

Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo

Dras. Johalys Karina Fernández Vera, Alejandra Teresa Iturriza Natale, Judith Toro Merlo, Rosalba Valbuena

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, Caracas.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión posparto en puérperas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” de Caracas, durante el período comprendido entre junio y septiembre de 2013.

Métodos: Se realizó una investigación de tipo descriptiva y prospectiva, con una muestra de 249 puérperas, aplicando la escala de depresión posparto de Edimburgo para detectar depresión posparto.

Resultados: En el puerperio mediano hubo una prevalencia de depresión posparto de 84,2 % en las adolescentes y de 81,5 % en las adultas sin diferencia significativa entre ambos grupos.

Conclusión: La prevalencia de depresión posparto fue elevada en adolescentes y en adultas, predominando la depresión posparto de grado moderada.

Palabras clave: Depresión posparto. Escala de Edimburgo. Factores de riesgo.

SUMMARY

Objective: To determinate prevalence of depression in postpartum women attended in the Obstetric Service of General Hospital of the West “Dr. Jose Gregorio Hernandez” in Caracas, during June to September 2013.

Methods: By means of a descriptive and prospective study, postpartum depression was investigated in a sample of 249 patients, applying the Edinburgh Postpartum Depression Scale.

Results: In mediate puerperium there was postpartum depression prevalence of 84.2 % in adolescents and of 81.5 % in adults, without significant difference between both groups.

Conclusion: The prevalence of postpartum depression was high in adolescents and adults, predominating postpartum depression of moderate grade.

Key words: Postpartum depression. Edinburgh Scale. Risk's factors.

INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista etimológico, el término depresión deriva del latín “*depressio*”, que significa opresión, encogimiento o abatimiento. Desde el punto de vista psicológico es un síndrome caracterizado por tristeza profunda, con inhibición de las funciones psíquicas, y en ocasiones con trastornos neurovegetativos. Según el modelo médico, la psiquiatría describe la depresión como un trastorno del estado de ánimo, cuyo síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser de carácter transitorio o permanente.

En la actualidad, los trastornos depresivos representan un problema importante de salud a nivel mundial, los cuales afectan a la población femenina en mayor proporción que a la masculina, observándose con mayor frecuencia durante el embarazo y el puerperio, que durante otras etapas del ciclo vital, especialmente en madres adolescentes y en mujeres de bajos ingresos económicos (1).

La depresión se considera un problema de salud pública, desde el momento en que las autoridades sanitarias la declararon como una enfermedad; se presenta con una mayor incidencia en las mujeres, y es la segunda causa más común de enfermedad mental en el mundo, ocasionando alrededor de 850 000 suicidios anualmente.

Trabajo Especial de Grado presentado para optar al título de Especialista en Obstetricia y Ginecología en la Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Comisión de Estudios de Posgrado. Con mención publicación.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión se atribuye a los rápidos cambios psicosociales, al aumento de las enfermedades crónicas (cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicas y del colágeno, entre otras), y al excesivo consumo de drogas, tales como tranquilizantes, antihipertensivos y anticonceptivos.

Los problemas emocionales durante el puerperio se conocen desde la antigüedad. La Sociedad Española de Medicina General (SEMG) define la depresión posparto (DP) como un trastorno transitorio que aparece entre dos y cuatro días después del parto y desaparece de forma espontánea y sin secuelas, en un período de dos semanas sin síntomas psicóticos (2).

El trastorno depresivo se manifiesta como una falta de ánimo para sobrellevar el embarazo o para enfrentar el cuidado del recién nacido, con lo que este sufre los inconvenientes de la indisposición de la madre para ocuparse de él y sus necesidades.

Diversos estudios clínicos muestran cifras variables de prevalencia de depresión en el posparto. En algunas comunidades latinoamericanas se han encontrado valores superiores al 20 % (3). También se ha informado sobre un aumento de la incidencia durante la adolescencia (4). Por tanto, la edad adolescente (según la OMS, comprendida entre 10 y 19 años) se considera como un factor de riesgo para desarrollar depresión posparto. El embarazo en adolescentes va en incremento, hecho este que se ha venido observando en nuestro país, lo que a su vez conlleva a una mayor probabilidad de presentar depresión en dicha población, tanto en el período pre como posnatal, tomando en cuenta la significación del estadio evolutivo de la joven madre en cuestión.

La depresión posparto se presenta con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1 000 nacimientos y tiene una tasa estimada de recurrencia entre 10 % y 35 %; es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo en comparación con los desarrollados, y es más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico bajo (5). A pesar de su elevada prevalencia, a menudo, la depresión posparto no se diagnostica en forma adecuada ni oportunamente.

Se ha observado que, la depresión posparto es más frecuente en las púérperas cuyo embarazo, parto, o cesárea, tuvo alguna complicación, como son parto pretérmino, bajo peso al nacimiento, preeclampsia; situaciones de conflicto familiar, social o laboral; o de bajos ingresos económicos; y sobre todo, durante la edad adolescente (6-9).

Desde hace mucho tiempo, es conocida la existencia de problemas emocionales durante el embarazo y el puerperio. Vargas y García (10) señalaron que, Hipócrates, Celcio y Galeno, entre otros autores, hicieron mención de esta condición entre mujeres de variados orígenes, aunque generalmente afecta con mayor frecuencia a las personas de menores ingresos.

