

Trabajos Originales

Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo

José Urdaneta M. MSc¹, Ana Rivera S.¹, José García I. PhD², Mery Guerra V. PhD², Nasser Baabel Z. PhD², Alfi Contreras B.³

¹ Programa de Obstetricia y Ginecología, Universidad del Zulia, Hospital Universitario de Maracaibo. ² Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad del Zulia. ³ Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

RESUMEN

Antecedentes: La depresión posparto (DPP) es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, al cual se le han atribuido variados factores de riesgo para su presentación. *Objetivo:* Se propuso determinar los factores de riesgos para DPP en puérperas atendidas en la Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza" del Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela. *Método:* Se realizó una investigación descriptiva con diseño no experimental, mediante una muestra de 100 puérperas, evaluadas por la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPS). *Resultados:* Hubo una prevalencia del test positivo del 91%, con una prevalencia de DPP confirmada mediante el DSM-IV del 22%. De las características evaluadas solo los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía o tener un nivel educativo primario o inferior, mostraron una asociación significativa con el desarrollo de DPP. El nacimiento mediante cesárea y no contar con el apoyo familiar presentaron una asociación significativa con el riesgo de DPP; mientras que el parto vaginal o haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria mostraron tener un efecto protector. *Conclusión:* Existe una alta prevalencia de DPP, con diversos factores de riesgo que permitirían tomar acciones para un diagnóstico oportuno de esta enfermedad.

PALABRAS CLAVE: *Depresión posparto, Escala de Edimburgo, factores de riesgo*

SUMMARY

Background: Postpartum depression (PPD) is a major mental health disorder in women, which have been attributed to various risk factors for its presentation. *Objective:* To determine the PPD's risk factors present in the postpartum patients taken care of Maternity "Dr Armando Castillo Plaza" at the University Hospital of Maracaibo, Venezuela. *Method:* A descriptive study was conducted with non-experimental design, which included a sample of 100 postpartum women, as measured by the scale of the Edinburgh Postpartum Depression (EDPS). *Results:* The results demonstrated a prevalence of the positive test in 91% of the sample, with a confirmed prevalence of postpartum depression by the DSM-IV of 22%, determined that the characteristics assessed only medical disorders during pregnancy, the disease of the newborn, not having the support from your partner, have a history of depression or melancholy, or have a primary or lower education level, showed a significant association with the development of PPD. For its part, the birth by caesarean section and not having family support showed a significant association with the risk of PPD, while vaginal delivery or have

reached a level higher than primary education showed a protective effect with this condition. *Conclusion:* There is a high prevalence of postpartum depression, with several risk factors that would take action for a timely diagnosis of disease.

KEY WORDS: *Postpartum Depression, Edinburgh Postnatal Depression Scale, risk's factors*

INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo y el puerperio se sucede una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer (1). La depresión posparto (DPP) corresponde a una enfermedad depresiva que ocurre en mujeres en un período específico, el puerperio (2); su cuadro clínico es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, sin embargo, posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica (3).

Resulta difícil determinar la prevalencia real de la DPP, porque los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las púerperas según algunos autores (1) o de un 10 a 15% según otros (4,5); con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1000 nacimientos y con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35% (6).

La DPP es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados, siendo más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico bajo (3,5). Los factores de riesgo que han sido descritos para el desarrollo de esta entidad son variados: edades extremas de las púerperas, el embarazo no deseado, las dificultades conyugales, los problemas con los padres, el nivel socioeconómico, la paridad, la patología gineco-obstétrica de la mujer, el parto por cesárea, el uso de anestesia en el parto, enfermedad del recién nacido y problemas en la lactancia, entre otros (7). Asimismo, se ha asociado a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal o el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, sustancias ilegales) y constituyendo un factor de riesgo para intentos de suicidios y suicidio consumados (8).

En este sentido, Morris y cols (9) han reportado una relación significativa entre las mujeres con elevados puntajes en la Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS) y una historia personal

de depresión ($p < 0,0006$), antecedentes de tratamientos para depresión ($p < 0,0001$) y un sentimiento depresivo durante el embarazo ($p < 0,0001$). Por otra parte, Evans y cols (5), demostraron que las mujeres adolescentes, las primíparas y las que tuvieron antecedentes mórbidos presentaban más depresión.

Sin embargo, algunas investigaciones que han estudiado variables socio-demográficas, obstétricas y perinatales asociadas al riesgo de depresión posparto han encontrado resultados contrarios a estos; en este sentido se ha señalado que variables como escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, patologías del embarazo, tipo de parto, hospitalización del recién nacido, no resultaron estadísticamente diferentes para riesgo de depresión posparto (4). Asimismo, la edad no ha representado un factor de riesgo estadísticamente significativo para el hallazgo de test positivo (1,4); al respecto se ha encontrado que las madres adolescentes no presentaban un riesgo mayor que el de otras mujeres para el desarrollo de esta entidad (10).

