

Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008.

Psychosocial factors and antenatal depression among pregnant women.
Multicenter study in three hospitals in Lima, Peru. April-June, 2008.

Nelly Lam^{A,B,C}, Hans Contreras^C, Elizabeth Mori^C, Williams Hinostroza^C, Richard Hinostroza^C,
Erasmio Torrejón^D, Elizabeth Coaquira^C, Willy Hinostroza^C

RESUMEN

Objetivo: Determinar las correlaciones y asociaciones de riesgo entre sintomatología depresiva y casos probables de depresión mayor según factores psicosociales. **Métodos:** Estudio observacional transversal analítico en tres hospitales Lima, Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” (HONADOMANI) y Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL). Muestra probabilística de 593 gestantes. Se utilizó la Escala de la Depresión de Edimburgo (EPDS) para medir sintomatología depresiva y casos probables de depresión mayor. **Resultados:** Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.836 para EPDS. Estructura multidimensional de dos factores que explica el 54.67% de la varianza. La prevalencia de casos probables de depresión mayor de 34.1%. Según regresión logística, fueron factores asociados independientes para probable depresión mayor: antecedente de aborto (OR=1.71; IC95%: 1.15-2.54; p<0.01), no planificación de embarazo (OR: 1.81; IC95%: 1.23-2.66; p<0.01), apoyo emocional (OR: 0.45; IC95%: 0.26-0.78; p<0.01), apoyo afectivo (OR: 0.29; IC95%: 0.19-0.43; p<0.05), antecedente de violencia (OR: 3.96; IC95%: 2.68-5.85; p<0.01). **Conclusiones:** La EPDS es un cuestionario confiable y posiblemente válido para ser utilizado en la identificación de sintomatología depresiva y de probables casos de depresión mayor en población gestante de Lima (Perú). El estudio revela una alta prevalencia de casos probables de depresión mayor y encuentra asociaciones significativas en relación a los factores psicosociales referidos por la literatura especializada.

PALABRAS CLAVE: Depresión antenatal, Factores psicosociales.

INTRODUCCIÓN

En los momentos actuales, la evidencia permite reconocer que los cambios hormonales asociados a los ciclos reproductivos incrementan el riesgo de padecer algún trastorno del estado de ánimo y en especial el trastorno depresivo.¹ El embarazo, uno de los eventos de mayor significancia en cuanto a cambios hormonales, representa un periodo de vulnerabilidad para la presentación o la recurrencia de un trastorno depresivo. Algunas mujeres experimentan su primer episodio depresivo durante el embarazo mientras que otras, que cuentan con antecedentes depresivos, están en riesgo incrementado para una recurrencia, continuación o exacerbación de dicho trastorno.²

Las cifras internacionales, reportadas por una revisión sistemática,² revelan que la prevalencia de la depresión antenatal es 7.4 % (2.2-12.6); 12.8 % (10.7-14.8) y 12% (7.4-16.7) para el primer, segundo y tercer trimestre respectivamente. Aunque en nuestro medio no existen estudios generalizables, la situación parecería particularmente más crítica. Así, Luna (2006) en un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, que contó con 260 mujeres gestantes, encontró que un 38% de prevalencia de casos probables de depresión mayor.³

Los factores de riesgo asociados a la depresión gestacional pueden ser biológicos o psicosociales.⁴ Dentro de los factores biológicos se encuentran los antecedentes por parte de la mujer de desórdenes del estado ánimo, desórdenes de ansiedad, depresión postnatal, desorden disfórico premenstrual y enfermedad psiquiátrica familiar. Dentro de los factores de riesgo psicosociales se encuentran: historia de abuso durante la infancia, edad temprana del embarazo, embarazo no planificado, ambivalencia de sentimientos en relación al embarazo, maternidad soltera, paridad, limitado apoyo social (el cual no es unidimensional sino multidimensional, ya que involucra

(*) El presente estudio obtuvo el primer lugar en el “Premio Nacional a la Mejor Investigación en Salud Materno-Perinatal 2008”, organizado por el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. (A) Instituto de Investigaciones Clínicas, Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). (B) Instituto Nacional Materno Perinatal. (C) Centro de Investigación ANASTOMOSIS.

Correspondencia a Hans Contreras: grupoanastomosis@yahoo.es

Recibido el 26 de diciembre de 2010 y aprobado el 03 de febrero de 2011.

Cita sugerida: Lam N, Contreras, Hinostroza W, Hinostroza R, Torrejón E, Coaquira E, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. Rev. peru. epidemiol. 2010; 14 (3) [8 p.]

diversos aspectos referidos al apoyo, como apoyo emocional afectivo y las relaciones sociales de la persona), violencia doméstica o conflictos de pareja, bajos niveles de educación y desempleo, abuso de sustancias y hábito de fumar.^{2,4}

Es un hecho que en el Perú uno de los campos de mayor abandono en el sistema de salud es el referido a la salud mental materno-perinatal. No existe, en ninguno de los niveles de atención, un servicio de psiquiatría que se encargue de velar por el bienestar mental de las mujeres durante el periodo antenatal, como postnatal. Así, en realidades como la nuestra urgen los estudios referidos a este campo de la salud, que impulsen una toma de conciencia por parte de los médicos y las autoridades hacia los problemas mentales. Información válida sobre la prevalencia y asociaciones del trastorno depresivo antenatal son importantes ya que permiten identificar los niveles de riesgo de una población así como también evidencian, de modo indirecto, los niveles de eficacia del sistema de salud materno-perinatal de un país.

Las investigaciones inaugurales en el campo de la salud mental materno-perinatal se deben centrar en una primera instancia en el estudio de los instrumentos a utilizar, en la identificación de las prevalencias, y en la descripción y el análisis de los factores de riesgo asociados. En este sentido, son necesarios los estudios multicéntricos ya que ellos permiten evaluar una muestra más amplia ya en términos cuantitativos como cualitativos.

En el presente estudio, los objetivos planteados fueron:

Objetivo General: Determinar las correlaciones y asociaciones de riesgo entre sintomatología depresiva y casos probables de depresión mayor según los siguientes factores psicosociales: edad materna y de la pareja, convivencia, nivel educativo, estado laboral, antecedentes obstétricos, antecedente de aborto, planificación del embarazo y apoyo social (apoyo emocional, apoyo afectivo y nivel de relaciones sociales) en población gestante.

