez ME, Aldana CE. (2007) "Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo". *Psicología y Salud.* 2007;17(1):53-61.

²⁸ Lara M.A. (2006) et al. "Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental*" 2006. 29(4): 55-66

Se demuestra que la Escala de Depresión de Edimburgo, mediante auto informe, es útil para la detección temprana de depresión en gestantes, la cual puede ser una herramienta útil para el personal de salud.

Los estudios sobre la depresión materna y perinatal en el país son escasos, la detección de procesos de salud mental dentro del control prenatal es un área poco explorada a pesar de contar con el apoyo de guías normativas al respecto, la capacitación hacia el personal de salud en el primer nivel de atención es fundamental, para identificar los síntomas depresivos de manera oportuna y brindar la atención adecuada, oportuna y con calidad, por lo cual es trascendental continuar realizando estudios sobre todo en población del área rural, escasamente estudiada.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Assosiation. (APA).(2014) "Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V". 5ª edición. Barcelona España. Disponible en: https://www.academia.edu/17057730/Manual_Diagnostico_y_Estadistico_de_los_Trastornos_Mentales_DSM-5_APA_5ed_booksmedicos. Consultado 5 03 18 12:30 hrs.HA Bennett. et al. (2004). Depression during pregnancy: overview of clinical factors. En revista Clin Drug Invest. N 24(3), 2004, p.157-79.

Berenzon S. (2013) "Depresion: Estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción." En revista de Salud Pública de México Vol. 55 No. 1 Enero Febrero 2013. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Consultado 12 08 2018 14:16 hrs

Borda P. M. et. al. (2013) "Depresión y factores de riesgo asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al hospital Niño Jesús en Barranquilla Colombia." En Revista. Salud Uninorte 2013; 29(3): 394-405 disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4775/3665>

Ceballos M.I. et al. (2010) "Depresión durante el embarazo". Revista de Medica del Instituto Mexicano de Seguro Social. Mexico. Vol 48(1):71-74 disponible en: https://www.researchgate.net/publication/268430389_Depresion_durante_el_embarazo_Epidemiologia_en_mujeres_mexicanas

Ceballos M. I. (2010) "Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas". En Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol. 48 N.1, 2010, pp.71-74

Castro F, (2014). Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among Mexican women: The role of demographic, psychosocial and perinatal factors. En revista: *Arch Womens Ment Health*. DOI 10.1007/s00737-014-0472-1 p. 463- 471 Dirección web: https://www.researchgate.net/profile/Jean_Marie_Place/publication/268789335_Risk_profiles_associated_with_postnatal_depressive_symptoms_among_women_in_a_public_sector_hospital_in_Mexico_the_role_of_sociodemographic_and_psychosocial_factors/links/55794cb608aeb6d8c01f236d/Risk-profiles-associated-with-postnatal-depressive-symptoms-among-women-in-a-public-sector-hospital-in-Mexico-the-role-of-sociodemographic-and-psychosocial-factors.pdf

Ceballos M. I. (2010) “Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas”. En Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol. 48 N.1, 2010, pp.71-74

Diaz, Mardorys; Amato, Rosanna;. (2013). “Depresión y Ansiedad en Embarazadas”. Dirección web: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131671382013000200006. Consultado en 21/08/2017 a las 16:15

HA Bennett. et al. (2004). Depression during pregnancy: overview of clinical factors. En revista *Clin Drug Invest*. N 24(3), 2004, p.157-79.

IMSS. (2017). “Programa IMSS Prospera”. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20162017/12-Cap08.pdf> consultado 10 06 18 8:00 hrs

INEGI (2016) “Mujeres y hombres en México 2016”. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2016.pdf

Instituto Nacional de Salud Mental. (2009) “Depresión”. En Institutos Nacionales de Salud. NIH N. SP09 3561. Enero 2009. P.3. Disponible en: www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2017/04/PGP-Depresion.pdf.