La depresión es un problema de salud mundial que, siendo más frecuente en la mujer, durante el puerperio aumentan las probabilidades de padecerla. Durante el embarazo y el puerperio ocurren en la mujer cambios hormonales que inciden en mayor o menor medida en su actitud. En efecto, la depresión posparto puede aparecer incluso varios meses después de ocurrir este. Es oportuno destacar que el cuadro clínico de la depresión posparto tiene características similares a las de los episodios depresivos que ocurren en otros momentos de la vida, aunque por ocurrir en la mujer durante la etapa del posparto, un período de mayor vulnerabilidad que implica riesgos tanto para la madre como para el recién nacido, posee ciertas características tan peculiares que justifican su consideración por separado. Su aparición constituye un importante problema para la mujer y para el niño por cuanto influye en aquellas conductas que, con toda seguridad, inciden en la morbilidad y mortalidad materna, así como en las del producto del embarazo. En ocasiones, algunos cuadros depresivos severos conducen al suicidio (11).

Los desórdenes depresivos afectan a alrededor del 20 % de las mujeres. La OMS considera que los trastornos afectivos ocupan el segundo lugar entre las enfermedades mentales más comunes, estimándose que para la tercera década de este siglo sean la segunda causa de discapacidad. Determinar la verdadera prevalencia de la depresión posparto puede resultar un compromiso nada fácil, aunque se ha estimado que esta se manifiesta en un rango que oscila entre el 10 % y el 20 % de las púérperas (12). Algunos autores han informado cifras por encima de 30 % en madres adolescentes (6-8, 13).

La depresión posparto se puede presentar a los pocos días o varios meses después del parto, con el nacimiento de cualquiera de los hijos, no necesariamente el primero. No obstante, es importante recordar que, si bien muchas mujeres se deprimen inmediatamente después del parto, algunas mujeres no comienzan a sentirse deprimidas hasta varias semanas o meses después. Por lo que es conveniente saber que una depresión que se produce en el término de 6 meses a partir del parto puede ser considerada una depresión posparto.

Cuando ocurre la depresión posparto se manifiesta de modo similar al de los episodios depresivos observados en cualquier otra etapa de la vida. Durante los días iniciales del puerperio, es relativamente frecuente la labilidad emocional con alteraciones en el sentido del humor conocida como “tristeza o melancolía del embarazo”, también denominada depresión “*baby blues*” en inglés (14). En general, este cuadro se manifiesta durante las dos primeras semanas después del parto o cesárea, es autolimitado y de pocos días de duración, el cual se considera como la depresión posparto de carácter leve, que se caracteriza por irritabilidad, tristeza, fatiga, crisis de llanto y labilidad emocional. Algunos estudios sugieren que la depresión posparto leve se relaciona con la caída en los picos de estrógenos y progesterona en el momento del parto. El tratamiento consiste en tranquilizar a la madre, promover el acompañamiento por parte de la familia, vigilar la evolución de los síntomas y realizar psicoterapia de apoyo de corta duración (15).

Cuando la intensidad de los síntomas depresivos es más marcada e impide que la madre realice sus actividades rutinarias, es un signo inequívoco de necesitar ayuda por parte del personal de salud. Se trata de la depresión posparto moderada, que puede manifestarse hasta el tercer mes después del parto, con síntomas depresivos típicos, tales como, tristeza, sentimientos de desesperanza y de minusvalía, insomnio, pérdida de apetito, lentitud de movimientos, síntomas físicos variados — molestias digestivas, cefalea, fatiga —, ansiedad elevada y, en algunos casos, pensamientos recurrentes de muerte. Los síntomas pueden empeorar si no recibe el asesoramiento adecuado y, de ser necesario, tratamiento con medicamentos antidepresivos. Por esta razón es importante realizar el diagnóstico precoz. Para ello, se han diseñado varias escalas que sirven para el despistaje de esta patología, entre las cuales destaca por su utilidad práctica la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPPE), diseñada en 1987 por Cox y col. (16), como una herramienta diagnóstica de fácil aplicación.

Esta escala se usa como método de pesquisa para la detección de la depresión posparto mediante el interrogatorio de 10 preguntas relacionadas con el comportamiento de la puerpera durante los siete (7) días anteriores, indagando si ha presentado alguna idea o sentimiento de desánimo, estrés o desaliento que pueda afectar su desenvolvimiento ante la tarea de atención y cuidado del recién nacido (16,17). De igual modo, la Escala de Edimburgo puede ser aplicada también durante la gestación, denominándosele en

ese caso escala de depresión perinatal.

A menudo, la depresión posparto moderada sigue una evolución natural hacia la mejoría alrededor de los 6 meses después del parto. Sin embargo, si este cuadro se prolonga y se agrava, alcanzando el grado de una depresión posparto severa, puede generar serias consecuencias, tanto en la paciente como en el recién nacido, alterando el vínculo madre-hijo que se establece durante las primeras semanas del posparto. El impacto en el recién nacido se traduce en descuido por parte de su madre, disminución de la lactancia materna, con riesgo aumentado de desnutrición y de mayor número de episodios diarreicos e infecciones respiratorias (7,13).

Llama la atención que, esta entidad clínica frecuentemente no se diagnostique en los centros de atención materno-infantil, a pesar de que su prevalencia supera a la de otras patologías obstétricas, tales como preeclampsia, parto prematuro, o diabetes gestacional, entre otras. De modo que, en muchos casos las mujeres afectadas no llegan a recibir tratamiento oportuno y adecuado.

La depresión posparto severa es una enfermedad de carácter grave que causa perturbación en la relación de pareja o estabilidad familiar, afecta la autoestima y confianza de la madre, perjudica el desenvolvimiento social y compromete la calidad de vida. Los síntomas más graves pueden incluir pensamientos de hacerse daño a sí misma, hacerle daño al neonato o no tener ningún interés en él. Incluso, la depresión posparto severa se relaciona con riesgo aumentado de conducta suicida y de filicidio materno. Generalmente este tipo de depresión amerita la indicación de tratamiento con fármacos antidepresivos y manejo psiquiátrico especializado. De manera que el tratamiento tiene que ajustarse individualmente de acuerdo con la severidad de la afección depresiva y al grado de incapacidad que esta represente.