Objetivos Específicos: a) Estudiar las propiedades psicométricas de una versión en español de la Escala de la Depresión de Edimburgo (EDPS): determinar su validez interna, realizar el análisis exploratorio de factores y analizar la consistencia interna de las dimensiones. b) Determinar la prevalencia de sintomatología depresiva y de los casos probables de depresión mayor.

Revisión de la literatura

La depresión antenatal ha sido asociada con: pobres conductas relacionadas al cuidado médico que se traducen en un inicio tardío de los controles prenatales y/o en el abandono de los mismos;⁵ comportamientos riesgosos que implican abuso de sustancias y/o hábitos nocivos;^{6,7} pre-eclampsia;^{8,9} malos desenlaces al momento del parto y un incrementado riesgo de progreso a una depresión postparto.¹⁰⁻¹²

Field y col. (2004) encontraron que las madres con síntomas depresivos durante el embarazo tuvieron mayores niveles de cortisol y menores niveles de dopamina y serotonina.¹³ Asimismo, encontraron que dichas madres tuvieron más riesgo de parto prematuro y de tener un neonato con bajo peso. Además, los neonatos de dichas madres obtuvieron menos puntajes en la Escala Neonatal de Brazelton que valora la calidad de respuesta del niño y la cantidad de estimulación que necesita (nivel I de evidencia). Resultados similares han sido reportados por otros autores.¹²⁻²⁰ Para una revisión véase Field, Diego y Hernandez-Reif (2006).²¹

Por otro lado, Pawlby y col. (2008) encontraron que la depresión antenatal se asociaba con una disminución en la formación de lazos entre madre-hijo y que podía predecir problemas cognitivos, emocionales y comportamentales a los ocho y 11 años, así como

depresión a los 16 años (nivel II de evidencia).²² Resultados similares han sido encontrados por Monk (2001).³⁰

Gotlib y col. (1989) fueron unos de los primeros en hacer notar el continuum existente entre depresión antenatal y depresión postnatal.²³ A pesar su observación, la investigación acumulada en los últimos 20 años se ha centrado más en la depresión postnatal, relegando a la depresión antenatal como una cuestión secundaria o de menor importancia. De ahí que en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – American Psychiatric Association* (DSM-IV-TR) se reconozca el inicio en el periodo postnatal de los desordenes del estado de ánimo pero no se hace referencia alguna a la depresión durante el embarazo, que si bien, no se trata de una entidad nueva ni emergente, está asociada a una serie de comorbilidades que comprometen el bienestar de la madre y su hijo.

La evidencia acumulada obliga a cambiar la vieja idea de que el embarazo protege a las mujeres contra los problemas mentales.²⁴ La detección temprana de la depresión antenatal reviste especial importancia ya que permite un control de los potenciales efectos adversos asociados tanto a la salud materna como al bienestar del ser no nacido.⁴

El diagnóstico de depresión, ya en población general como en población obstétrica, está basado en los criterios consignados a dicho trastorno en el DSM-IV. Para ello, es necesaria una entrevista clínica psiquiátrica. Sin embargo, el grueso de la evidencia publicada en relación a la depresión antenatal no ha utilizado en su diseño metodológico una entrevista clínica sino un instrumento de tamizaje, es decir un cuestionario de autorreporte.² Los cuestionarios de autorreporte no diagnostican, pero son sensibles a los síntomas depresivos y según los puntos de corte validados en estudios locales,²⁵ permiten detectar posibles casos de depresión mayor. El instrumento de mayor aceptación, por sus características de validez y confiabilidad es la Escala de la Depresión de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés *Edinburgh Postnatal Depression Scale*), diseñada originalmente para el periodo postnatal aunque luego validada por los mismos autores²⁶ en madres gestantes. A diferencia de otros instrumentos existentes para la detección de síntomas depresivos, la EPDS sólo evalúa presencia de síntomas cognitivos (psicológicos) y obvia el componente somático (físico) de los cuadros depresivos, ya que estos pueden generar confusión con manifestaciones fisiológicas del embarazo (cambios en el ritmo del sueño y el apetito, disminución de la libido, cansancio y fatiga). Este hecho, ha sido reconocido por varios autores^{2,27} como una de las principales ventajas de la EPDS (nivel I de evidencia).

MATERIAL y MÉTODOS

Estudio de tipo observacional transversal analítico, realizado entre abril a junio del 2008 en tres establecimientos de salud de la ciudad de Lima-Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” (HONADOMANI) y Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL). Se consideró la depresión gestacional para determinar el tamaño de la muestra, quedando constituida de la siguiente manera: INMP: 256, HONADOMANI: 256 y HNAL: 81, totalizando 593 gestantes. Se seleccionó una muestra probabilística entre las gestantes que asistieron a sus consultas prenatales durante los meses de abril a junio de 2008, considerándose como criterios de exclusión: tener antecedente psiquiátrico y ser madre adolescente. Las gestantes invitadas a participar en el estudio fueron debidamente informadas sobre la investigación a realizar, y aquellas que aceptaron, voluntaria y libremente firmaron el consentimiento informado especialmente diseñado para este estudio, autorizando de

Lam N, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008

esta manera a proceder a recabar la información en los instrumentos diseñados.

La información recogida incluyó: edad de la gestante y de la pareja, convivencia, nivel educativo de la gestante y de la pareja, estado laboral de la gestante; antecedentes obstétricos (gestación: primípara, no primípara; antecedente de aborto; trimestre en el que acudió para su primer control prenatal), y planificación del embarazo. Para evaluar el antecedente de violencia durante el embarazo, nivel de apoyo social y sintomatología depresiva se utilizaron cuestionarios de autorreporte validados en nuestro idioma así como en población gestante.

El antecedente de violencia de género fue evaluado por el Cuestionario de la Medida del Abuso Doméstico (DAAQ), desarrollado por Canterino y col. (1999) y que concibe la violencia como una gama de actos de coerción y agresión realizados contra la mujer gestante.²⁸ Se consideró como un caso a toda mujer que haya referido maltrato en al menos una de las formas: físico, psicológico y sexual.

