

ARTICULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN

Depresión posparto en mujeres puérperas del Hospital General Materno Infantil San Pablo

[Postpartum depression in puerperal women at the Hospital General Materno Infantil San Pablo]

Nicely Arréllaga Trovato, MD¹

¹Médica, Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Especialista en Ginecología y Obstetricia Hospital General Materno Infantil San Pablo Asunción-Paraguay.

Resumen

Objetivos: Determinar la prevalencia de rasgos depresivos en mujeres atendidas en el Hospital General Materno Infantil San Pablo entre junio y agosto de 2018, describir las características sociodemográficas de las pacientes e identificar los factores relacionados con la enfermedad. **Materiales y métodos:** estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, prospectivo, realizado en una muestra de 140 mujeres que tuvieron un recién nacido entre junio y agosto de 2018 en el Hospital General Materno Infantil San Pablo de Asunción Paraguay, hospital público dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. El diagnóstico de depresión posparto se hizo mediante la aplicación de la Escala de Edimburgo para depresión posparto. Se evaluaron edad, etnia, enfermedades previas, complicaciones prenatales, planeación del embarazo, hábitos toxicológicos, convivencia con el padre del recién nacido o con algún miembro del núcleo familiar, relación con el padre del recién nacido, antecedentes personales y familiares de depresión, soporte familiar, paridad, procedencia, área de procedencia, vía del parto, estado civil, escolaridad, número de embarazos, antecedentes de separación de los padres en la infancia e internación del recién nacido. Se realizó estadística descriptiva y un análisis univariado para determinar los factores relacionados con la enfermedad. **Resultados:** De las 140 mujeres estudiadas, un total de 47 mujeres tuvieron un puntaje en la escala de Edimburgo mayor o igual a 10, para una

prevalencia del 34% para rasgos depresivos entre las encuestadas. Entre las mujeres con puntaje positivo, 15% (7) refirieron haber tenido ideas suicidas en la última semana. El análisis univariado mostró que el antecedente personal de depresión previa ($p < 0,05$; OR: 3,17), la internación del recién nacido ($p < 0,05$; OR: 2,34), ser víctima de violencia doméstica ($p < 0,05$; OR: 6,15), el estrés pre y pos natal por diversas circunstancias ($p < 0,05$; OR: 3,01) y vivir fuera de la ciudad (domicilio alejado) ($p < 0,05$; OR: 5,37) se relacionan significativamente con el desarrollo de la depresión posparto. **Conclusión:** la prevalencia de rasgos depresivos fue elevada en la población estudiada. Las gestantes con antecedente de depresión previa tienen alto riesgo de desarrollar la enfermedad y necesitarán evaluaciones adicionales y la instauración de un tratamiento preventivo. Conjuntamente se evidencia la existencia de factores asociados al desarrollo de la depresión posparto como la internación del recién nacido, ser víctima de violencia doméstica, el estrés pre y pos natal y vivir fuera de la ciudad.

Autor corresponsal: Nicely Arréllaga Trovato

Correo electrónico: nicely.ab@gmail.com

Palabras claves: depresión posparto, prevalencia, factores de riesgo

Key words: post-partum depression, prevalence, risk factors.

Aspectos bioéticos: Los autores declaran que no existe conflicto de interés alguno asociado en la publicación de este manuscrito. Se obtuvo el consentimiento informado de todo paciente participante. Los autores declaran no haber recibido financiamiento externo para la elaboración de este manuscrito.