De igual forma se ha relacionado la paridad con la presencia de depresión postparto, sin encontrar una asociación significativa al riesgo de desarrollar esta entidad (1,11). Asimismo, el antecedente de aborto o el embarazo accidental o no deseado no han representado factores de riesgo de depresión en el puerperio (1).

El objetivo de esta investigación es determinar los factores de riesgos biológicos, psicológicos y sociales para la depresión posparto en las púerperas atendidas en la Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", de la División de Obstetricia y Ginecología del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela.

PACIENTES Y MÉTODOS

Para la consecución del objetivo propuesto se efectuó una investigación de tipo descriptiva y aplicada, adecuada a los propósitos del diseño no experimental, en la cual se analizaron los factores de riesgo bio-psico-sociales para la presencia de DPP. Las unidades de análisis estaban representadas por la totalidad de púerperas atendidas en la

Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", sede de la División de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Maracaibo; de la cual se tomó una muestra de tipo no probabilística e intencionada, conformada por 100 mujeres púerperas atendidas en este centro asistencial durante el año 2009.

Para la conformación de esta muestra se utilizaron como criterios para su inclusión los siguientes: (a) puerperio tardío, (b) edad mayor de 19 años y menor de 35 años, (c) ausencia de enfermedades psiquiátricas previamente diagnosticadas, y (d) deseo voluntario de participar en la investigación. Asimismo, se excluyeron a aquellas mujeres cuyos embarazos hubiesen culminado en muertes perinatales o con productos malformados, así como a las madres analfabetas o que presentaran discapacidad visual, debido a las características del instrumento empleado.

Se procedió a utilizar la técnica de la entrevista estructurada, resguardando la privacidad y confidencialidad de la paciente; para ello, se diseñó un guión de entrevista, conformado por diecinueve preguntas, diseñadas para la identificación de los factores de riesgo asociados a depresión posparto. Asimismo, se utilizó la técnica de la observación indirecta, mediante la utilización de un cuestionario autoadministrado, la Escala de Edinburgo para Depresión Posparto (EDPS), instrumento de autoreporte, el cual ha sido validado en múltiples países, estimándosele una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de 82% para evaluar la intensidad de la depresión durante el posparto; este instrumento consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno, las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos (4).

Se procedió a elegir en las salas de maternidad a las pacientes que participarían en la investigación de acuerdo con los criterios establecidos, las cuales fueron citadas para asistir a una consulta posparto antes de las 6 semanas siguientes a la resolución del embarazo, en la cual se solicitó su consentimiento informado de participación en el estudio y se registraron los siguientes datos: edad cronológica, paridad y tiempo de puerperio. Previa explicación del propósito del estudio y de las instrucciones para el llenado del instrumento EDPS, las mujeres participantes completaron el cuestionario, aisladas en un salón para evitar cualquier influencia del personal sanitario en sus respuestas. Seguidamente, se efectuó una consulta médica integral posparto, en donde se procedió a pesquisar los diferentes factores de riesgos mediante la entrevista clínica, para lo cual se siguió un guión de entrevista.

Las pacientes quienes obtuvieron un tamiz positivo fueron referidas al Servicio de Salud Mental, donde especialistas en el área de Psiquiatría por medio de una entrevista semiestructurada de acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales (DSM IV) confirmaron la presencia de DPP.

Los resultados obtenidos de la aplicación de estos instrumentos, fueron organizados, recopilados, e introducidos en una base de datos y por medio del Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS), versión 11.0.1, se aplicó un tratamiento estadístico de tipo descriptivo; determinándose medidas de tendencia central (medias y desviación estándar). Para el análisis de riesgo, se realizó un análisis de regresión logística usando la presencia de depresión como variable dependiente dicotómica (presencia o ausencia) y los factores de riesgo biológicos, sociales y psicológicos como variables independientes; estableciéndose las asociaciones mediante el uso de razones de momio (Odds Ratio) e intervalos de confianza. La significancia estadística de estos resultados se analizó mediante la prueba exacta de Fisher.

RESULTADOS

Las características demográficas y clínicas de la población estudiada se presentan en la Tabla I, siendo la edad promedio de 24 años con rangos entre 19 y 33 años. También se evaluó el tiempo posterior al parto de la realización de la evaluación, evidenciándose que las pacientes se encontraban en el puerperio tardío, alrededor de las 5 semanas. A su vez, el control prenatal, evaluado según el número de consultas efectuadas, fue adecuado con medias entre 6 y 7 consultas.

La presencia de síntomas depresivos obtenidos por la aplicación de la EDPS se muestran en la Tabla II, donde se evidenció que el síntoma disforia se observó en el 9% de las pacientes, la ansiedad en el 74%, el sentimiento de culpa en el 54%, la dificultad para la concentración se observó en el 51% y la ideación suicida solo se observó en el 8% de las púerperas evaluadas.