El apoyo social fue evaluado por el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS-SSS), desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991).²⁹ Se consideró tres dimensiones del constructo: Apoyo Emocional (ocho ítems), Interacción Social Positiva (cuatro ítems) y Apoyo Afectivo (tres ítems). El MOS-SSS ha sido ampliamente validado.³⁰⁻³² Se consideró: 23/24, 8/9 y 8/9 como puntos de corte para cada subescala.³⁰

La sintomatología depresiva fue evaluada por la Escala de la Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), desarrollada por Cox y col. (1987)³³ y validada en población gestante por Murray y Cox (1990)²⁶ y en el Perú (en población postnatal) por Vega y col. (2002),²⁵ evalúa la presencia de sintomatología depresiva de tipo cognitivo-psicológico. Posee diez ítems. Cada ítem presenta respuesta de tipo Likert de cuatro opciones (*Muy frecuentemente: 3, A veces: 2, Rara vez: 1, Nunca: 0*), siendo el puntaje total de 0 a 30. Se consideró a todo puntaje igual o mayor de 14 como un caso de probable depresión mayor.²⁵

En una primera instancia, la evaluación psicométrica de la EPDS se realizó mediante el cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach, para evaluar consistencia interna, se esperó un valor entre 0.7 y 0.9, lo que evidenciaría una buena consistencia interna, y entre 0.8 y 0.9 lo cual evidenciaría una excelente consistencia interna.^{34,35} Para evaluar correlación ítem total se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson, se consideró una alta correlación cuando el coeficiente se acercara más a la unidad, y según el valor resultante: alta correlación (0.8 a 1), moderada correlación (0.5 a 0.79) y baja correlación (menor de 0.49). Para el análisis factorial se realizó un Análisis Exploratorio de Factores con rotación Varimax. Se calculó la prueba de Esfericidad de Bartlett y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin. Luego del estudio de los parámetros de validez de la EPDS se procedió al análisis de medidas de tendencia central y estadísticos univariados para la determinación de las prevalencias. Para determinar significancia de medias en comparación se utilizó la prueba T de Student y con el fin de determinar asociaciones de riesgo se procedió al cálculo del OR crudo y ajustado, este último luego de realizar una regresión logística. Para el registro de datos se construyó una base de datos en Microsoft Excel y para el análisis se utilizó el software estadístico SPSS-15. Se consideró el intervalo de confianza al 95% y el respectivo criterio de significancia (valor de $p < 0.05$) como estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Se encontró que la consistencia interna de la EPDS fue de 0.836. Las

correlaciones corregidas ítem-puntuación total se muestran en la Tabla 1. La prueba de esfericidad de Bartlett mostró un $X^2 = 1909,972$; $gl = 45$; $p < 0.001$ y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0.856. Estos coeficientes indican que debe rechazarse la hipótesis de la matriz identidad. La EPDS mostró una estructura multidimensional que explicaba el 54.67% de la varianza (Tabla 1). Según el tipo de síntomas consignados a cada factor se encontró que el Factor 1 representaba una Componente Ansiosa mientras que el Factor 2 representaba una Componente Depresiva. Cada uno de los factores presentó una buena consistencia interna (Coeficiente Alfa de Cronbach para el factor 1: 0.756 y para el Factor 2: 0.792).

La muestra estuvo conformada por 593 gestantes, con un promedio de edad de 28.6 años (rango 20 - 45). La Tabla 2 describe las variables que caracteriza el perfil epidemiológico de la muestra estudiada. El 81.1% compartía techo de vivencia con su pareja (casadas/convivientes), el 54.8% refirió tener estudios secundarios. Siete de cada diez gestantes (69.1%) se dedicaban exclusivamente a labores domésticas. 36.8% era primigesta y 27.2% refirió al menos un antecedente de aborto. 73.4% refirió haber iniciado su control prenatal en el primer trimestre. En cuanto a la pareja, fue mayor el promedio de edad (32.11), con un rango entre 19 a 62 años y con estudios superiores 44.4%.

La Tabla 3 muestra los factores psicosociales y su relación con sintomatología depresiva según las EPDS. Se relacionaron significativamente con niveles mayores de sintomatología depresiva: el antecedente de gestación previa, el antecedente de aborto, la no planificación del embarazo y el antecedente de violencia.

Presentaron niveles significativamente menores de depresión: el adecuado apoyo emocional, el adecuado nivel de relaciones sociales y el adecuado apoyo afectivo.

El nivel educativo de la gestante también se relacionó significativamente con sintomatología depresiva, presentando mayores niveles de depresión las gestantes con menor nivel educativo; en cuanto al nivel educativo de la pareja, se encontró que aquellas gestantes cuya pareja contaba con estudios superiores presentaban mayores niveles de depresión según la EPDS en relación a aquellas gestantes cuya pareja sólo presentaba estudios primarios y/o secundario.

La convivencia y el estado laboral no se asociaron significativamente con sintomatología depresiva.

El análisis según el punto de corte reveló una prevalencia de probables casos de depresión mayor de 34.1%. Dichos casos no presentaron significativas diferencias según edad de la gestante ni edad de la pareja.

En la distribución de ítems de la EPDS (Figura 1) se encontró que los componentes del Factor 1 (componente ansiosa: culpa, ansiedad,

TABLA 1. Correlación ítem-total, coeficiente Alfa de Cronbach si el ítem se elimina y Análisis Exploratorio de Factores con rotación Varimax

Ítem	Correlación ítem-total	Alfa si el ítem se elimina	Factor 1 (Componente Ansiosa)	Factor 2 (Componente Depresiva)
Risa	0.52	0.83	0.16	0.726
Disfrute	0.46	0.84	-0.91	0.747
Culpa	0.61	0.82	0.674	0.157
Ansiedad	0.62	0.82	0.802	0.028
Pánico	0.63	0.82	0.789	0.063
Desesperanza	0.69	0.81	0.606	0.382
Infelicidad	0.73	0.81	0.455	0.592
Tristeza	0.76	0.81	0.444	0.651
Llanto	0.77	0.80	0.490	0.627
Ideación suicida	0.48	0.83	0.203	0.508