Fecha de Recibido: Diciembre, 12 de 2019

Fecha de Publicado: Enero, 13 de 2021

ABSTRACT

Objectives: To determine the prevalence of post-partum depression in women attended at the San Pablo Maternal and Child General Hospital between June and August 2018, describe the sociodemographic characteristics of patients and identify disease-related factors. **Materials and methods:** Observational, descriptive cross-sectional prospective study performed on 140 women who had a newborn between June and August 2018 at the San Pablo Maternal and Child General Hospital, public hospital from Asunción, Paraguay, dependency of the Public Health and Social Welfare Secretary. The diagnosis of post-partum depression was made by applying the Edinburgh post-partum depression scale. It measures age, ethnicity, previous illnesses, prenatal complications, pregnancy planning, toxicological habits, living with the newborns father or with a family member, relationship with newborns father, personal and family history of depression, support family, parity, origin, area, birth route, marital status, schooling, number of pregnancies, history of parental separation in childhood and newborns hospitalization. Descriptive statistics and univariate analysis were performed in order to determine disease-related factors. **Results:** Among the 140 women studied, 47 women had an Edinburgh scale score greater than or equal to 10, therefore, a prevalence of 34% of post-partum depression was found among respondents. Among women with positive score, 15% (7) reported suicidal ideation in the previous week. The univariate analysis showed that the personal history of previous depression ($p < 0.05$; OR: 3.17), newborns hospitalization ($p < 0.05$; OR: 2.34), domestic violence ($p < 0.05$; OR: 6.15), prior and post-partum stress due to various circumstances ($p < 0.05$; OR: 3.01) and live outside the city ($p < 0.05$; OR: 5.37) are significantly related to the development of post-partum depression. **Conclusion:** the prevalence of depressive traits was high in the study population, pregnant women with a history of prior depression have a high risk of developing the disease and will need additional evaluations and the establishment of preventive treatment. In addition, there are disease-related factors identified in the development of post-partum depression such as newborns hospitalization, being a victim of domestic violence, prior and post-partum stress, and living outside the city.

Introducción

El puerperio es una etapa en la que hay un conflicto de intereses entre las necesidades y aspiraciones individuales y la obligación de asumir una nueva responsabilidad. Igualmente, pueden surgir dudas sobre la capacidad personal para ejercer los cuidados que el recién nacido requiere, por lo que hay una mayor predisposición hacia el estrés psicológico, lo que a su vez determina que sea una etapa de mayor vulnerabilidad para la posible aparición de ansiedad y depresión. Desde los tiempos de Hipócrates, los clínicos notaron una asociación entre los trastornos del humor y el período posterior al parto.¹⁻²

El posparto es un período de alto riesgo para la salud mental de la mujer.³

La depresión posparto (DPP) es definida en el Manual de estadística y diagnóstico de desórdenes mentales (DSM-IV) como la presencia de cinco o más de los siguientes factores: ánimo deprimido, marcada disminución en el interés o placer en las actividades, alteraciones del apetito, alteraciones del sueño (insomnio y sueño fragmentado), agitación física o retardo psicomotor, fatiga, disminución

de la energía, sentimientos de desesperanza o excesiva culpa, disminución de la concentración o habilidad para tomar decisión, ideación suicida que inicia dentro de las cuatro semanas después del parto.⁴⁻⁵

La prevalencia promedio de DPP se ha reportado en países de altos ingresos con un promedio de 10%, con reportes que varían entre 4,3-15,8%.^{4,6-7}

En América Latina los estudios describen una prevalencia de la enfermedad con rangos más amplios que oscilan entre el 2 y el 91%; es considerada en algunos de estos países como un problema de salud pública.^{4,8-9}

La prevalencia de DPP depende de los criterios diagnósticos utilizados, así como del período de tiempo de observación, que suele estar entre las 4 semanas desde el alumbramiento hasta los 12 meses.¹⁰ La mayoría de las mujeres sufren síntomas depresivos durante los 3 primeros meses 10 si bien pueden alargarse hasta el primer año después del parto, aunque el riesgo de presentar DPP es mayor durante el primer mes tras el nacimiento.¹⁰⁻¹¹

La DPP se puede presentar tanto en la mujer como en su pareja, siendo la DPP materna el más fuerte predictor de depresión en el padre, esta estrecha correlación tiene importantes implicaciones en la salud y el bienestar de la familia.^{4,12-13}

Entre las consecuencias de la enfermedad se describen; deterioro de la relación marital, de los lazos entre madre e hijo –las mujeres con DPP son menos sensibles a las necesidades del bebé y están emocionalmente menos disponibles para ellos,^{4,14} así también los hijos de madres con depresión posparto tienen menor opción de asistir al control de crecimiento y desarrollo, estar en los programas de inmunización, presentar retraso en su desarrollo y consultan con más frecuencia en los servicios de urgencias.^{4,14-15}

La tristeza posparto o Baby blues (BB) no es únicamente una mala adaptación sino que es también un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental como puede ser la depresión posparto.¹⁶ En los primeros días del posparto, hasta el 80% de las mujeres llegan a presentar síntomas depresivos.¹⁶⁻¹⁸ Estos síntomas transitorios son generalmente leves y se resuelven en unos pocos días¹⁹ y es lo que se conoce como Baby blues.¹⁸ Generalmente aparece entre el tercer y séptimo día posparto con duración de hasta dos semanas.²⁰ Si los síntomas persisten por más de 10 días se debe de investigar la presencia de depresión posparto.²¹