Tabla I
CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Análisis descriptivo	Media \pm DE
Edad	24,86 \pm 5,78
Paridad	2,68 \pm 0,84
Número de controles prenatales	6,95 \pm 1,29
Tiempo de puerperio (semanas)	5,2 \pm 1,45

Tabla II
SÍNTOMAS DEPRESIVOS SEGÚN LA ESCALA DE EDIMBURGO

Síntomas depresivos	n	%
Disforia	9	9
Ansiedad	74	74
Sentimiento de culpa	54	54
Dificultad para la concentración	51	51
Ideación suicida	8	8

En la Tabla III se presenta el resultado de la EDPS aplicada a las púerperas, se obtuvo un mínimo de 0 puntos y un máximo de 25, con un promedio de $15,86 \pm 2,05$ puntos. En la evaluación de la intensidad de los síntomas depresivos se observó que en el 4% no había riesgo de DPP; mientras que en el 5% y 91% presentaron riesgo límite de DPP y probable depresión, respectivamente. El 91% de las púerperas evaluadas fueron positivas para riesgo de DPP, sin embargo, al ser valoradas según los criterios del DSM IV solo fueron finalmente diagnosticadas con depresión el 22% de las pacientes.

Tabla III
ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS POR LA ESCALA DE EDIMBURGO PARA DEPRESIÓN POSPARTO

Intensidad de los síntomas depresivos	n	%
EPDS <10 puntos	4	4
EPDS 10 -12 puntos	5	5
EPDS >13 puntos	91	91
Total	100	100
Puntuación EDPS (Media \pm DE)	$15,86 \pm 2,05$	

Para conocer el efecto de los factores analizados sobre el riesgo de desarrollar depresión posparto, se realizó una tabla de contingencia 2x2, la cual sirvió para determinar el riesgo de presentar esta patología de acuerdo con su asociación con cada una de las características investigadas. En cuanto a la evaluación de los factores de riesgo para depresión en las pacientes, se logró evidenciar que los factores de riesgo biológicos más frecuentemente identificados en el diagnóstico de depresión posparto fueron la presencia de trastornos

médicos durante el embarazo en el 16%, y la presencia de enfermedades del neonato se observó en el 37% de los casos. El tipo de intervención que predominó fue el parto vaginal con el 64% mientras que la cesárea se realizó en el 36% de los casos. Las complicaciones del parto solo se presentaron en el 6% de las pacientes y en el 94% no se realizó la lactancia materna exclusiva.

Por su parte el análisis de regresión logística bivariante efectuado (Tabla IV), determinó que solo los trastornos médicos durante el embarazo (OR 21,6; IC95% 5,82-80,11; $p < 0,001$), la enfermedad del neonato (OR 13,9; IC95% 4,20-46,41; $p < 0,001$) y el nacimiento mediante cesárea (OR 3,4; IC95% 1,29-9,19; $p < 0,05$), mostraron una asociación significativa con el desarrollo de DPP. Asimismo, el parto vaginal mostró un efecto protector ante esta entidad ($p < 0,05$).

En cuanto a los factores de riesgo psicológicos evaluados se evidenció que el 55% de las pacientes expresaron espontáneamente antecedentes de depresión, el 26% expresó haber presentado diagnóstico médico de melancolía, el 95% expresaron haber sentido apoyo familiar, mientras que el 89% expresaron haber contado con el apoyo de su pareja. En la estimación de riesgo, como puede observarse en la Tabla V, se demostró que las pacientes que no contaban con el apoyo de su pareja o que presentaban antecedentes de depresión mayor o melancolía tenían un riesgo altamente significativo para la presencia de DPP ($p < 0,001$), mientras que las pacientes que no contaron con el apoyo familiar tenían un riesgo significativo ($p < 0,05$).

Al analizar los factores de riesgo sociales, se demostró que en el 50% de los casos las pacientes tenían como procedencia un área rural mientras que el otro 50% eran de procedencia urbana; el tipo de vivienda que predominó fue la casa en el 83% de los casos y sólo un 25% de estas mujeres realizaban alguna actividad laboral. También fue evaluado el nivel educativo, lográndose establecer que el 33% de la muestra tenían un nivel educativo correspondiente a la educación primaria completa o menos, el 36% habían cursado la secundaria y sólo el 31% habían alcanzado un nivel técnico y/o universitario. En la Tabla VI, se presenta la estimación del riesgo para estos factores, pudiéndose observar que sólo el hecho de tener un nivel educativo primario o inferior aumentaba 7 veces el riesgo de presentar DPP ($p < 0,001$), mientras que el haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria tenía un efecto protector ($p < 0,05$).