TABLA 2. Datos sociodemográficos de la muestra estudiada (N= 593)

Variable	N	%
Edad de la gestante (años)		
Promedio y Rango	28.6	20-45
Grupos Etareos	N	%
De 20 a 29	352	59.4
De 30 a 34	140	23.6
De 35 a 40	101	17.0
Convivencia	N	%
Vive con pareja	481	81.1
Vive sin pareja	112	18.9
Nivel Educativo	N	%
Primaria	28	4.7
Secundaria	325	54.8
Superior	240	40.5
Estado laboral	N	%
Trabaja	183	30.9
No trabaja	410	69.1
Gestación	N	%
Primigesta	218	36.8
No primigesta	375	63.2
Antecedente de Aborto	N	%
No	432	72.8
Si	161	27.2
Inicio del Control Prenatal	N	%
1º Trimestre	435	73.4
2º Trimestre	127	21.4
3º Trimestre	31	5.2
Antecedente de Violencia	N	%
No	434	73.2
Si	159	26.8
Edad de la pareja (años)		
Promedio y Rango	32.11	19-56
Nivel Educativo de la pareja	N	%
Primaria	20	3.4
Secundaria	310	52.3
Superior	263	44.4

pánico y desesperanza) obtuvieron las medias más altas en relación a los componentes del Factor 2 (componente depresiva: risa, disfrute, infelicidad, tristeza, llanto, ideación suicida).

El cálculo de las medidas de riesgo (crudo) reveló los siguientes factores de riesgo: antecedente de aborto, no planificación del embarazo y antecedente de violencia.

Los factores de protección encontrados fueron: primigesta, adecuado apoyo emocional, adecuada interacción social y adecuado apoyo afectivo.

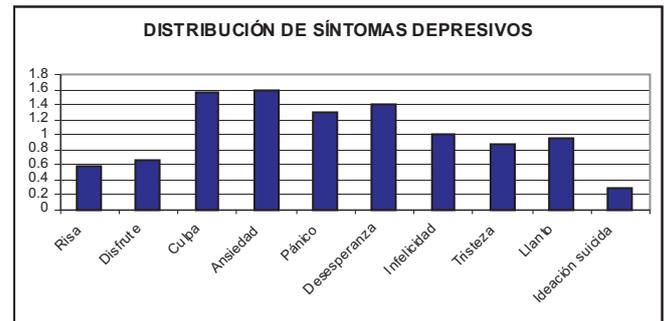
No resultaron significativos ni el desempleo, ni la convivencia.

Luego de la aplicación de la regresión logística (OR ajustado), los únicos factores independientes que permanecieron con significancia fueron: antecedente de aborto, no planificación del embarazo, adecuado apoyo emocional y antecedente de violencia.

DISCUSIÓN

Del estudio psicométrico aplicado a la EPDS se puede observar que la escala muestra una alta consistencia interna (Alfa de Cronbach 0.836), lo que sugiere que dicho cuestionario es confiable, y posiblemente válido, para ser utilizados en la identificación de sintomatología depresiva y de probables casos de depresión mayor en población gestante de Lima (Perú) tal como se ha informado en otro estudio afín realizado en nuestro medio,³⁶ así como también en lo referido por la literatura internacional.^{2,27,37-40} El análisis exploratorio de factores reveló que la EPDS en población antenatal no muestra un comportamiento unidimensional (como refirieron inicialmente los autores en población postnatal, véase: Cox y colaboradores³³) sino multidimensional, tal como lo demostrara

FIGURA 1. Distribución por ítems según EPDS



Campo-Arias y col.³⁵ en Cartagena, Colombia (nivel II de evidencia), constando en sí de dos factores, cada uno de los cuales presenta una buena consistencia interna (Alfa de Cronbach de 0.756 y 0.792). Del análisis por ítem se puede deducir que los dos factores encontrados evaluarían dos componentes: el Factor 1 (referido a sintomatología ansiosa: componente ansioso) y el Factor 2 (referido a sintomatología depresiva: componente depresivo). Estos resultados se conciden con lo encontrado por Brouwers y col.⁴¹ y al mismo tiempo confirman lo referido por J. Lonstein⁴² en cuanto a que la depresión raramente se presenta, durante el periodo perinatal, como un desorden unidimensional sino que está frecuentemente asociado con elevados niveles de ansiedad (nivel I de evidencia). De hecho, en este estudio, los ítems de mayor media fueron justamente aquellos referidos al Factor 1, es decir al componente ansioso. De ello se podría plantear que urgen estudios que evalúen el trastorno ansioso en población perinatal, ya que ellos servirán para aclarar el panorama, en nuestro medio, de los dos desórdenes más frecuentes de la salud mental en población obstétrica.

En general, y resaltando el hecho de que no se incluyó en el estudio a gestantes adolescentes (menores de 20 años), las gestantes incluidas en el presente estudio fueron en su mayoría jóvenes (59.4% tenían entre 20 y 29 años), convivientes en un 81.1% y siete de diez son desempleadas dedicándose a labores del hogar.

Con respecto a la depresión gestacional, la prevalencia encontrada (34.1%) de casos probables de depresión mayor se condice con lo reportado por Luna,³ quien investigó el trastorno en el INMP. En el presente estudio, además del INMP, se contó además con otros dos centros hospitalarios (HONADOMANI y HNAL) de ahí que podamos reincidir, ahora con más categoría, en lo ya dicho: es muy probable que la prevalencia de depresión gestacional en nuestra población sea mayor que lo referido por la literatura internacional (10%-20%).² Y por lo revelado según el análisis factorial, también resulta probable que sea alta (tanto o más) la prevalencia del trastorno ansioso.