Cabe mencionar que, muchas mujeres que experimentan depresión después del parto carecen de ayuda de familiares y amigos. Lamentablemente, se ha determinado que en muchos casos las mujeres que sufren la depresión posparto omiten informarlo aun a sus médicos tratantes. Por esta razón es necesario esmerarse en realizar el diagnóstico con el fin de detectar a tiempo los casos de depresión posparto y aplicar las medidas apropiadas.

Entre los factores asociados con un aumento del riesgo para experimentar depresión posparto se señalan los siguientes: (3,6,18-21)

Edad menor de 19 años (madre adolescente).

Consumir alcohol, alucinógenos o fumar (estos

también son riesgos médicos serios para la salud del neonato).

Embarazo que no fue planeado o deseado.

Complicaciones obstétricas durante el embarazo, nacimiento, o luego del parto o cesárea, tales como preeclampsia, parto pretérmino, otras.

Tener un trastorno de ansiedad o del estado anímico antes o durante el embarazo, incluyendo antecedentes depresivos durante algún embarazo previo.

Situaciones de violencia doméstica o de otra índole.

Bajo nivel educativo o de estrato socioeconómico.

Igualmente se advierte que la presencia de estos factores de riesgo no siempre causa depresión posparto, ya que muchas mujeres que han experimentado algunos de estos factores no sufrieron de depresión luego del nacimiento. Por tanto, en todo caso, para hacer el diagnóstico con precisión debe prevalecer el juicio clínico.

Las mujeres que poseen antecedentes familiares o que hayan tenido una historia personal de depresión son 30 % más propensas a padecer depresión posparto. Las mujeres que hayan padecido depresión posparto en algún embarazo previo son, entre 50 % y 80 %, más propensas a padecer este trastorno en embarazos futuros. Así como también, lo son aquellas mujeres que experimenten depresión durante el transcurso de su embarazo y las que sean víctimas de violencia (13,20,21).

El nacimiento de un hijo prematuro, especialmente si requiere cuidados especiales, es un acontecimiento muy estresante para todos los padres sin excepción, ya que da origen a sentimientos de temor por su vida — expresados o no —, de culpa y de enojo. Por tanto, la mayoría de las veces este hecho genera angustia, sobre todo materna, y aún más si se trata de una adolescente, la cual puede asociarse con efectos de depresión y ansiedad inevitables agravando la situación. En muchas adolescentes, el conflicto emocional se inicia durante el embarazo, el cual viven como una experiencia desagradable, aunque el verdadero sufrimiento se desencadena posteriormente al parto ante la responsabilidad que representa atender al recién nacido(a), con repercusiones negativas en los cuidados y la salud del niño o niña (22).

Es de considerar que, aunque la maternidad es una etapa sumamente satisfactoria para la mayoría de las mujeres, para muchas otras puede significar un período de angustia y depresión con dificultades asociadas que inciden negativamente en la calidad de vida materna y del neonato.

En general, el tratamiento de la depresión posparto tiene buenos resultados. Sin embargo, el

buen pronóstico dependerá de la detección precoz del problema. El tipo de tratamiento dependerá de la severidad del trastorno depresivo. La depresión posparto puede ser tratada con psicoterapia y medicamentos antidepresivos. Como fármacos de primera elección se utilizan inhibidores selectivos de la captación de serotonina, y los antidepresivos tricíclicos. Cuando una mujer está amamantando, debe hacérselo saber al médico tratante si este sugiere indicarle antidepresivos, ya que algunos de estos fármacos pasan a través de la leche materna y no deberían usarse (23). También a las mujeres se les aconseja que asistan a reuniones con un grupo de apoyo para hablar con otras mujeres que están pasando por la misma situación, de modo que compartan ideas y experiencias, así como para que puedan ayudarse mutuamente.

Para prevenir la depresión posparto y para manejar las crisis de carácter leve puede aconsejarse a las púerperas las siguientes medidas generales: (24)

Descansar suficiente, tratando de tomar una siesta mientras el niño o niña duerma.

Dejar de preocuparse tratando de hacerlo todo, debe hacer tanto como pueda y dejar lo demás. Puede pedir que le ayuden con las tareas de la casa y durante la noche con la alimentación del niño o niña.

Siempre hablar con el esposo, pareja, familia y amistades sobre cómo se siente, especialmente si está cansada, triste o estresada.

Evitar pasar mucho tiempo sin compañía. Arreglarse para salir de casa, hacer diligencias, ir de compras o pasear un poco.

Pasar un tiempo sola con el esposo o pareja.

Hablar con su médico acerca de algún tratamiento, sin miedo de expresar sus inquietudes. Si lo considera necesario, pedir una referencia a un especialista de salud mental.

Conversar con otras madres para que pueda aprender de sus experiencias.

Unirse a un grupo de apoyo para mujeres con depresión posparto.

Buscar asesoramiento e información en servicios de atención materna que brinden apoyo psicológico.

En Venezuelase han realizado pocas investigaciones sobre el tema de la depresión en embarazadas y púerperas. Mientras que, en nuestro hospital, actualmente no se conocen las estadísticas sobre la prevalencia de la depresión posparto. Por tanto, considerando la trascendencia de esta situación, se planteó esta investigación cuyo objetivo general consistió en determinar la prevalencia de depresión posparto en púerperas atendidas en el Servicio de

Obstetricia del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” de Caracas, mediante la aplicación de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, en el período comprendido entre junio y septiembre de 2013.