El diagnóstico de Baby blues, uno de los factores de riesgo más común que padecen las puérperas antes de desarrollar una depresión posparto,¹⁹ es una de las maneras de identificar de manera precoz la DPP.²² La sintomatología con la que se define el posparto blues es la labilidad afectiva, el llanto frecuente y ansiedad.²²⁻²⁹

Asimismo se describen como síntomas del Baby blues la fatiga, el insomnio, los enfados, la tristeza, la irritabilidad^{22-26,29}, los pensamientos negativos sobre la crianza del recién nacido^{23,27,30} y la pérdida de apetito.^{28,31} Normalmente la sintomatología del Baby blues no suele tener la intensidad suficiente como para que sea necesario un tratamiento farmacológico.²⁷

Los síntomas desaparecen de manera espontánea al cabo de 10-14 días^{22,24,26,28,30,32,33} según algunos estudios, mientras que otros los alargan hasta las tres semanas.^{23,27-28} Si la sintomatología no desaparece en este período de tiempo, si se alarga más de 2-3 semanas desde el nacimiento del neonato y los síntomas del BB aumentan, significa que se está agravando y puede llegar a desarrollar una depresión posparto.^{22-24,31-32} La sintomatología de la DPP suele empezar a manifestarse con mayor frecuencia en las primeras 2-4 semanas tras el alumbramiento^{26,28,30,32}, y entre el 40-67% de las mujeres con DPP comienzan a padecer los síntomas sobre todo durante los tres primeros meses.^{24,26,31}

En los estudios actuales no se ha acabado de determinar cuál es la causa de la aparición del BB, aunque las hipótesis apuntan a los cambios hormonales, psicológicos y sociales que suceden al dar a luz.^{23,32}

Para el diagnóstico temprano de la DPP se ha utilizado la escala de Edimburgo, la cual tiene un puntaje máximo de 30 puntos y es positivo para DPP si el puntaje alcanzado es mayor o igual a 10.^{4,34-35} Esta escala ha sido usada a nivel mundial, probada y validada en diferentes idiomas, incluido el español.^{4,36-37-38}

La escala evalúa los 7 días anteriores a la realización de la escala. La escala puede ser realizada desde el primer día después de dar a luz hasta las 6 semanas siguientes del alumbramiento, aunque hay estudios que alargan el período de tiempo en el que se puede realizar la escala hasta los dos meses tras el parto.^{31,39-40}

También se recomienda realizar esta escala en los primeros dos o tres días tras haber dado a luz, o en la primera revisión pediátrica, que sería una semana después del alumbramiento.²⁶ Volver a realizar la escala a las tres o cuatro semanas después del alumbramiento ayuda a distinguir si los síntomas anteriores eran consecuencia del blues materno o son síntomas de depresión posparto.²⁶ Por otro lado, los estudios publicados evidencian la existencia de factores asociados a la DPP tales como: la historia personal o familiar de desórdenes afectivos, eventos estresantes en la vida, el estado marital, la relación con el

padre del recién nacido, el estado socioeconómico, el nivel de ingresos, la planeación del embarazo, la violencia doméstica, la migración, los síntomas depresivos en el embarazo, el apoyo familiar, entre otros.^{9,35,41-43}

En Paraguay no existen estudios publicados acerca de la prevalencia de la DPP. El presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de rasgos depresivos en mujeres púerperas atendidas en el Hospital General Materno Infantil San Pablo entre junio y agosto de 2018, y examinar los factores relacionados con la enfermedad, con el propósito de hacer una aproximación inicial al estudio de la DPP en este hospital y aportar algunos elementos que puedan argumentar la creación de programas institucionales para la detección temprana de la DPP en nuestro país.

Diseño: Observacional, descriptivo, de corte transversal, prospectivo, entre junio y agosto de 2018 en el Hospital General Materno Infantil San Pablo de Asunción Paraguay, hospital público dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. En este estudio se incluyeron mujeres que estuvieran cursando su primera semana posparto en adelante.

Tamaño muestral: Teniendo en cuenta que el Hospital General Materno Infantil San Pablo atiende unos 3159 partos en el año, y que la prevalencia promedio publicada de DPP es del 10%, con un error de estimación del 5%, y un nivel de confianza del 95%, se calculó un tamaño muestral de 132 pacientes.