Por otro lado los resultados encontrados apuntan a afirmar que los factores psicosociales de riesgo en la población estudiada asociados significativamente con mayores niveles de sintomatología depresiva son: antecedente de gestación, antecedente de aborto, no planificación del embarazo, antecedente de violencia, inadecuado apoyo emocional, inadecuado nivel de relaciones sociales, inadecuado apoyo afectivo, bajo nivel educativo de la gestante y alto nivel educativo de la pareja. Es bueno aclarar que en la práctica, dichos factores no son excluyentes sino que se entrelazan constituyendo y aumentando el riesgo de padecer mayor sintomatología depresiva hasta el punto de ser, como demuestran estos resultados, casos probables de depresión mayor. No son factores psicosociales de riesgo el antecedente de convivencia ni el estado laboral, esto posiblemente a la baja prevalencia que se

Lam N, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008

TABLA 3. Niveles de sintomatología depresiva y apoyo social (apoyo emocional, relaciones sociales y apoyo afectivo)

Condición	EPDS (0-30)	EPDS Factor I (0-12)	EPDS Factor II (0-18)	Apoyo emocional (8-40)	Relaciones sociales (4-20)	Apoyo afectivo (3-15)
Primigesta	9.56	5.55	4.01	28.59	14.6	12.25
No primigesta	10.74	6.15	4.58	26.62	13.87	12.04
Valor p	<0.01	<0.01	<0.05	<0.01	<0.05	ns
Con antecedente de aborto	11.52	6.49	5.02	26.66	13.57	12.04
Sin antecedente de aborto	9.85	5.72	4.13	27.60	14.35	12.14
Valor p	<0.01	<0.01	<0.01	ns	<0.05	ns
Conviviente	10.15	5.84	4.31	27.47	14.26	12.60
No conviviente	10.99	6.35	4.64	26.82	13.63	11.31
Valor p	ns	ns	ns	ns	ns	<0.01
Trabaja	10.32	5.96	4.36	27.20	13.95	11.86
No trabaja	10.30	5.92	4.38	27.41	14.22	12.23
Valor p	ns	ns	ns	ns	ns	ns
NEG: Primaria	14.21	7.21	7.00	22.61	11.39	10.25
NEG: Secundaria o Superior	10.11	5.87	4.24	27.58	14.27	12.21
Valor p	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
NEG: Primaria o secundaria	10.72	5.99	4.74	26.54	13.82	11.85
NEG: Superior	9.69	5.85	3.84	28.53	14.60	12.50
Valor p	<0.05	ns	<0.01	<0.01	<0.05	<0.01
Nivel educativo: Pareja						
Primaria	11.10	6.20	4.90	26.45	13.80	11.55
Secundaria o superior	10.28	5.92	4.35	27.38	14.15	12.14
Valor p	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Nivel educativo: Pareja						
Primaria o secundaria	9.79	5.87	3.91	28.48	14.52	12.57
Superior	10.72	5.98	4.74	26.44	13.84	11.75
Valor p	<0.05	ns	<0.01	<0.01	<0.05	<0.01
Embarazo planificado	9.15	5.59	3.56	28.75	14.62	12.64
Embarazo no planificado	11.05	6.15	4.89	26.44	13.83	11.78
Valor p	<0.01	<0.05	<0.01	<0.01	<0.05	<0.01
Antecedente de violencia	13.73	7.19	6.54	23.58	12.50	10.89
Sin antecedente de violencia	9.05	5.47	3.58	28.72	14.74	12.56
Valor p	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
AS: Adecuado apoyo emocional	9.05	5.49	3.56			
AS: Inadecuado apoyo emocional	12.98	6.87	6.11		--	
Valor p	<0.01	<0.01	<0.01			
Adecuadas relaciones sociales	9.91	5.81	4.10			
Inadecuadas relaciones sociales	14.83	7.35	7.48		--	
Valor p	<0.01	<0.01	<0.01			
Adecuado apoyo afectivo	9.72	5.74	3.98			
Inadecuado apoyo afectivo	14.11	7.19	6.92		--	
Valor p	<0.01	<0.01	<0.01			

encontró en nuestra muestra para el antecedente de no convivencia (19.9%) y para el empleo (30.9%).

Sin embargo, y vale la pena resaltarlo, el factor psicosocial que mejor respaldo estadístico presenta según este estudio es el antecedente de violencia. Los resultados a este respecto son tajantes, la depresión antenatal es mucho más frecuente en los casos de violencia de género (34.1% en relación al 29.1% de la población total). Por otro lado, la baja prevalencia encontrada del antecedente de violencia (26.8%), en relación a lo reportado por otros autores (61% según Távara y col.⁴³ y 40% según Cripe y col.⁴⁴), se podría explicar debido a que en el presente estudio se buscó evaluar sólo la exposición a maltrato, es decir, el antecedente de violencia sólo en el curso de la gestación actual. Estudios similares no han sido efectuados en nuestro medio de ahí que los valores encontrados

puedan servir como cifras referenciales para próximas investigaciones.

Un hecho interesante resultó cuando se evaluó el antecedente de gestación. Contrario a lo que se piensa tradicionalmente, el estudio reveló que aquellas mujeres que gestan por primera vez presentan menores niveles de síntomas depresivos en relación a aquellas que no son primigestas. Esto podría explicarse debido a que las mujeres que cursan su primera gestación presentan de manera significativa mayores niveles tanto de apoyo social, apoyo afectivo e interacción social. De esto podríamos inferir que el apoyo social, cuando es adecuado, se comportaría como un factor protector frente a la presencia de síntomas depresivos. Por otro lado, los estudios conductistas ya han sembrado suficiente evidencia al momento de aclarar que las mujeres, frente a situaciones estresantes, responden

TABLA 4. Riesgo (crudo y ajustado) de desarrollar depresión gestacional en la población en estudio

Variable	OR crudo	IC	OR ajustado	IC	p
Con vivencia	0.76	0.49-1.16	-	-	-
Desempleo	1.16	0.81-1.69	-	-	-
Primigesta	0.58	0.40-0.84	-	-	-
Antecedente de aborto	1.95	1.34-2.83	1.71	1.09-2.68	<0.05
No planificación del embarazo	2.21	1.53-3.19	1.79	1.18-2.71	<0.01
Adecuado Apoyo Emocional	0.23	0.16-0.33	0.37	0.24-0.59	<0.01
Adecuada Interacción Social	0.20	0.11-0.39	-	-	-
Adecuado Apoyo Afectivo	0.23	0.14-0.38	-	-	-
Antecedente de violencia	4.37	2.97-6.41	2.8	1.86-4.30	<0.01

preferentemente buscando el apoyo de otras mujeres⁴⁵ más que encarando el problema o huyendo. En el estudio, este hecho se confirmó cuando analizamos el nivel educativo de la pareja, encontrando que aquellas gestantes, cuya pareja presenta estudios superiores, refieren significativamente menores niveles de apoyo social (tanto en el plano emocional, afectivo así como en cuanto al grado de interacción social) y al mismo tiempo presentan mayores niveles de sintomatología depresiva. Sin embargo, es necesario destacar que este resultado podría estar influenciado por la edad de la población estudiada, en donde no se incluyó a las menores de 20 años (adolescentes) por ciertas limitaciones de orden legal y de facilidades para acceder a este importante e interesante grupo poblacional, por lo que los autores en el proceso de la recolección de datos, debieron excluirlas del estudio.