Tabla IV
ESTIMACIÓN DE RIESGOS BIOLÓGICOS DE DEPRESIÓN POSPARTO

Factor de riesgo	Depresión posparto		OR	IC 95%	Valor p
	Positivo	Negativo			
Paridad					
Primiparidad	10	40	0,79	0,30 - 2,04	0,404
Múltiparidad	12	38	1,26	0,48 - 3,26	0,404
Trastornos médicos durante la gestación			21,6	5,82 - 80,11	0,000*
Si	12	4			
No	10	74			
Enfermedad del neonato			13,93	4,20 - 46,41	0,000*
Si	18	19			
No	4	59			
Parto					
Vaginal	9	55	0,28	0,10 - 0,77	0,011**
Cesárea	13	23	3,45	1,29 - 9,19	0,011*
Complicaciones del parto			1,38	0,33 - 5,71	0,802
Si	3	8			
No	19	70			
Lactancia materna			2,66	0,68 - 10,45	0,960
Si	4	6			
No	18	72			

* p < 0.05

** Factor protector

Tabla V
ESTIMACIÓN DE RIESGOS PSICOLÓGICOS PARA DEPRESIÓN POSPARTO

Factor de riesgo	Depresión posparto		OR	IC 95%	Valor p
	Positivo	Negativo			
Antecedente de depresión mayor			12,28	2,68 - 56,20	0,000*
Presente	20	35			
Ausente	2	43			
Antecedentes de melancolía			18,13	5,745 - 57,23	0,000*
Presente	16	10			
Ausente	6	68			
No apoyo familiar			12,15	1,19 - 123,49	0,032*
Presente	3	1			
Ausente	19	77			
No apoyo de la pareja			14,28	3,36 - 60,56	0,000*
Presente	8	3			
Ausente	14	75			

* p < 0.05

Tabla VI
ESTIMACIÓN DE RIESGOS SOCIALES PARA DEPRESIÓN POSPARTO

Factor de riesgo	Depresión posparto		OR	IC 95%	Valor p
	Positivo	Negativo			
Estado civil					
Solteras/Separadas	13	41	1,30	0,49 - 3,40	0,383
Casadas/Unidas	9	37	0,76	0,29 - 2,00	0,383
Procedencia urbana					
Urbana	12	38	1,14	0,44 - 2,94	0,404
Rural	10	40	0,79	0,30 - 2,04	0,404
Vivienda precaria			4,58	1,61 - 12,97	0,999
Si	10	12			
No	12	66			
Nivel educativo					
≤ Primaria	15	18	7,14	2,52 - 20,21	0,000*
Secundaria	4	32	0,31	0,09 - 1,03	0,039**
Universitaria	3	28	0,28	0,07 - 1,03	0,036**
Actividad laboral			1,55	0,54 - 4,40	0,866
Si	7	18			
No	15	60			

* $p < 0.05$

** Factor protector

DISCUSIÓN

Si bien el cuadro clínico de la DPP es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, esta posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica (1,4). Aunque se conoce que durante el puerperio tanto los cambios bioquímicos existentes así como el estrés pueden desencadenar estos trastornos (12); no hay evidencia de que un desbalance hormonal o de neurotransmisores sea la causa de la DPP, sin embargo, las teorías más acertadas hasta el momento son las que se relacionan con los cambios hormonales y las susceptibilidades específicas de estos pacientes durante este periodo (13).

La Escala de Edimburgo ha mostrado ser un buen método de pesquisa precoz de la DPP, puesto que la mayoría de las madres con test positivos (EPDS +), al aplicárseles la Encuesta Diagnóstica para Depresión según DSM-IV se les ha confirmado el diagnóstico de depresión. Los resultados de esta investigación demuestran un riesgo elevado de depresión, con pruebas de tamizaje positivo en alrededor del 90%, mostrando el instrumento una alta sensibilidad (90%) similar a la reportada por otros autores (14); sin embargo, al compararse con

los resultados del DSM-IV se obtuvo una prevalencia del 22%; cifra similar a las encontradas por otros autores en la literatura internacional (15), lo cual hace patente el grave problema de sub-diagnóstico observado en instituciones de asistencia materno-infantil, principalmente en aquellas como la estudiada donde no se aplica ningún test de rastreo durante el período puerperal.

Como pudo verse, la población del estudio tuvo un mayor porcentaje de mujeres quienes reportaron una prueba positiva en el EPDS, resultados similares a los obtenidos por Morris y cols (9), quienes encontraron un número considerable de pruebas positivas lo cual fue relacionado esto al menor estado socioeconómico de la muestra evaluada. Sin embargo, estos resultados difieren de los encontrados tanto por Moreno y cols (1) como Pérez y cols (4), en serie realizadas en Brasil y Chile respectivamente, donde la frecuencia de test positivo según esta escala en ambos estudios fue de 22%; así como del 29% de incidencia de depresión según EDPS publicada por Wójcik y cols (16).