MÉTODOS

Se realizó un estudio clínico de carácter descriptivo y prospectivo.

La población estuvo representada por todas las púerperas, ya fueran atendidas por parto o por cesárea, que estuviesen hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” durante el período citado, estimándose un total de 658 pacientes, tomando como referencia el número total de púerperas atendidas en los primeros cuatro meses del año 2013.

El muestreo fue de tipo intencional y no probabilístico, por cuanto se incluyeron a las púerperas que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, siempre que dieran su consentimiento informado por escrito para participar en el estudio, sucesivamente hasta completar el número total determinado para la muestra.

Considerando que se conoce el tamaño de la población, se procedió a calcular el tamaño de la muestra aplicando la fórmula estadística correspondiente para una población finita, obteniéndose como resultado una muestra de 249 púerperas, bajo las siguientes condiciones:

Criterios de inclusión: Púerperas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital.

Criterios de exclusión: Atención de parto o cesárea en otra institución hospitalaria.

De conformidad con los objetivos de la investigación, se consideraron como las variables para su estudio:

Los datos demográficos: Edad de la paciente; estado civil; ocupación; nivel educativo; número de gestaciones, partos, cesáreas y abortos; edad gestacional; peso del neonato; tipo de atención obstétrica; complicaciones durante el embarazo, parto, cesárea o el puerperio mediato.

La valoración personal de las respuestas obtenidas al aplicar la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo.

Los factores de riesgo asociados con depresión posparto: embarazo en la adolescencia, embarazo no deseado, bajo nivel educativo y económico; ausencia de estabilidad de pareja o familiar; parto pretérmino; presencia de complicaciones durante el embarazo,

parto, cesárea, o el puerperio mediato; situación de violencia de cualquier índole; antecedentes de depresión de cualquier grado.

El grado de depresión posparto estimado mediante los criterios clínicos establecidos de la evaluación integral.

Las variables a estudiar fueron operacionalizadas para su debida medición (Anexo 1).

Las usuarias en puerperio, atendidas en el hospital fueron entrevistadas por una de las médicos residentes responsables de la investigación, siéndoles explicados los objetivos del estudio clínico, así como en qué consistía el cuestionario que se les iba a realizar, especificando que se trataba de un trabajo de investigación al cual estarían colaborando con su participación.

A las púerperas que decidieron participar voluntariamente en el estudio se les entregó el consentimiento informado para su lectura, comprensión y firma. Posteriormente, se obtuvieron los datos epidemiológicos en la historia clínica y se le solicitó a cada púerpera dar respuesta a las 10 preguntas contenidas en un cuestionario basado en la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo – EDPPE – (Anexo 2). Dicha Escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior, realizándole la evaluación en el puerperio mediato. Para cada una de las 10 preguntas del cuestionario se ofrecen 4 opciones de respuestas cerradas.

Una vez respondido el cuestionario, cada púerpera fue interrogada sobre los factores de riesgo y, luego de una estimación integral junto con el resultado de la EDPPE, en caso de encontrarse evidencias de depresión posparto, se procedió a valorar el grado de severidad del trastorno depresivo aplicando criterios clínicos; esta información se registró mediante un formulario, diseñado para la obtención de los datos demográficos y las respuestas a la entrevista semiestructurada, el cual fue llenado por las responsables de la investigación. A pesar de que los datos obtenidos fueron almacenados en forma anónima para su posterior procesamiento estadístico, en el cuestionario se incluyó el número de historia clínica como un dato de seguridad para la eventual localización de la paciente si fuese necesario, ya que lo más probable es que lo estarían respondiendo al momento de su egreso, como en efecto sucedió.

Se observa que, las 4 opciones que se ofrecen para dar respuesta a cada pregunta del cuestionario han sido categorizadas para asignarles una puntuación de 0, 1, 2 y 3, según el aumento de gravedad del síntoma.

No obstante, para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, y 10, los puntos se deben anotar en orden inverso, es decir, 3, 2, 1, y 0, de acuerdo con la estructuración de las 4 posibles respuestas disponibles para su selección. La puntuación total (puntuación EDPPE) resulta de la suma de los puntos asignados a cada opción de respuesta seleccionada. Una puntuación EDPPE mayor que 10 muestra la probabilidad de una depresión posparto, pero no su gravedad. Se advierte que, cualquier puntuación diferente al cero (0) al valorar la respuesta que se escoja para la pregunta número 10, significa un signo de alarma porque indica pensamientos de autoagresión, que pueden conducir a lesionar al niño, y hasta a conductas suicidas, por lo que, en estos casos es imprescindible hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. Cabe señalar que, la puntuación de la EDPPE está diseñada para orientar al juicio clínico, no para reemplazarlo.

En lo que se refiere al grado de severidad del trastorno depresivo, este se estimó con criterios clínicos apoyados en la evaluación integral de los resultados de la puntuación EDPPE y la ausencia o presencia de factores de riesgo asociados, como se detalla a continuación:

Normal: puntuación EDPPE hasta 5 y ausencia de factores de riesgo.

Leve: puntuación EDPPE hasta 10 y con un factor de riesgo.

Moderado: puntuación EDPPE entre 11 y 20, y con 2 factores de riesgo.

Severo: puntuación EDPPE mayor que 20 y con más de 2 factores de riesgo.

Las mujeres quienes presentaron depresión posparto moderada o severa, así como aquellas en alto riesgo de padecerla posteriormente, fueron canalizadas para evaluación psiquiátrica especializada en nuestro centro, a los fines de verificar el diagnóstico, decidir el tratamiento más adecuado, y efectuar el seguimiento regular imprescindible en estos casos.