El análisis de riesgo y en especial la regresión logística revelaron que del total de factores psicosociales estudiados, sólo el antecedente de aborto, la no planificación del embarazo, el apoyo social (emocional y afectivo) y el antecedente de violencia son factores independientes de riesgo para representar un caso probable de depresión antenatal (Tabla 4). En nuestro medio, en un estudio realizado en el INMP,⁴⁴ se encontró asociación significativa entre el antecedente de no planificación del embarazo con violencia de género (nivel II de evidencia), nuestros estudios amplían el espectro morboso de la no planificación del embarazo, argumentando que se trata de un factor de riesgo tanto para presentar mayores niveles de síntomas depresivos como para representar un probable caso de depresión antenatal.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio se puede mencionar el hecho de no haber contado con un patrón de oro en la detección de los casos de depresión gestacional, el cual también nos hubiera servido para validar la EPDS como instrumento de tamizaje. La naturaleza transversal de nuestra metodología no nos permitió evaluar o reevaluar lo estudiado, estudios longitudinales son necesarios tanto para conocer la evolución así como para determinar las asociaciones o consecuencias.

Por último, se sugiere continuar con otros estudios que incluyan una

población mayor, por ejemplo que analice la situación en el interior del país, en donde no existen reportes similares referidos al estado mental de las mujeres gestantes, y en donde los factores psicosociales de riesgo, en especial el antecedente de violencia contra la mujer han sido ya reportados como particularmente más altos.⁴⁶⁻⁴⁸

El presente estudio se realizó en los dos hospitales más grandes del Perú en cuanto al cuidado de la salud materno-perinatal: el Instituto Nacional Materno Perinatal y el Hospital Nacional Docente Madre Niño, además se contó con el aporte del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Se esperan otros estudios multicéntricos a nivel nacional que continúen la senda del esclarecimiento que se ha iniciado.

Conclusiones

La EPDS es un cuestionario confiable y, posiblemente válido, para ser utilizado en la identificación de sintomatología depresiva y de probables casos de depresión mayor en población gestante de Lima (Perú).

El estudio revela una alta prevalencia de casos probables de depresión mayor, y encuentra asociaciones significativas en relación a los factores psicosociales referidos por la literatura especializada.

Agradecimientos

Se agradece muy especialmente a quienes coordinaron para que el presente estudio se llevase a cabo: Janet Cordori Carpio y Natalia Carrillo Román. Así como también a los siguientes alumnos de Medicina Humana que permitieron llevar a cabo la recolección de datos: Candy Choquimaqui Meza, Wilmer Correa López, Mario De La Cruz Palomino, Marina Egoavil Guerra, Giannina Florencio Veneros, Carlos Miranda Fernández, Karina Neyra Espinoza, Jeimy Ramos Pacheco, Letty Talledo Bellina y Jesús Ysla La Madrid. Finalmente y no por ello menos importante, agradecemos a todas las autoridades, médicos, enfermeras, personal técnico y administrativo de los tres establecimientos de salud involucrados en el estudio, que hicieron posible con su apoyo y facilidades otorgadas este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- PARRY B, NEWTON R. CHRONOBIOLOGICAL BASIS OF FEMALE-SPECIFIC MOOD DISORDERS. NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY. 2001; 25: S102-S108.
- BENNETT H, EINARSON A, TADDIO A, KOREN G, EINARSON T. PREVALENCE OF DEPRESSION DURING PREGNANCY: SYSTEMATIC REVIEW. OBSTET GYNECOL. 2004; 103: 698-709.
- LUNA M. PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN MAYOR DURANTE LA GESTACIÓN EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA EN EL PERIODO DE JUNIO A NOVIEMBRE DE 2006. TESIS NO PUBLICADA. LIMA, 2007.
- RYAN D, MILIS L, MISTI N. DEPRESSION DURING PREGNANCY. CAN FAM PHYSICIAN 2005; 51: 1087-1093.
- ZUCKERMAN B, AMARO H, BAUCHNER H, CABRAL H. DEPRESSIVE SYMPTOMS DURING PREGNANCY: RELATIONSHIP TO POOR HEALTH BEHAVIORS. AM J OBSTET GYNECOL 1989; 160: 1107-1111
- KELLY RH, ZATZICK DF, ANDERS TF. THE DETECTION AND TREATMENT OF PSYCHIATRIC DISORDERS AND SUBSTANCE USE AMONG PREGNANT WOMEN CARED FOR IN OBSTETRICS. AM J PSYCHIATRY 2001; 158: 213-219
- ZHUA S, VALBØB A. DEPRESSION AND SMOKING DURING PREGNANCY. ADDICTIVE BEHAVIORS. 2002; 27: 649-658
- KURKI T, HILLESMAA V, RAITASALO R, MATTILA H, YLIKORKALA O. DEPRESSION AND ANXIETY IN EARLY PREGNANCY AND RISK FOR PREECLAMPSIA. OBSTET GYNECOL 2000; 95: 487-490
- QIU C, SANCHEZ S, LAM N, GARCIA P, WILLIAMS M. ASSOCIATIONS OF DEPRESSION AND DEPRESSIVE SYMPTOMS WITH PREECLAMPSIA: RESULTS FROM A PERUVIAN CASE-CONTROL STUDY. BMC WOMEN'S HEALTH. 2007; 7:15
- STOWE Z, NEMEROFF C. WOMEN AT RISK FOR POSTPARTUM MAJOR DEPRESSION. AM J OBSTET GYNECOL 1995; 173: 639-645
- CHAUDRON L, KLEIN M, REMINGTON P, PALTA M, ALLEN C, ESSEX M. PREDICTORS, PRODOMES AND INCIDENCE OF POSTPARTUM DEPRESSION. J PSYCHOSOM OBSTET GYNAECOL. 2001; 22: 103-112
- EVANS J, HERON J, FRANCOMB H, OKE S,