Estos resultados sugieren la importancia de identificar los factores de riesgo involucrados en la génesis de la DPP. Según Pérez y cols (4), la actitud negativa hacia el embarazo, los antecedentes

de patología en el embarazo, parto por cesárea, ansiedad y depresión prenatal, antecedentes personales o familiares de depresión mayor y el embarazo no deseado, son factores que pueden desencadenar una depresión posparto. De igual forma deben considerarse otros factores que pueden tener influencia sobre la aparición de depresión puerperal como las edades extremas, antecedentes de tensión premenstrual, tipo de trabajo, nivel socio-cultural, expectativas personales, complicaciones del parto, lactancia materna, grado de apoyo social y emocional por parte de sus allegados, y la mala relación entre la pareja (17).

En cuanto a algunos factores de riesgos biológicos, sólo los trastornos médicos durante el embarazo o la enfermedad del neonato demostraron estar asociados a un mayor riesgo de depresión. Algunos estudios han señalado una relación entre la depresión y algunos procesos mórbidos asociados a la gestación, evidenciándose una mayor prevalencia de depresión entre las madres que tuvieron neonatos pretérminos o con bajo peso para su edad gestacional (18); así como en aquellas embarazadas que han presentado preeclampsia, en las que se observa un mayor grado de hipocondría y altos niveles de depresión desde antes del nacimiento inclusive (19).

De igual forma los resultados obtenidos en un estudio peruano han encontrado una moderada asociación estadística entre la presencia de complicaciones durante el embarazo o la presencia de enfermedad crónica (20). Asimismo se ha señalado que la intensidad de la sintomatología en pacientes con depresión postparto está relacionada con la deficiencia de algunos oligoelementos, sobre todo con el déficit de zinc (16).

Los resultados obtenidos concuerdan con lo observado en mujeres con hijos que estuvieron hospitalizados durante el período de recién nacido o lactante, de las cuales el 60% se deprimió posteriormente, en comparación con las mujeres que no hospitalizaron a sus hijos (4,5). La enfermedad del neonato ha mostrado ser un factor de mayor riesgo para el desarrollo de depresión postparto; al igual que en otras investigaciones el hecho de que el hospital ámbito de este estudio posea una unidad de terapia intensiva neonatal pudo haber influenciado la alta prevalencia de test positivos observada, ya que hay evidencias de que madres de recién nacidos que estuvieron internados en unidades de terapia intensiva tienen un riesgo mayor de sufrir depresión posparto (5).

También se ha sugerido que el número de partos es un factor asociado a la depresión posnatal,

diversas investigaciones han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el tercer parto (6). Sin embargo, al igual que los resultados obtenidos tanto por Moreno y cols (1), Evans y cols (5), Latorre y cols (10), como por Aramburu y cols (20), en este estudio la paridad no mostró ser un factor determinante para la presencia de depresión posparto; observándose similares puntuaciones entre las primigestas y las multíparas (11), lo que indica que un instrumento de rastreo como el EDPS debería ser aplicado a todas las púerperas de forma universal y no restringirlo a poblaciones de supuesto mayor riesgo.

Al evaluar el modo del nacimiento, se encontró que el parto vaginal representó un factor protector para el desarrollo de DPP mientras que las mujeres cuyos hijos fueron extraídos mediante la operación cesárea tenían tres veces más riesgo para presentar depresión; coincidiendo con otro estudio donde se encontró que las mujeres con una intervención cesárea presentan un riesgo muy superior (21). Contrariamente, en los resultados obtenidos en otros estudios se evidenció que el tipo de parto, ya sea cesárea o parto vaginal, no resultaba ser estadísticamente diferentes para riesgo de depresión posparto (4,22); mientras que otro estudio señala que el uso de anestésicos durante el parto (por cesárea o analgesia epidural), se relacionaba de forma independiente con puntajes mayores de 13 en la EDPS y con la aparición de depresión posparto (OR= 3,2) (22).

Por otra parte, la lactancia materna no mostró ser un factor protector contra el desarrollo de depresión puerperal, a pesar de que se pudo observar entre las púerperas deprimidas que la mayor parte de ellas no amamantaban a su hijo o tenían algún impedimento para ello. Al respecto, Vargas y García (6) manifiestan que los niveles de prolactina forman una curva inversa a la de los niveles de estrógenos y progesterona durante el periodo posparto, por lo que razonablemente se ha asumido que las madres que no amamantan a sus bebés y producen un rápido declive en su prolactina, podrían tener una mayor incidencia de depresión posparto.

En cuanto a la edad como factor de riesgo existen discrepancias, se ha señalado que las mujeres adolescentes presentan más depresión que las mayores, puesto que ciertos factores desmoralizadores en el entorno social y las experiencias pasadas, tornan al adolescente más vulnerable a hechos vitales como el embarazo (23), reportándose tasas de prevalencias dentro de este grupo etario

de un 14% a un 48% (18); sin embargo, en otros trabajos esta diferencia no ha resultado ser estadísticamente significativa (4,5,10). Asimismo, otros autores han expresado que como la prevalencia de depresión mayor aumenta con la edad, en las mujeres adultas pudiese ser mayor la frecuencia de DPP debido a que se pudiese tratar de recaídas de una depresión de base desencadenada por los cambios hormonales productos del parto y los factores socio-culturales relacionados con la llegada de un nuevo hijo (10).