Para las mujeres con depresión posparto de carácter leve o en bajo riesgo de presentarla, se les hizo indicaciones sobre medidas generales para la prevención y el manejo del estrés, aconsejándoles que siempre busquen ayuda cuando así lo requieran.

Se calcularon las frecuencias y porcentajes de las variables nominales. La relación de la presencia de depresión posparto y la edad se analizó mediante la prueba gamma. Se consideró un valor estadísticamente significativo si $P < 0,05$. Los datos fueron analizados utilizando el programa EPIDAT 4.

RESULTADOS

El estudio se completó con 249 puérperas que respondieron el cuestionario suministrado, entre las cuales 179 eran adultas (71,8 %) con edades comprendidas entre 20 y 44 años, mientras que 70 eran adolescentes (28,1 %) con edades entre 13 y 19 años. Las edades fluctuaron entre 13 y 44 años, con una media de $23,5 \pm 1,2$ años.

Al evaluar los datos obtenidos se observa una prevalencia de depresión posparto del 84,2 % en las adolescentes y del 81,5 % en las adultas, sin encontrar diferencia significativa al comparar ambos grupos ($P = 0,6128$). (Cuadro 1).

En cuanto a la presencia de depresión posparto en los diferentes grupos de edad, la mayor ocurrencia se observa en las adultas entre las edades de 20–26 años (41 %), seguida por las adolescentes, entre 13–19 años (28,8 %), luego las adultas entre 27–33 años (22,9 %) y, por último, las adultas entre 33–44 años (8,3 %), sin diferencia significativa entre los grupos de edad ($P = 0,7463$). (Cuadro 2)

Considerando el grado de depresión posparto, hubo depresión leve en el 33,9 % de las adolescentes y 66,1 % de las adultas, moderada en el 31,6 % de las adolescentes y 76,9 % de las adultas, y severa en el 13,6 % de las adolescentes y 86,4 % de las adultas, de modo que las adultas tuvieron depresión, ya sea leve, moderada o severa, con mayor frecuencia que las adolescentes, predominando la depresión de grado moderada tanto en las adolescentes como en las adultas.

Cuadro 1

Distribución por ausencia o presencia de depresión posparto (DP) según grupo

Depresión posparto (DP)	Grupo			
	Adolescentes		Adultas	
	n	%	N	%
Sin DP	11	15,7	33	18,4
Con DP	59	84,2	146	81,5
Total	70	100	179	100

$X^2 = 0,2562$ ($P = 0,6128$)

DEPRESIÓN POSPARTO ESCALA DE EDIMBURGO

Cuadro 2

Distribución por rango de edad según ausencia o presencia de depresión posparto (DP)

Edad (años)	Depresión posparto			
	Sin DP		Con DP	
	n	%	n	%
13-19	11	25,0	59	28,8
20-26	17	38,6	84	41,0
27-33	13	29,5	45	22,0
33-44	3	6,8	17	8,3
Total	44	100	205	100

$X^2 = 1,2280$ (P = 0,7463)

Cuadro 3

Distribución por rango de edad según grado de depresión posparto (DP)

Edad (años)	Grado de DP					
	Leve		Moderada		Severa	
	n	%	n	%	n	%
13-19	19	33,9	37	31,6	3	13,6
20-26	25	44,6	52	44,4	7	31,8
27-33	7	12,5	29	24,8	9	40,9
33-44	5	8,9	9	7,7	3	13,6
Total	56	100	127	100	22	100

$X^2 = 9,8419$ (P = 0,1315)

Con respecto a los rangos de edad en relación con el grado de depresión, se encontró que la depresión leve y la depresión moderada fueron más frecuentes entre 20 y 26 años ocupando el 44,6 % y 44,4 % de los casos, respectivamente; mientras que la depresión severa resultó más frecuente entre 27 y 33 años con 40,9 % de los casos. (Cuadro 3).

En cuanto al estado civil en el grupo de adolescentes, la mayoría de quienes presentaron depresión leve y moderada tenían una relación de concubinato, con 68,4 % y 51,3 %, respectivamente, mientras que la totalidad (100 %) de las que presentaron depresión severa eran solteras. (Cuadro 4).

En el grupo de adultas, la relación de concubinato predominó en todos los grados de depresión (leve 69,6 %, moderada 60 %, y severa 66,6 %). (Cuadro 5).

En lo referente a la ocupación, las adolescentes con depresión leve estaban dedicadas a oficios del hogar o eran estudiantes en 52,6 % y 47,3 %, respectivamente; con depresión moderada eran estudiantes o dedicadas a oficios del hogar en 43,2 % y 37,8 %, respectivamente; y con depresión severa el 33,3 % eran estudiantes y 33,3 % estaban dedicadas a oficios del hogar. (Cuadro 6).

Asimismo, las adultas con depresión leve estaban dedicadas a oficios del hogar en el 45,9 % de los casos y 18,9 % eran estudiantes; con depresión moderada 72,2 % estaban dedicadas a oficios del hogar y 8,8 % eran estudiantes; con depresión severa el 47,3 % estaban dedicadas a oficios del hogar, repartiéndose el resto entre diversas ocupaciones. (Cuadro 7).

Con respecto al número de gestaciones, las adolescentes primigestas tuvieron la mayor incidencia de depresión leve (73,6 %), seguidas por aquellas con

depresión severa (66,6 %) o moderada (64,8 %). Las segundigestas (II G) tuvieron depresión leve (26,3 %), moderada (21,6 %) o severa (33,3 %). (Cuadro 8).