Lam N, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008

- GOLDING J Y COL. COHORT STUDY OF DEPRESSED MOOD DURING PREGNANCY AND AFTER CHILDBIRTH. *BMJ* 2001; 323: 257-260
13. FIELD T, DIEGO M, DIETER J, HERNANDEZ-REIF M, ET AL. INFANT BEHAVIOR & DEVELOPMENT, 2004; 27: 216-229.
14. DAWSON G, KLINGER L, PANAGITOTIDES H, HILL D, SPIEKER S. FRONTAL LOBE ACTIVITY AND AFFECTIVE BEHAVIOR OF INFANTS OF MOTHERS WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS. *CHILD DEVELOPMENT*. 1992; 63: 725-737
15. ABRAMS S, FIELD T, SCAFIDI F, PRODROMIDIS M. MATERNAL "DEPRESSION" EFFECTS ON INFANTS' BRAZELTON SCALE PERFORMANCE. *INFANT MENTAL HEALTH JOURNAL*. 1995; 16: 231-235
16. LUNDY B, JONES N, FIELD T, NEARING T, DAVALOS M, PIETRO P Y COL. PRENATAL DEPRESSION EFFECTS ON NEONATES. *INFANT BEHAVIOR AND DEVELOPMENT*. 1999; 22: 119-129
17. GLOVER V, TEIXEIRA J, GITAU R, FISK N. MECHANISMS BY WHICH MATERNAL MOOD IN PREGNANCY MAY AFFECT THE FETUS. *CONTEMPORARY REVIEWS IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*. 1999; 11:155-160
18. ALLISTER L, LESTER B, CARR S, LIU J. THE EFFECTS OF MATERNAL DEPRESSION ON FETAL HEART RATE RESPONSE TO VIBROACOUSTIC STIMULATION. *DEVELOPMENTAL NEUROPSYCHOLOGY*. 2001, 20: 639-651
19. DIETER J, FIELD T, HERNANDEZ-REIF M, JONES N, LECANUET J, SALMAN F. PRENATAL DEPRESSION AND INCREASED FETAL ACTIVITY. *OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*. 2001; 21: 460-465
20. MONK C. STRESS AND MOOD DISORDERS DURING PREGNANCY: IMPLICATIONS FOR CHILD DEVELOPMENT. *PSYCHIATRIC QUARTERLY*. 2001; 72(4): 347-357
21. FIELD T, DIEGO M, HERNANDEZ-REIF M. PRENATAL DEPRESSION EFFECTS ON THE FETUS AND NEWBORN: A REVIEW. *INFANT BEHAVIOR & DEVELOPMENT*. 2006; 29: 445-455
22. PAWLBY S, HAY D, SHARP D, WATERS C, O'KEANE V. ANTENATAL DEPRESSION PREDICTS DEPRESSION IN ADOLESCENT OFFSPRING: PROSPECTIVE LONGITUDINAL COMMUNITY-BASED STUDY. *JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS*. 2008; doi:10.1016/j.jad.2008.05.018 (ARTICULO EN PREENSA)
23. GOTLIB I, WHIFFEN V, MOUNT J, MILNE K, CORDY N. PREVALENCE RATES AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS ASSOCIATED WITH DEPRESSION IN PREGNANCY AND THE POSTPARTUM. *J CONSULT CLIN PSYCHOL* 1989; 57(2): 269-274
24. BLIER P. PREGNANCY, DEPRESSION, ANTIDEPRESSANTS AND BREAST-FEEDING. *J PSYCHIATRY NEUROSCI*. 2006; 31(4): 226-228
25. VEGA J, MAZZOTTI G, CAMPOS M. VALIDACIÓN DE UNA VERSIÓN EN ESPAÑOL DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO. *ACTAS ESP PSIQUIATR*. 2002; 30(2): 106-111
26. MURRAY D, COX J. SCREENING FOR DEPRESSION DURING PREGNANCY WITH THE EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE. *J REPROD INFANT PSYCHOL*. 1990; 8: 99-107
27. SU K, CHIU T, HUANG C, HO M, LEE C, WU P Y COL. DIFFERENT CUTOFF POINTS FOR DIFFERENT TRIMESTERS? THE USE OF EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE AND BECK DEPRESSION INVENTORY TO SCREEN FOR DEPRESSION IN PREGNANT TAIWANESE WOMEN. *GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY*. 2007; 29: 436-441
28. CANTERINO J, VANHORN L, HARRIGAN J, ANANTH C, VINTZILEOS A. DOMESTIC ABUSE IN PREGNANCY: A COMPARISON OF A SELF-COMPLETED DOMESTIC ABUSE QUESTIONNAIRE WITH A DIRECTED INTERVIEW. *AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS & GYNECOLOGY*. 1999; 181(5): 1049-1051.
29. SHERBOURNE C, STEWART A. THE MOS SOCIAL SUPPORT SURVEY. *SOC SCI MED*. 1991; 32: 705-714
30. LÓPEZ S, PASTOR M, NEIPP M, RODRÍGUEZ J, CANTERO M, MARTÍN M. APOYO SOCIAL E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN: REVISIÓN Y CLASIFICACIÓN. *ANUARIO DE PSICOLOGÍA*. 2004; 35(1): 23-46.
31. DE LA REVILLA L, LUNA J, BAILÓN E, MEDINA I. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. *MEDICINA DE FAMILIA*. 2005; 6: 10-8.
32. RODRÍGUEZ S, CARMELO H. VALIDACIÓN ARGENTINA DEL CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO. *PSICODEBATE*. 2007; 7: 155-168.
33. COX J, HOLDEN J, SAGOVSKY R. DETECTION OF POSTNATAL DEPRESSION: DEVELOPMENT OF THE 10-ITEM EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE. *BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY*. 1987; 150: 782-786.
34. SÁNCHEZ R, ECHEVERRY J. VALIDACIÓN DE ESCALAS DE MEDICIÓN EN SALUD. *REV SALUD PÚBLICA*. 2004; 6: 302-318
35. CAMPO-ARIAS A, AYOLA-CASTILLO C, PEINADO-VALENCIA H, AMOR-PARRA M, COGOLLO Z. ESCALA DE EDINBURGH PARA DEPRESIÓN POSPARTO: CONSISTENCIA INTERNA Y ESTRUCTURA FACTORIAL EN MUJERES EMBARAZADAS DE CARTAGENA, COLOMBIA. *REVISTA COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA*. 2007; 58(4): 277-283
36. LAM N, CONTRERAS H Y GUTIERREZ C. COMPARACIÓN DE DOS CUESTIONARIOS AUTOAPLICABLES PARA DETECTAR SÍNTOMAS DEPRESIVOS (EPDS Y BDI-II), EN POBLACIÓN GESTANTE. *INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL (INMP)*. LIMA, PERÚ. *ANALES DE LA FACULTAD DE MEDICINA*. 2008; 69 SUPL 1: s22
37. ADOUARD F, GLANGEAUD-FREUDENTHAL N, GOLSE B. VALIDATION OF THE EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS) IN A SAMPLE OF WOMEN WITH HIGH-RISK PREGNANCIES IN FRANCE. *ARCH WOMENS MENT HEALTH*. 2005; 8: 89-95
38. ADEWUYA A, OLA B, DADA A, FASOTO O. VALIDATION OF THE EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE AS A SCREENING TOOL FOR DEPRESSION IN LATE PREGNANCY AMONG NIGERIAN WOMEN. *J PSYCHOSOM OBSTET GYNAECOL*. 2006; 27(4): 267-72
39. FELICE E, SALIBA J, GRECH V, COX J. VALIDATION OF THE MALTESE VERSION OF THE EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE. *ARCH WOMENS MENT HEALTH*. 2006; 9: 75-80
40. HANLON C MEDHIN G, ALEM A, ARAYA M, ABDULAH A, HUGHES M, TESFAYE M, WONDIMAGEGN D, PATEL V, PRINCE M. DETECTING PERINATAL COMMON MENTAL DISORDERS IN ETHIOPIA: VALIDATION OF THE SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE AND EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE. *JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS*. 2008; 108: 251-262
41. BROUWERS E, VAN BAAR A, POP V. DOES THE EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE MEASURE ANXIETY? *JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH*. 2001; 51: 659-663
42. LONSTEIN J. REGULATION OF ANXIETY DURING THE POSTPARTUM PERIOD. *FRONTIERS IN NEUROENDOCRINOLOGY*. 2007; 28: 115-141
43. TÁVARA L, ZEGARRA T, ZELAYA C, ARIAS M, OSTOLAZA N. DETECCIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO TRES SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA. *GINECOL. OBSTET*. 2003; 49(1): 31-38.
44. CRIFE S, SANCHEZ S, PERALES M, LAM N, GARCIA P, WILLIAMS M. ASSOCIATION OF INTIMATE PARTNER PHYSICAL AND SEXUAL VIOLENCE WITH UNINTENDED PREGNANCY AMONG PREGNANT WOMEN IN PERU. *INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS*. 2008; 100: 104-108
45. ELLISON K. EL CEREBRO DE MAMÁ: CÓMO LA MATERNIDAD ESTIMULA LA INTELIGENCIA. ED. DESTINO, 2007
46. GUEZMES A, PALOMINO N, RAMOS M. VIOLENCIA SEXUAL Y FISICA CONTRA LAS MUJERES EN EL PERÚ. LIMA: CENTRO DE LA MUJER PERUANA "FLORA TRISTAN," UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA, WHO, 2002
47. FLAKE D. INDIVIDUAL, FAMILY, AND COMMUNITY RISK MARKERS FOR DOMESTIC VIOLENCE IN PERU. *VIOLENCE AGAINST WOMEN*. 2005; 11 (3): 353-373
48. PEDERSEN D, TREMBLAY J, ERRAZURIZ C, GAMARRA J. THE SEQUELAE OF POLITICAL VIOLENCE: ASSESSING TRAUMA, SUFFERING AND DISLOCATION IN THE PERUVIAN HIGHLANDS. *SOCIAL SCIENCE & MEDICINE*. 2008; doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.040