En cuanto a los factores de riesgo de tipo psicológico, se encontró un mayor riesgo en caso de presentar antecedentes de melancolía durante el embarazo, antecedentes de depresión y no contar con el apoyo de la familia o la pareja. Al respecto, en Chile se ha demostrado que los factores psicosociales juegan un rol preponderante en el desencadenamiento de la depresión posparto; particular importancia tendrían en las púerperas chilenas la ocurrencia de eventos vitales, la relación con el cónyuge, con la madre y problemas propios del posparto, como dificultades en la lactancia o dar a luz un recién nacido de muy poco peso, así como los antecedentes de depresiones previas (7).

Se conoce que las mujeres que tienen una experiencia previa de DPP tienen un aumento en el riesgo de ocurrencia de depresión en el parto siguiente. Los resultados alcanzados revelan que el antecedente de haber presentado depresión, al igual que en otros estudios (5,9), mostró un incremento significativo en el riesgo para desarrollar esta entidad, coincidiendo con lo señalado por Orejarena (13) quien expresaba que las mujeres con antecedente de depresión tienen un riesgo hasta del 35% de depresión durante posparto y por Rojas y cols (2), quienes señalan que cerca de 50% de los casos de DPP son depresiones que ya se presentaban en el embarazo o incluso antes de éste.

Asimismo, se ha señalado que los estresores somáticos del embarazo podrían desencadenar síntomas depresivos que persisten luego del parto, particularmente en madres sin parejas; en un estudio se encontró que las mujeres separadas tenían una probabilidad cuatro veces mayor que las solteras de tener una DPP más severa con puntajes más alto en la EPDS (2). Cuando se examina más detenidamente esta variable, se aprecia que la confianza y el apoyo de la pareja, junto con el contacto con otras mujeres con bebés o la presencia de sintomatología depresiva durante la primera semana del posparto, diferenciaron a las mujeres que presentaron sintomatología depresiva en la octava semana después de dar a luz, de las que no la pre-

sentaron (24); coincidentemente los resultados de otras investigaciones señalan como características asociadas al desarrollo de DPP el vivir sin la pareja ($p=0,02$), la mala relación con la pareja ($p<0,0001$) o el abandono por la pareja ($p=0,001$) (25).

Los resultados presentados en este estudio, señalan que el no contar con el apoyo de la familia constituye un factor significativo en el riesgo de desarrollar cuadros depresivos en el puerperio; al igual que en los obtenidos tanto por Alvarado y cols (25), quienes señalan que los problemas con los familiares tenía una asociación significativa con la DPP ($p=0,007$), como por Rojas y cols (2), quienes encontraron que la mayor parte de las mujeres que estudiaban cuidaba sola a su bebé y, si recibía ayuda, en la mayoría de los casos ésta provenía de su propia madre, cuya presencia condicionaría un mayor riesgo de DPP producto de un mayor estrés psicosocial. Señalando además que una de cada tres mujeres que sufre de malestar psicológico al final del embarazo, y que percibe aislamiento social, desarrollará DPP.

Cabe mencionar que al igual que en este estudio, los hallazgos de la investigación realizada por Póo y cols (26), la mayor cantidad de factores que aparecen como asociados a la posibilidad de presentar DPP son de tipo familiar, por lo tanto, si se considera a la familia como el primer agente socializador, y luego la pareja que pasa a formar parte de este entorno, son las interacciones que ocurren en dicho ámbito las que tendrían mayor repercusión en la afectividad de la mujer a lo largo de su vida, en especial en períodos de mayor sensibilidad como lo son el embarazo y el puerperio.

Los factores sociales tienen un rol importante en el desencadenamiento de la DPP, se ha encontrado una relación inversamente proporcional entre nivel socioeconómico y prevalencia de depresión posparto (1,2,6,9,15,16,27); independiente del grado de desarrollo del país, el nivel socioeconómico bajo de las personas constituye un factor de riesgo para sufrir esta patología (2). Se ha observado que tanto los factores psicológicos como los sociales son los de mayor importancia en la presentación de la DPP, por lo que han sido denominados factores de riesgo mayores (28).

Los cambios en el contexto social asociados con las migraciones, urbanismo, la violencia, la pobreza y el abandono del cónyuge, ponen a las mujeres bajo estrés y al mismo tiempo destruyen las fuentes tradicionales de apoyo, lo cual se refleja en la calidad de vida de las mujeres (29). Se conoce que la calidad de vida de las poblaciones rurales es menos ventajosa que en las ciudades, debido

a sus propias características socioeconómicas; no obstante los resultados de esta investigación no encontraron una asociación significativa entre la ruralidad y la DPP. Al respecto los resultados de un estudio mexicano señalan que si bien la prevalencia general de DPP en las mujeres rurales (38,8%) era más alta que en las mujeres de zonas urbanas (26,9%), esta asociación no fue estadísticamente significativa ($p=0,09$) (25).