En cuanto a las adultas, las que tuvieron depresión leve eran tercigestas (III G) en el 32,4 % de los casos, segundigestas en el 27 % y primigestas en el 29,7 %; las que tuvieron depresión moderada eran segundigestas en el 36,6 % de los casos, tercigestas en el 25,5 %, IV gestas o más gestaciones en el 22,2 % y primigestas en el 15,5 %; con depresión severa 36,8 % eran segundigestas y 31,5 % eran multigestas (IV G o más), las demás eran primigestas o tercigestas. (Cuadro 9).

Al considerar el tipo de atención obstétrica en el grupo de las adolescentes, para aquellas atendidas por parto, se encontró un 73,6 % de depresión leve, 70,2 % de depresión moderada y 66,6 % de depresión severa; mientras que para las atendidas por cesárea, se encontró un 26,3 % de depresión leve, 29,7 % de depresión moderada y 33,3 % de depresión severa. (Cuadro 10).

Para el grupo de adultas, quienes tuvieron depresión leve 64,8 % fueron atendidas por parto y 35,1 % por cesárea; con depresión moderada 51,1 % fueron atendidas por parto y 48,8 % por cesárea; con depresión severa 64,8 % fueron atendidas por parto y 35,1 % por cesárea. (Cuadro 11).

Al evaluar los factores de riesgo asociados con la depresión posparto se encontró que 47,8 % de las adolescentes y 30,7 % de las adultas manifestaron un embarazo no deseado, siendo este el factor más frecuente, seguido por las complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio con 24,6 % en las adolescentes y 20,7 % en las adultas. Hubo antecedentes depresivos en 20,3 % de las adultas

Cuadro 4

Distribución por estado civil del grupo de adolescentes según condición de depresión posparto (DP)

Estado civil	Sin DP		Depresión posparto - Adolescentes				DP Severa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Soltera	2	18,1	6	31,5	18	48,6	3	100
Concubinato	9	81,7	13	68,4	19	51,3	-	-
Total	11	100	19	100	37	100	3	100

Cuadro 5

Distribución por estado civil del grupo de adultas según condición de depresión posparto (DP)

Estado civil	Sin DP		Depresión posparto - Adultas				DP Severa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Soltera	4	12,1	11	29,7	23	25,5	6	31,5
Concubinato	23	69,6	23	62,1	60	66,6	9	47,3
Casada	5	15,1	3	8,1	6	6,6	2	10,5
Divorciada o viuda	1	3,0	-	-	1	1,1	2	10,5
Total	33	100	37	100	90	100	19	100

Cuadro 6

Distribución por ocupación del grupo de adolescentes según condición de depresión posparto (DP)

Ocupación	Sin DP		Depresión posparto - Adolescentes				DP Severa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estudiante	4	36,3	9	47,3	16	43,2	1	33,3
Oficios del hogar	7	63,6	10	52,6	14	37,8	1	33,3
Otra	-	-	-	-	7	18,9	1	33,3
Total	11	100	19	100	37	100	3	100

Cuadro 7

Distribución por ocupación del grupo de adultas según condición de depresión posparto (DP)

Ocupación	Sin DP		Depresión posparto - Adultas				DP Severa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estudiante	3	9,0	7	18,9	8	8,8	1	5,2
Oficios del hogar	15	45,4	17	45,9	65	72,2	9	47,3
Obrera	1	3	3	8,1	2	2,2	2	10,5
Empleada	5	15,1	2	5,4	3	3,3	2	10,5
Profesional	8	24,2	4	10,8	5	5,5	1	5,2
Otra	1	3,0	4	10,8	7	7,7	4	21
Total	33	100	37	100	90	100	19	100

DEPRESIÓN POSPARTO ESCALA DE EDIMBURGO

y solo 2,8 % de las adolescentes. El 11,5 % de las adolescentes carecen de apoyo de la pareja o familiar, 8,6 % tienen bajo nivel económico, 2,8 % tienen bajo nivel educativo, y 1,4 % han vivido situaciones de violencia. En lo que se refiere a las adultas, 6,5 % carecen de apoyo de la pareja o familiar, 11,5 % tienen bajo nivel educativo, 5,5 % han vivido situaciones de violencia y 4,6 % tienen bajo nivel económico (Cuadro 12).

DISCUSIÓN

Diversos estudios clínicos muestran cifras variables de prevalencia de depresión en el posparto. En algunas comunidades latinoamericanas se han encontrado valores superiores al 20 % (3). Varios autores han encontrado una prevalencia de depresión posparto que oscila entre el 10 % y el 20 % de las

Cuadro 8

Distribución por N° de gestaciones del grupo de adolescentes según condición de depresión posparto (DP)

N° de gestaciones	Sin DP		Depresión posparto - Adolescentes				DP Severa	
	n	%	DP Leve		DP Moderada		n	%
			n	%	n	%		
I	7	63,3	14	73,6	24	64,8	2	66,6
II	4	36,6	5	26,3	8	21,6	1	33,3
III	-	-	-	-	4	10,8	-	-
IV o +	-	-	-	-	1	2,7	-	-
Total	11	100	19	100	37	100	3	100

Cuadro 9

Distribución por N° de gestaciones del grupo de adultas según condición de depresión posparto (DP)

N° de gestaciones	Sin DP		Depresión posparto - Adultas					
	n	%	Leve		Moderada		Severa	
			n	%	n	%	n	%
I	11	33,3	11	29,7	14	15,5	3	15,7
II	9	27,2	10	27,0	33	36,6	7	36,8
III	7	21,2	12	32,4	23	25,5	3	15,7
IV o +	6	18,1	4	10,8	20	22,2	6	31,5
Total	33	100	37	100	90	100	19	100

Cuadro 10

Distribución por tipo de atención obstétrica del grupo de adolescentes según condición de depresión posparto (DP)