Procedimiento: Se invitó a participar en el estudio a las mujeres púerperas atendidas en el Hospital Materno Infantil San Pablo; aquellas que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado. Inicialmente, el investigador realizó una encuesta de los factores sociodemográficos y clínicos; después, las participantes autodiligenciaron las 10 preguntas de la Escala de Edimburgo de manera privada en un consultorio, previa explicación por parte del investigador sobre el correcto diligenciamiento del instrumento. Se tenía previsto que a la participante que se declarara analfabeta el investigador le leería las preguntas como están consignadas en el test. Las mujeres que obtuvieron un puntaje mayor o igual a 10 fueron

Tabla 1. Análisis univariado y asociación de antecedentes sociodemográficos y factores de riesgo en pacientes con depresión post parto y sin ella, Hospital Materno Infantil San Pablo, 2018

Variables	Depresión (47)	No depresión (93)	OR	Valor de p
Grupo de edad				
Adolescentes	7	13	1,07	p>0,05
≥ 20 años	40	80		
Número de hijos				
0-1	20	47	0,72	p>0,05
>2	27	46		
Etnia				
Blanca	42	78	1,61	p>0,05
Índigena/mestiza	5	15		
Lugar de residencia				
Ciudad	11	5	5,37	p<0,05
Fuera de la ciudad	36	88		
Depresión previa				
Sí	16	13	3,17	p<0,05
No	31	80		
Tabaquismo				
Sí	1	2	0,98	p>0,05
No	46	91		
Alcohol				
Sí	3	4	1,51	p>0,05
No	44	89		
Drogas				
Sí	2	2	2,02	p>0,05
No	45	91		
Embarazo planeado				
Sí	14	39	0,58	p>0,05
No	33	54		
Vía del parto				
Cesárea	42	88	0,47	p>0,05
Parto	5	5		
Vive sola				
Sí	10	15	1,4	p>0,05
No	37	78		
Preocupación de la pareja				
Sí	34	74	0,67	p>0,05
No	13	19		
Depresión en la familia				
Sí	11	14	1,72	p>0,05
No	36	79		
Bajo nivel de escolaridad				
Sí	20	29	1,63	p>0,05
No	27	64		
Estado civil				
Casada / unión estable	31	74	0,49	p>0,05
Soltera / divorciada	16	19		
Complicaciones prenatales				
Sí	35	53	2,2	p<0,05
No	12	40		
Enfermedades crónicas				
Sí	6	15	0,76	p>0,05
No	41	78		
Separación de padres				
Sí	20	29	1,63	p>0,05
No	27	64		
Internación del RN				
Sí	34	49	2,34	p<0,05
No	13	44		
Violencia doméstica				
Sí	8	3	6,15	p<0,05
No	39	90		
Estrés pre y post natal				
Sí	22	21	3,01	p<0,05
No	25	72		
Apoyo de familia y pareja				
Sí	10	17	1,2	p>0,05
No	37	76		

enviadas a valoración por el servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital.

VARIABLES POR MEDIR:

- Edad
- Etnia
- Enfermedades previas
- Complicaciones Prenatales
- Planeación del embarazo
- Hábitos toxicológicos
- Convivencia con el padre del hijo o con algún miembro del núcleo familiar
- Relación con el padre del recién nacido
- Antecedentes personales y familiares de depresión
- Soporte familiar
- Paridad
- Procedencia
- Área
- Vía del parto
- Estado civil
- Escolaridad
- Número de embarazos
- Antecedente de separación de los padres en la infancia
- Internación del recién nacido

Definiciones operacionales: Bajo nivel de escolaridad; Pacientes que refirieron no saber leer ni escribir, personas que saben leer y escribir pero no han concluido ningún tipo de estudios, educación infantil, educación primaria, estudios primarios, enseñanza primaria y estudios similares. Análisis estadístico: Todos los datos se recopilaron y procesaron en planilla Excel y fueron sometidos a estadística descriptiva. La población estudiada se describió por medio de un análisis exploratorio mediante promedio, desviación estándar o medianas y rangos para las variables continuas. Se realizó un análisis univariado para comparar las mujeres con rasgos de DPP con aquellas que no los tenían. Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, para el análisis inferencial se utilizaron estadísticos de asociación (X^2) chi cuadrado y para determinar el riesgo se utilizó Odds Ratio (OR). En todos los contrastes se utilizó un nivel de significación es-

tadística de $p < 0,05$ con un intervalo de confianza de 95%. Aspectos éticos: Se respetó el principio de beneficencia, se conservó la privacidad de los datos y la confidencialidad de la información asignando un código a cada participante en la base de datos. Se solicitó la firma de un consentimiento informado a la paciente o a su tutor si eran menores de edad.