Jadresic E. et al.(2007). “What does Chilean research tell us about pospartum depression” E revista *Elsevier*. N 102 Noviembre 2006. p 237-243

Jadresic M.E. (2010) “Depression in pregnancy and the puerperium.” En revista *Chilena de Neuro-psiquiatria*. N 48... Diciembre 2010. p. 269-278

Lara M.A. et al.(2006) “Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México”. En revista *Salud Mental*. V29 N.4. 2006, p55-62

Lara MA. Navarrete L. (2012). “Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D”. Dirección web: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a9.Pdf>. Consultado en: 20/08/2017 a las 14:30

Lara MA. Patiño P. Navarrete L. Nieto L. Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. Dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales. Instituto Nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente

Muñiz. Revista Género y salud en cifras. Vol15 No. 2 Mayo Agosto 2017 pp 12-25
Disponible en:<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280103/Revista15-2VF.pdf>
Consultado: 10/06/2017 a las 12:00hrs

Lara MA. et al. 2015 “La enfermedad mental en el ciclo vital”. en Medina ME; Santi EJ; Real T. “*la depresión y otros trastornos psiquiátricos*” Academia nacional de medicina México- CONACYT. 2015. pp. 81-90

López G. ME, Aldana E. (2007). “Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo”. En revista Psicología y Salud. N17(1). Junio 2007 P 53-61.

Martínez L. P. et al. (2009). “Depresión en Adolescentes Embarazadas”. En revista: *Enseñanza e Investigación en Psicología*. Sitio web:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992004>.

Moreno Treviño C.A. (2009). “Depresión postparto y su relación con el funcionamiento familiar en mujeres adscritas a la Unidad de Medicina Familiar no. 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí, San Luis Potosí. México”. En revista Repositorio Institucional de la UASLP. Dirección web:
<http://ninive.uaslp.mx/jspui/bitstream/i/2475/3/EMF1DPR00901.pdf>.

NICE (2014). “Clinical guideline”. Disponible en
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/1-Recommendations#recognising-mental-health-problems-in-pregnancy-and-the-postnatal-period-and-referral-2> consultado 12/05/18 a las 16:00 hrs

Ocampo R, et al (2007). Detección de depresión posparto en el Instituto Nacional de Perinatología. En revista psiquiátrica de México N.3. Septiembre 2007 p.18-22.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3a2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastornomentalmasfrecuente&Itemid=1926&lang%20=es. Consultado en 19/08/2017. A las 18:25

Oquendo C.M. et al (2008). Validez y seguridad de la escala de depresión perinatal de Edinburg como prueba de Tamiz Para detectar depresión perinatal. En Revista Perinatal Reprod Hum. N 22 Mes2008. P 195-202 disponible en:
<http://www.inper.mx/descargas/pdf/ValidezysseguriddelaescaladedepresionperinataldeE.pdf> Consultado en: 21/08/ 2017a las. 19:15

Ortega L, Lartigue T, & Figueroa ME. (2001) Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. En mEdigraphic Perinatal Reprod Hum 2001;15(1). p. 11-20. Consultado en 23/08/2017 a las 16:30. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21765>

Rodríguez B. AK.et al (2017). Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud. En Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017; 25 (3): 181-8

Rodríguez. (2012). Factores asociados a depresión posparto en mujeres que acuden al hospital general de Ecatepec. Disponible en: <http://www.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14203/401913.pdf?sequence=>. Consultado en 20-08-2017, a las 11:45.

Rojas M. I. Dembowski N. (2014).” Protocolo de Detección de la Depresión Durante el Embarazo y Posparto y Apoyo al Tratamiento”. En revista de de MINSAL Disponible en: <http://minsal.cl/sites/default/.../ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>. Consultado en 22-08-2017 a las 13:20

Secretaría de Salud (SSA). (2013). Guia de Practica Clinica para el control prenatal con enfoque de riesgo. de endomex. Disponible en: <http://salud.edomex.gob.mx/.../GUIA%20PARA%20EL%20CONTROL%20PRENATAL%200>. Consultado en 21-08-2017, a las 19:10

Secretaría de Salud (SSA). (2014). Prevención, Diagnóstico y Manejo de la depresión Prenatal y Posparto en el Primero y Segundo Niveles de Atención. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS666-14-Deprepostparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf. Consultado en 20/08/2017 a las 12:00

Secretaría de Salud (SSA). (2016) Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y el recién nacido. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016. Consultado 8/04/2018 a las 15:00.

Secretaría de Salud (SSA). (1984) Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>. Consultado en 21/01/2018 a las 13:00.

Wagner F.A. et al. (2012) “Enfocando la depresión como problema de salud pública en México”. en revista de Salud Mental, vol. 35, num 1, enero-febrero,2012. pp.3-11. Direccion web: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a2.pdf>. Consulta do en 19/08/2017 a las 10:45

World Health Organization (WHO). (2008). Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries. Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization Disponible en: http://www.who.int/publications/2008/9789241597142_eng.pdf. Consultado en 17-08-2017. A las 16:30.

World Health Organization (WHO). (2017). Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/. Consultado en 17-08-2017 a las 17:15