Tipo de atención obstétrica	Sin DP		Depresión posparto - Adolescentes				Severa	
	n	%	Leve		Moderada		n	%
			n	%	n	%		
Parto	8	72,7	14	73,6	26	70,2	2	66,6
Cesárea	3	27,2	5	26,3	11	29,7	1	33,3
Total	11	100	19	100	37	100	3	100

Cuadro 11

Distribución por tipo de atención obstétrica del grupo de adultas según condición de depresión posparto (DP)

Tipo de atención obstétrica	Depresión posparto - Adultas							
	Sin DP		Leve		Moderada		Severa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Parto	18	54,5	24	64,8	46	51,1	12	63,1
Cesárea	15	45,4	13	35,1	44	48,8	7	36,8
Total	33	100	37	100	90	100	19	100

Cuadro 12

Distribución por los factores de riesgo según grupos con depresión posparto (DP)

Factor de riesgo	Adolescentes		Adultas	
	n	%	n	%
Embarazo no deseado	33	47,8	80	30,7
Sin apoyo de pareja o familiar	8	11,5	17	6,5
Bajo nivel económico	6	8,6	12	4,6
Antecedentes depresivos	2	2,8	53	20,3
Situación de violencia	1	1,4	14	5,3
Bajo nivel educativo	2	2,8	30	11,5
Complicaciones en el embarazo, parto o puerperio	17	24,6	54	20,7
Total	69	100	260	100

puérperas (12). Mientras que algunos autores han informado cifras de prevalencia por encima de 30 % en madres adolescentes (6-8,13). Según datos suministrados por Alvarado y col. (19), quien en un estudio realizado en Durango (México, 2010) encontró una prevalencia general de 32,6 % de depresión posnatal y consideró que esa prevalencia era una de las más altas informadas en el mundo al observar que era superior a las indicadas para mujeres de Estados Unidos (11,7 % a 20,4 %), América del Sur (20,7 %), Europa (6,1 a 16,8 %) y África (13,2 %). Álvarez y col. (25) señalan que la depresión posparto tiene una frecuencia a nivel mundial del 8 % al 25 % mientras que en México el Instituto Nacional de Perinatología (INP), reportó en el año 2001 una prevalencia del 21,7 % de depresión posparto. Lartigue y col. (26) cita que en Brasil (2008), una encuesta llevada a cabo en 240 mujeres, encontró una prevalencia de 19 %. La amplia diferencia entre los datos de prevalencia de depresión posparto informados en varios estudios

clínicos se debe a la falta de uniformidad en los criterios clínicos para realizar el diagnóstico, la variabilidad en el momento cuando se ha hecho la evaluación correspondiente, y la diversidad en la clasificación de los tipos de depresión posparto.

En un estudio llevado a cabo en México por Vargas y García (10) en 2009 se informó que el 90 % de la población estudiada presentaba depresión posparto. Urdaneta y col. (5), en Maracaibo (2010) aplicando la EDPPE informó de una prevalencia con los resultados iniciales positivos a la prueba del 91 %. Estos resultados son compatibles con los datos obtenidos en esta investigación donde hubo una prevalencia de depresión posparto en el puerperio mediano de 84,2 % en las adolescentes y de 81,5 % en las adultas, sin diferencia significativa entre ambos grupos ($P=0,6128$). Asimismo, aun cuando la corta edad materna se ha asociado con depresión posnatal en diversas investigaciones, en el estudio de Alvarado y col. (19) de manera similar al nuestro, tampoco hubo

diferencia significativa en la prevalencia de depresión entre las mujeres de 20 años o menores, y las mujeres de más de 20 años de edad.

La alta prevalencia de depresión posparto encontrada en la presente investigación puede ser explicada debido a que, dadas las características del estudio realizado, fueron utilizados para la evaluación criterios clínicos basados en la combinación del puntaje obtenido de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo y la presencia de factores de riesgo asociados, sin que se hayan aplicado criterios de diagnóstico específicos para depresión, como lo es el DSM-IV (Manual de diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales). Sin embargo, es de saber que, la Escala de Edimburgo solo es orientadora con respecto al juicio clínico y que la presencia de factores de riesgo asociados solo evidencia la probabilidad de ocurrencia de la depresión posparto sin que determinen su ocurrencia. De tal manera que, en realidad se puede considerar que la valoración de los diferentes grados de depresión posparto aplicada tiene un carácter de estimación más que de un diagnóstico concluyente. En tal sentido, los resultados obtenidos permitieron detectar numerosos casos de púerperas con riesgo de presentar depresión posparto o de desarrollarla posteriormente, los cuales de otro modo hubieran podido pasar clínicamente desapercibidos.

Asimismo, hay que tomar en cuenta que una gran parte de los trastornos del estado de ánimo que se presentan en la mujer tras el parto, sobre todo durante el puerperio reciente, son de muy poca intensidad y desaparecen espontáneamente en corto tiempo, correspondiendo a la denominada “melancolía o tristeza posparto”, la cual es considerada como una parte normal del comienzo de la maternidad, siendo atribuido este hecho a varias razones tales como la enorme responsabilidad que para la madre implica la atención del recién nacido, cansancio, situaciones estresantes, sentirse abrumada porque “le falta tiempo”, sentirse confundida, o incertidumbre por el futuro, entre otras. Por tanto, solo puede catalogarse como enfermedad que requiere de atención médica a la depresión posparto cuando la sintomatología alcanza una intensidad de grado moderada o severa.

En lo que se refiere a los factores de riesgo, Vargas y García (10) mencionan que el número de partos se ha sugerido como 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. Los resultados de nuestro estudio lo confirman

adicionalmente como un factor contribuyente para la depresión posnatal, tal como ocurrió en las adolescentes primigestas, aunque en adultas fueron las segundigestas quienes tuvieron mayor tendencia a presentar depresión posparto.