Discusión

La Depresión Posparto es una enfermedad que afecta a muchas mujeres cada año, pero como no es un padecimiento muy difundido, muchas de quienes lo presentan no son tratadas, e incluso la mayoría de ellas lo ignora.⁴⁴

La Depresión Posparto es una condición seria, común y tratable, que tiene repercusiones a corto y largo plazo en la salud del niño y la madre, es habitualmente sub-diagnosticada por los profesionales de la salud, por lo que se requiere implementar estrategias de tamizaje para aumentar la tasa de detección.⁴⁴

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo es una herramienta fácil de aplicar, bien aceptada por los profesionales de salud y por las madres, y que permite aumentar significativamente la tasa de detección de síntomas depresivos.⁴⁴

La evaluación de estas pacientes podría realizarse a través de una entrevista psiquiátrica estructurada, a cargo de médicos capacitados, quienes iniciarían el tratamiento oportunamente en los casos que lo requieran, derivando sólo a aquellas pacientes con sintomatología más severa o con comorbilidad psiquiátrica.⁴⁴

Un total de 140 mujeres puérperas aceptaron participar en el estudio. Las características demográficas de las participantes fueron: la edad, con una media de 27,5 \pm 7,5 años, el 61% (86) estaban unidas, el 41% (57) había completado la secundaria, el 35% (49) presentaban un nivel bajo de escolaridad, el 48% (67) de la población eran pacientes primigrávidas, el 63% (88) presentó complicaciones durante el embarazo y el parto, siendo la más frecuente 25% (20) la pre eclampsia severa, el 62% (87) no planificaron su embarazo, el 35% (49) de mujeres pre-

sentaron antecedentes de separación de sus padres, el 55% (77) provenían de Gran Asunción y el 16% (22) del interior del país, el 85% (119) provenían de regiones urbanas y el 11% (16) de zonas rurales, el 86% (120) consideraban su etnia blanca, el 13% (19) mestiza y el 1% (1) indígena, el 82% (115) manifestó convivir en compañía del padre del recién nacido o con algún miembro del núcleo familiar, el 59% (83) refirió la internación del recién nacido por diversas causas, el 94% (131) negaba el consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo, el 2% (3) refirió tabaquismo durante el embarazo, el 3% (4) refirió uso de estupefacientes durante el embarazo, el 5% (7) refirió alcoholismo durante el embarazo, el 15% (21) presentaban enfermedades crónicas, siendo la más frecuente la hipertensión arterial, el 93% (130) refirió la cesárea como vía del parto, el 77% (108) mujeres manifestó percibir preocupación por ella de parte de su pareja, el 94% (132) nunca pensó en ocasionarse algún daño a sí misma, y el 4% (6) ciertas veces consideraron provocarse algún tipo de daño. El 21% (29) tenían historia de depresión, el 18% (25) contaban con antecedentes familiares de depresión, el 4% (15) presentaban antecedentes familiares de suicidio, el 21% (29) presentó depresión durante el embarazo, el 8% (11) fue víctima de violencia doméstica, el 19% (27) refirió un bajo nivel de apoyo social, el 31% (43) vivió acontecimientos estresantes pre o pos natales, el 89% (58) de los recién nacidos fueron prematuros y el 48% (67) contaba con un solo hijo.

Un total de 47 mujeres tuvieron un puntaje en la escala de Edimburgo mayor o igual a 10, para una prevalencia de rasgos depresivos entre las encuestadas del 34%, de estas, 15% (7) refirieron haber tenido ideas suicidas en la última semana; todas ellas recibieron valoración por psiquiatría y psicología. De las 47 mujeres, 26% (12) eran pacientes de entre 33-37 años de edad, el 21% (10) eran de entre 23-27 años de edad, el 19% (9) de entre 18-22 años de edad, el 15% (7) de entre 38-42 años de edad, el 11% (5) entre 13-17 años y el 8% (4) entre 28-32 años de edad. El 30% (14) provenía del interior de la república, el 28% (13) de Asunción y el 42% (20) de Gran Asunción, el 34% (16) manifestaron antecedentes previos de depresión, el 74% (35) refirieron complicaciones prenatales o pos natales, el 72% (34) de los recién nacidos de estas

pacientes fueron internados, el 17% (8) refirieron ser víctimas de violencia doméstica, el 47% (22) sufrieron acontecimientos estresantes pre o pos natales. De todas estas mujeres, el 53% (25) mantenían una unión estable con sus parejas, el 32% (15) eran solteras, el 13% (6) eran casadas y el 2% (1) divorciadas.