En cuanto al estado civil, se ha señalado que para las mujeres el hecho de ser casadas no se constituye en factor protector de depresión (29). Sin embargo, los resultados obtenidos no demuestran diferencias entre tener una pareja estable, ya sea que estuviesen casadas o en unión libre, o si eran mujeres solteras o separadas, tal cual como lo reportado en otros estudios, donde no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de depresión entre las mujeres solteras y las mujeres con otros estados civiles (25).

Por otra parte, estos resultados al igual que los conseguidos en otro estudio (4), no evidenciaron diferencias significativas en cuanto al bajo nivel socioeconómico y la presencia de DPP; por el contrario, el hecho de habitar una vivienda precaria como un rancho mostró tener un riesgo relativo menor que el vivir en una casa de mejores características. Sólo mostró un riesgo significativo el tener un nivel educativo igual o inferior a la educación primaria, mientras que las mujeres con educación universitaria presenta significativamente un menor riesgo para el desarrollo de DPP; este resultado concuerda tanto con los presentados por Rojas y cols (2), quienes consiguieron una asociación entre los niveles educativos más bajos con una mayor gravedad de la sintomatología depresiva (puntuaciones más altas en la EDPS); como por Alvarado y cols (25), quienes reportan una frecuencia significativamente mayor en mujeres con hasta seis años de educación, que en aquellas con más de seis años de educación (48,9 vs 27,6 %, respectivamente, $p=0,009$).

Con relación a la actividad laboral, el análisis de riesgo efectuado no encontró una mayor probabilidad para el desarrollo de DPP en las mujeres trabajadoras; estando la mayoría de las participantes en esta investigación dedicadas a los oficios del hogar, mientras que sólo una pequeña proporción declaraba ejercer algún oficio formalmente remunerado, siendo principalmente trabajos de bajo status. En este sentido, se ha demostrado que las amas de casa de tiempo completo, son particularmente propensas a la depresión, especialmente si ellas tienen otros hijos pequeños (29); por otra parte, se ha señalado que representa características asociadas significativamente al riesgo de DPP tanto

el hecho de no trabajar fuera de la casa (OR: 2,1; IC95% 1,2-3,9); RAe 52%; $p<0,05$) como la pérdida del empleo durante la gestación (OR: 5,4; IC95% 2,3-12,5); RAe 81%; $p<0,01$) (22).

La influencia de los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales, así como la evolución de la depresión postparto en estas pacientes, demuestra que en la población del estudio la presencia de DPP fue importante desde el punto de vista porcentual en función del valor total de la muestra, de allí la importancia de considerar esta entidad clínica durante la evaluación prenatal, por el riesgo de que se presenten síntomas depresivos persistentes después de seis meses de posparto, así mismo el diagnóstico durante el embarazo puede evitar que esta entidad incida sobre el temperamento del recién nacido, el bajo nivel educativo de la madre y anomalías o enfermedades del hijo o de la madre (13). Además, el uso de la EDPS permite no sólo detectar un gran número de casos de DPP que suelen pasar desapercibidos sino también identificar indirectamente otros factores estresantes para la madre, que se manifiesten en un mayor puntaje, y sobre los cuales es posible intervenir o brindar apoyo, como son la presencia de conflictos maritales, de riesgo de violencia intrafamiliar o maltrato infantil (30).

Una fortaleza de este estudio es que fue desarrollado en un centro de salud público, sistema que atiende a una considerable parte de la población, lo que permitió efectuar un seguimiento posparto mediante una consulta posnatal en una institución donde no se ha establecido un programa de salud para atender a la mujer posterior al parto, permitiéndole a las pacientes que fueron incluidas en la investigación disfrutar de una continuidad de la atención hospitalaria y el acceso a especialistas, los cuales a su vez pudieron conocer y familiarizarse con el instrumento de pesquisa utilizado y participar en el diagnóstico y tratamiento de la DPP.

Dentro de las limitaciones del estudio es que se incluyó un tamaño de muestreo relativamente pequeño. No obstante a pesar de no contar la institución en el ámbito de la investigación con una consulta postparto, se logró obtener una muestra, que si bien fue intencionada y no probabilística, estuvo representada por mujeres con características demográficas diferentes que permitió evaluar los diferentes factores de riesgo estudiado para la estimación de padecer de depresión en el puerperio. Asimismo, otra limitante fue no haber incluido tanto a las adolescentes como a las embarazadas añosas dentro del estudio, de manera de poder discriminar el riesgo que tienen las mujeres en edades extremas reproductivas para el desarrollo de

esta entidad. Asimismo, en virtud de la significancia estadística de los factores de riesgos psicológicos estudiados, se considera otra limitación del estudio, la no inclusión de otras variables psicológicas como la historia familiar de enfermedades psiquiátricas, historia de abuso de sustancias psicotrópicas, el antecedente del síndrome premenstrual o el antecedente de violencia de género, encontrándose sobretodo esta última asociada a un alto de riesgo sufrir DPP (28).