ABSTRACT

PSYCHOSOCIAL FACTORS AND PRENATAL DEPRESSION IN PREGNANT WOMEN. MULTICENTER STUDY IN 3 HOSPITALS IN LIMA, PERU. APRIL-JUNE 2008

Aims: To determine the correlations and risk associations between depressive symptoms and probable cases of major depression according to psychosocial factors. To study the psychometric properties of a Spanish version of the Depression Scale of Edinburgh and to determine the prevalence of depressive symptoms and probable cases of major depression in pregnant women. **Methods:** Cross-sectional analytical study in three hospitals in Lima, Peru: Instituto Nacional Materno Perinatal, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé and Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Probabilistic sample of 593 pregnant women. We used the Edinburgh Depression Scale (EDS) to measure depressive symptoms and probable cases of major depression. **Results:** We found a Cronbach alpha coefficient of 0.836 for EDS. Multidimensional structure of 2 factors explains 54.67% of the variance. The prevalence of probable cases of major depression was 34.1%. According to logistic regression independent factors associated with probable major depression were history of abortion (OR: 1.71, 95%CI: 1.15-2.54, p<0.01), a not planned pregnancy (OR: 1.81, 95%CI: 1.23-2.66, p<0.01) emotional support (OR: 0.45, 95%CI: 0.26-0.78, p<0.01), affective support (OR: 0.29, 95%CI: 0.19-0.43, p<0.05) and history of violence

(OR: 3.96, 95%CI: 2.68-5.85 , $p<0.01$). **Conclusion:** The EDS is a reliable questionnaire and possibly valid, to be used in the identification of depressive symptoms and probable cases of major depression in pregnant women of Lima (Peru). The study reveals a high prevalence of probable cases of major depression, and found significant associations with psychosocial factors reported by the literature.

KEY WORDS: Antenatal depression, Psychosocial factors.