El análisis univariado reveló que el antecedente personal de depresión previa ($p < 0,05$; OR: 3,17), la internación del recién nacido ($p < 0,05$; OR: 2,34), ser víctima de violencia doméstica ($p < 0,05$; OR: 6,15), el estrés pre y pos natal por diversas circunstancias ($p < 0,05$; OR: 3,01) y vivir fuera de la ciudad ($p < 0,05$; OR: 5,37) se relacionan significativamente con el desarrollo de la Depresión posparto.

La prevalencia de riesgo de depresión posparto encontrada en nuestro estudio fue del 34% entre las mujeres encuestadas en el Hospital General Materno Infantil San Pablo, y adicionalmente se halló que el antecedente personal de depresión estuvo significativamente relacionado con la DPP. La prevalencia encontrada, a pesar de ser elevada, es consistente con muchos de los reportes en América Latina donde, en países tales como Chile, se describen prevalencias de DPP entre el 22 y 50,7% 4,9,45; en Venezuela, en un estudio realizado en 100 púerperas, el 91% mostró rasgos positivos de DPP según la Escala de Edimburgo 4,46; en Argentina se reportó el 36,8% 4,57. Así también en un estudio similar a éste llevado a cabo en el Hospital San Juan de Dios de Cali en Colombia realizado por Cuero-Vidal O. et al. la prevalencia de DPP encontrada fue del 46,3% 4. Lo anterior sugiere que la DPP es un problema de salud pública.⁴

Las cifras de este estudio son superiores a las publicadas en Estados Unidos, donde se reporta una prevalencia entre el 13-22% 4,48-49; en Canadá, en la Provincia de Ontario, entre 4,3-15,2% 4,50-51, y en España, del 10,2% 4,52 respectivamente.

En nuestro estudio encontramos que entre aquellas que tenían un puntaje positivo para riesgo de depresión posparto, el 15% (7) habían tenido pensamientos suicidas; Georgiopoulos et al. 4,48 encontraron que el 5,3% de estas mujeres expresaron ideas suicidas en la última sema-

na, porcentaje mucho menor al nuestro, lo cual podría estar evidenciando una mayor severidad de la DPP en la población de nuestro estudio.⁴

En un estudio realizado en el Hospital San Juan de Dios de Cali Colombia por Cuero-Vidal O. et al. entre las mujeres con puntaje positivo para DPP, el 21% habían tenido ideas suicidas en la última semana 4, lo que sugiere probablemente un alto porcentaje para el riesgo de suicidio a causa de esta patología en esta región del continente americano.

Teniendo en cuenta lo anterior es importante, desde el punto de vista clínico, identificar los factores que se relacionan con la presencia de DPP.⁴ Los estudios publicados al respecto presentan resultados controversiales acerca de la relación de la edad con la enfermedad, mientras que unos autores reportan que es más frecuente en adolescentes, otros estudios no hallan dicha asociación^{4,41,53-55}; la presente investigación no encontró relación en cuanto a la edad.⁴

Factores tales como la etnia y la vía del parto no se han reportado relacionados con la enfermedad^{4,55-58}, lo cual coincide con nuestros hallazgos.

Factores tales como violencia doméstica, vivir en un domicilio alejado de la ciudad y situaciones de estrés también se asocian a la enfermedad,^{4,59-60} esto fue consistente con nuestros hallazgos cuando realizamos el análisis univariado. Por otro lado, existe un factor fuertemente predictor de DPP como la historia personal de depresión^{4,9,42-43,46,54,58,61}, en nuestro estudio encontramos que esta variable está relacionada con el desarrollo de DPP; por tanto, este grupo de pacientes deben ser consideradas susceptibles a tratamiento preventivo durante el embarazo.^{4,62-63}

Estos hallazgos favorecerán a poner en evidencia la necesidad de trabajo en equipo interdisciplinario para el manejo y la captación temprana de las pacientes embarazadas y puérperas que podrían estar manifestando rasgos depresivos o el primer episodio franco de una enfermedad mental mayor.

Conclusión

La prevalencia de rasgos depresivos registrada fue del 34%. En esta investigación se encuentra una alta prevalencia de rasgos depresivos en la población estudiada, y se revalida que la historia personal de depresión es un factor relacionado con el desarrollo de DPP. Los resultados de este estudio sugieren la necesidad realizar tamización de la DPP en nuestra población. Además, encontramos que las embarazadas con antecedente de depresión previa, requieren evaluaciones tempranas con el fin de realizar un diagnóstico anticipado.