CONCLUSIÓN

Se puede concluir que se encontró una cifra sorprendentemente alta de puerperas deprimidas, con diversos factores de riesgos que permitirían tomar acciones para un diagnóstico oportuno de esta enfermedad; determinándose que de las características evaluadas, tanto de índole biológico, psicológico como social, solamente mostraron una asociación significativa con el desarrollo de DPP, los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, el nacimiento mediante cesárea, no contar con el apoyo familiar, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía o tener un nivel educativo primario o inferior. Mientras que el parto vaginal o haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria tenía un efecto protector. Sin embargo, la presencia de estos factores de riesgo para DPP también varía entre cada población y en el transcurrir del tiempo; por lo tanto, debe recomendarse la evaluación periódica de los factores de riesgo en cada institución sanitaria para así planear acciones óptimas en la prevención y el tratamiento de esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

- Moreno A, Domínguez L, França PS. Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puerperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004;69(3):209-13.
- Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chile* 2010;138(5):536-42.
- Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2000;38(2):84-93.
- Perez R, Saez K, Alarcon L, Aviles V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2007;67(3):187-91.
- Evans G, Vicuña M, Marín R. Depresión posparto reactividad en el sistema público de atención de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003;68(6):491-4.
- Vargas JE, García M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. *Centro Regional de Investigación en Psicología* 2009;3(1):11-8.
- Rojas G, Fritsch R, Solís J, González M, Guajardo V, Araya R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Rev Méd Chile* 2006; 134 (6): 713-720
- Campo A, Ayola C, Peinado HM, Amor M, Cogollo Z. Escala de Edinburgo para depresión postparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2007;58(4):277-83.
- Morris JK, Comerford M, Bernstein PS. Screening for postpartum depression in an inner-city population. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1217-9.
- Latorre JF, Contreras LM, García S, Medina JA. La Depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2006;57(3):156-62.
- Urdaneta JR, Rivera AT, García J, Guerra M, Baabel NS, Contreras AJ. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multiparas valoradas por la Escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2010;75(5):312-20.
- Alonso SJ, Damas C, Navarro E. Behavioral despair in mice after prenatal stress. *J. Physiol Biochem* 2000;56(2):77-82.
- Orejarena SJ. Trastornos afectivos posparto. *MedUNAB* 2004;7(20):134-9.
- Oquendo M, Lartigue T, González I, Méndez S. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum* 2008;22(3):195-202.
- Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum Depression Screening at well-child visits: Validity of a 2-questions screen and the PHQ-9. *Ann Fam Med* 2009;7(1):63-70.
- Wójcik J, Dudek D, Schlegel M, Grabowska M, Marcinek A, Florek E, Piekoszewski W, et al. Antepartum/postpartum depressive symptoms and serum zinc and magnesium levels. *Pharmacological Reports* 2006;58:571-6.
- Carrera ML. Papel del obstetra ante la pérdida perinatal. Valencia, España: Universidad de Valencia. Serie de Publicaciones. 2004
- Kabir K, Sheeder J, Stevens-Simon C. Depression, weight gain, and low birth weight adolescent delivery: do somatic symptoms strengthen or weaken the relationship? *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008;21:335-42.
- Vinaccia S, Sánchez MV, Bustamante EM, Cano EJ, Tobón S. Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. *International J Clin Health Psicol* 2006;6(1):41-51.
- Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L, Salazar P, Sierra O. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. *Rev Peru Epidemiol* 2008;12(3):1-5.
- Boyce PM, Todd AL. Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *Med J Aust* 1992;157:172-4.

22. Sierra JM, Carro T, Ladrón E. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Aten Primaria* 2002;30(2):103-11.
 23. Bulnes MS, Ponce CR, Huerta RE, Elizalde R, Santiváñez WR; Aliaga JR, *et al.* Ajuste psicosocial y estado depresivo en adolescentes de centros escolares de Lima Metropolitana. *Rev Invest Psicol* 2005;8(2):23-39.
 24. Dennis CL, Ross LE. The clinical utility of maternal self-reported personal and familial psychiatric history in identifying women at risk for postpartum depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:1179-85.
 25. Alvarado C, Cifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández AB, Ortiz SG, *et al.* Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac Méd Méx* 2010;146(1):1-9.
 26. Póo AM, 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(1):44-52.
 27. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Rev Fac Med UNAM* 2006;49(2):66-72.
 28. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? *An Fac Med* 2009;70(2):115.
 29. Canaval GE, González MC, Martínez L, Tovar MC, Valencia C. Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Médica* 2000;31(1):4-10.
 30. 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(7):851-8.
-