El análisis univariado mostró que el antecedente personal de depresión previa ($p < 0,05$; OR: 3,17), la internación del recién nacido ($p < 0,05$; OR: 2,34), ser víctima de violencia doméstica ($p < 0,05$; OR: 6,15), el estrés pre y pos natal por diversas circunstancias ($p < 0,05$; OR: 3,01) y vivir fuera de la ciudad en un domicilio alejado ($p < 0,05$; OR: 5,37) se relacionan significativamente con el desarrollo de la Depresión posparto.

Referencias

1. Gómez Alcalde, María Soledad. Patología psiquiátrica en el puerperio. *Revista de NeuroPsiquiatría* 2002; 65: 32-46
2. Beck C. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001; 50: 275-285.
3. Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screening for postnatal depression--a summary of current knowledge. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2014 Feb 11;134(3):297-301.
4. Olga Lucía Cuero-Vidal, Angélica María Díaz-Marín. Prevalencia de depresión posparto en el Hospital San Juan de Dios, Cali, Colombia. Septiembre-Diciembre, 2011. *Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia* Vol. 64 Núm. 4 (2013): Octubre-Diciembre 2013
5. The diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. DSM-IV. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
6. Morris-Rush J, Comerford M, Bernstein PS, Screening for postpartum depression in an inner-city population. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188:1217-9.

7. Stewart B. Depression during pregnancy. *N Engl J Med.* 2011;365:1605-11.
8. Acaso T, García L, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Med Clin (Barc).* 2003;120:326-9.
9. Póof N, Espejo C, Godoy C, Gualda M, Hernández T, Pérez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en púerperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Rev Méd Chile.* 2008;136:44-52.
10. Adam G, Garcia-Esteve L, Subirà S. Depresión posparto, hostilidad y hábitos de salud. Barcelona 2014.
11. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: a metaanalytic review. *Clin Psychol Rev* 2013;33(8):1205-1217.
12. Escriba-Arguier V, Artazcoz L. Gender differences in post partum depression: a longitudinal cohort Study. *Epidemiol Community Health.* 2011;65:320-6.
13. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs.* 2004;45:26-35.
14. Gayle B, Anderson C, Roan C. Postpartum depression, marital dysfunction and infant outcome: a longitudinal study. *J Perinat Educ.* 2002;11:25-36
15. Ryan D, Kostaras X. Psychiatry and disorder in the postpartum period. *BCM J.* 2005;47:100-3.
16. Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Lam-Figueroa N, Villanueva KQ, Camposano WH, Lecca EE, et al. Blues Materno en púerperas de Lima Metropolitana y Callao: Validación de un instrumento y factores asociados. Estudio multicéntrico en cinco hospitales, 2009. *Revista Peruana de Epidemiología* 2011;15(2):3-8
17. Roy-Byrne P. Postpartum blues and unipolar depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. *UpToDate [Internet]* 2014 [Fecha de acceso: 2016/02/05]. Disponible en : <http://www.uptodate.com/contents/postpartum-blues-and-unipolar-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis>
18. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chil* 2015;143(7): 887-894.
19. Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord* 2009;113(1):77-87.
20. Oviedo G, Jordan M. Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica* 2006; 47 (2): 131-138.
21. Cheryl Tatano B. Postpartum Depression. *AJN.* 2006; 106 (5): 40-49.
22. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28(1):3-12.
23. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. *Perinatol Reprod Hum* 2013; 27(3):185-193.
24. Dois CEMA. Actualizaciones en depresión posparto. *Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]* 2012[Fecha de acceso: 2016/02/05];38(4): 576-586. Disponible en: <http://scieloprueba.sld.cu/pdf/gin/v38n4/gin16412.pdf>
25. Leddy M, Haaga D, Gray J, Schulkin J. Postpartum mental health screening and diagnosis by obstetrician-gynecologists. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2011;32(1):27- 34.
26. Thurgood S, Avery DM, Williamson L. Postpartum depression (PPD). *J Appl Clin Med Phys* 2009;6(2): 17-22.
27. García M. Trastornos del estado de ánimo en el puerperio: factores psicosociales predisponentes. Madrid 2011.
28. Takahashi Y, Tamakoshi K. Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants. *Nagoya J Med Sci* 2014 Feb;76(1-2):129-138.
29. Edhborg M. Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum: a study of new mothers and fathers. *Scand J Caring Sci* 2008;22(2):186-195.

30. O'Hara MW. Postpartum depression: Causes and consequences. : Springer-Verlag, Berlin; 2013
31. Scrandis DA, Sheikh TM, Niazi R, Tonelli LH, Postolache TT. Depression after delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations. *ScientificWorldJournal* 2007 Oct 22;7:1670-1682.
32. Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry* 2015;57(Suppl 2):S216.
33. Roy-Byrne P. Postpartum blues and unipolar depression: Prevention and treatment. *UpToDate* [Internet] 2014 [Fecha de acceso: 2016/02/05]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/postpartum-blues-and-unipolar-depressionprevention-and-treatment>
34. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-6.
35. Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev Méd. Chile*. 2008;136:851-8.
36. Machado J, Heldt E. Escalas de rastreamento para depressão pós-parto: uma revisão sistemática. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32:159-66.
37. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 1995;16:187-91.
38. Navarro G, García M, Fernández A. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la escala de depresión postnatal de Edimburgo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2005;5:305-18.
39. Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord* 2009;113(1):77-87.
40. Petrozzi A, Gagliardi L. Anxious and depressive components of Edinburgh Postnatal Depression Scale in maternal postpartum psychological problems. *J Perinat Med* 2013;41(4):343-348.
41. Latorre-Latorre JF, Contreras-Pezzotti LM, Garcia-Rueda S, Arteaga-Medina J. Depresión posparto en madre adolescente en Bucaramanga. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2006;57:156-62.
42. Beck CL. Predictor of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001;50: 275-85.
43. Machado F, García T, Moya B, Bernabeu N, Cerda R. Depresión puerperal. Factores relacionados. *Atención Primaria*. 1997;20:161-6.
44. MC. Carrillo-Dávila MG. Factores asociados a depresión posparto en mujeres que acuden al Hospital General de Ecatepec Dr. José María Rodríguez, 2012. Toluca-Mexico. 2013.
45. Urdaneta MJ, Rivera SA, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2010;75:312-20.
46. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev chil obstet ginecol*. 2011;76:102-12
47. Canaval G, Gonzales M, Martínez L, Tovar C, Valencia C. Depresión posparto apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colomb Méd*. 2000;31:4-10.
48. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP, Houston MS, Rummans TA, Therneau TM. Population based-screening for postpartum depression. *Obstet Gynecol*. 2000;93:653-7.
49. Wisner LK, Parr y BL, Piontek CL. Postpartum depression. *N Engl J Med*. 2002;347:194-9.
50. Watts S, Sward W, Krueger P, Sheeba D. A cross-sectional study of early identification of postpartum depression: implications for primary care provider from the Ontario Mother Infant survey. *BMC Fam Pract*. 2002;3-5
51. Ryan D, Millis L, Misri N. Canadian Family Physician. 2005;51:1064-93.
52. Acaso T, García L, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista estructurada y la escala de depresión posparto de Edim-

- burgo. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:326-9.
53. Ryan D, Kostaras X. Psychiatri y disorder in the postpartum period. *BCMJ*. 2005;47:100-3.
54. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2007;7:187-9
55. Bonnie M, Leung S, Ip P, Fung-Hug S, O'hara M. Antenatal risk factor for postnatal depression: Prospecty study of Chinese women at maternal and child health centers. *BMC Psiquiatr y*. 2012;12:1-9.
56. Latorre J, Contreras P, Herrán O. Depresión posparto en una ciudad Colombiana. Factores de riesgo. *Atención Primaria*. 2006;37:332-8.
57. Paolini C, Diberma A, Balzao S. Factores psicosociales asociados a alto, medio y bajo riesgo de síntomas de depresión en el posparto inmediato. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2012;12:65-73.
58. Patel RR, Murphy DJ, Peters TJ. Operative deliver y and post natal depression: a cohort study. *BMJ*. 2005;330:879.
59. Lara M, Navarro C, Navarrete L, Le HN. Tasas de retención y variables que la predicen en un estudio aleatorio controlado longitudinal para prevenir la depresión posparto. *Salud Ment*. 2010;10:429-36.
60. Swendsen JD, Mazure CM. Life stress as a risk factor for postpartum depression: current research and methodological issues. *Clin Psychol Sci Pract*. 2000;7:17-31.
61. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatr y* 2004;26:289-95.
62. Zlotnick C, Miller IW, Pearlstein T, Howard M, Sweeney P. A preventive inter vention for pregnant women in public assistance at risk postpartum depression. *Am J Psychiatr y*. 2006;63:1443-5.
63. Arbat A, Danés I. Depresión post parto. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:673-5.