Alvarado y col. (19) señalan en su estudio que la baja educación y el bajo ingreso económico fueron factores importantes asociados con la prevalencia y la gravedad de la depresión posnatal. En nuestro estudio los factores de riesgo más frecuentes fueron el embarazo no deseado y las complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio. Mediante un estudio realizado en Chile en 2012, Dois y col. (27) afirma que, pese a que se han descrito una serie de factores asociados, no es posible distinguir una causa única que explique la ocurrencia de DP, por lo que se sostiene su etiología multifactorial.

Los resultados de nuestra investigación, a pesar de que solo pueden referirse a la muestra estudiada, y no pueden ser generalizados a la población de mujeres en el puerperio mediato, pues se requiere una investigación más amplia, permiten afirmar que el fenómeno de la depresión posparto es real y ocurre en nuestro contexto social, siendo un problema clínico que merece atención, debido a que se evidencia que muchos casos de depresión posparto no son detectados o diagnosticados oportunamente, y por tanto, tampoco son tratados. La depresión posparto puede ser diagnosticada la mayoría de las veces cuando el médico que le atiende hace las preguntas apropiadas a la madre deprimida y está dispuesto a escuchar sus respuestas, dentro de un clima mínimo de confianza entre ambos y que la situación sea valorada en el contexto adecuado. Por tanto, es necesario que el obstetra, el pediatra, e incluso el médico general, estén familiarizados con la depresión posparto, que aprendan a reconocerla, que entiendan sus causas y estrategias de ayuda, así como la importancia de la intervención temprana para la madre y para el recién nacido, en la que también deben participar el esposo o compañero y el resto de la familia. Además, el profesional de salud debe ayudar a la futura o nueva madre a no estar aislada de la compañía de otras personas queridas, parientes o amigos. Es necesario que ella tenga alguien con quien hablar de sus sentimientos, experiencias, temores e incertidumbre, sin ser indebidamente criticada.

Una vez analizada la información obtenida mediante la presente investigación y de conformidad con los objetivos planteados se concluyó lo siguiente:

La prevalencia de depresión posparto en el puerperio mediato fue de 84,2 % en las adolescentes y de 81,5 % en las adultas, sin observar diferencia

significativa entre ambos grupos ($P = 0,6128$), resultados obtenidos conforme a las condiciones propias del estudio realizado.

En el grupo de edad entre 20 y 26 años ocurrió la mayor incidencia de depresión posparto (41 %), seguido por las adolescentes (13 a 19 años) con 28,8 %.

Con respecto al grado de depresión posparto en las púerperas, se observa que predominó la depresión moderada, tanto en las adolescentes como en las adultas.

Las adolescentes primigestas presentaron la mayor incidencia de depresión posparto de cualquier grado, mientras que las adultas primigestas fueron más propensas a la depresión leve y las secundigestas a depresión moderada y severa.

En cuanto al tipo de atención obstétrica, tanto las adolescentes como las adultas atendidas por parto fueron más afectadas por depresión posparto de cualquier grado.

El embarazo no deseado fue el factor de riesgo para la depresión posparto observado con más frecuencia, tanto para las adolescentes (47,8 %) como para las adultas (30,7 %), seguido por las complicaciones en el embarazo, parto o puerperio en ambos grupos.

Se comprobó la utilidad práctica de la EDPPE al ser utilizada como herramienta para la detección de muchos casos con riesgo de depresión posparto que de otro modo pudieron haber pasado clínicamente desapercibidos.

La posibilidad de depresión posparto no debe ser subestimada en ningún caso cuando coincidan dos o más factores de riesgo, a pesar de que la púerpera no evidencie síntomas depresivos o haya resultado con baja puntuación al practicarle el cuestionario de Edimburgo. Siempre debe resaltarse que los antecedentes depresivos en cualquier ocasión constituyen un significativo factor de riesgo para la depresión posparto.

No obstante que, los principales factores de riesgo hayan sido identificados la posibilidad de prevenir la ocurrencia de depresión posparto depende de una intervención oportuna en las mujeres con alto riesgo de padecerla.

Entre las medidas más valiosas y efectivas, tanto para evitar como para combatir la depresión posparto, caben destacar el apoyo de la pareja y familiares cercanos, la comunicación y evitar el aislamiento manteniendo relaciones sociales apropiadas.

De modo que, se considera hacer las siguientes recomendaciones:

Promover que las mujeres, tanto durante el embarazo como durante el puerperio, reciban

información específica respecto a la depresión posparto con fines preventivos, suministrándoles material educativo como una guía sobre la depresión posparto.

Realizar talleres o cursos de corta duración sobre depresión posparto, incluyendo los temas de síntomas, grados de severidad, manejo terapéutico, factores de riesgo y prevención, los cuales estén dirigidos a las gestantes y a las púerperas, con receptividad para la asistencia de la pareja y familiares cercanos que convivan con la usuaria interesada facilitando así que se tome conciencia colectiva sobre la importancia de este problema de salud materna.

Incluir la EDPPE en la evaluación general de las madres durante el puerperio, como un requisito previo a su egreso hospitalario, lo que contribuirá de manera importante, tanto a la prevención como a la detección precoz de la depresión posparto.

Incorporar a todo el equipo de salud involucrado en la atención de las madres, incluyendo médicos, enfermeras y demás personal paramédico, en la tarea de realizar la detección temprana de los síntomas precursores de depresión posparto, y sobre todo cuando existan signos de alarma indicativos de un cuadro severo, con el fin de orientarlas debidamente según el caso.

Insistir en que, desde el punto de vista clínico, se utilicen todas las oportunidades para realizar el diagnóstico y el manejo adecuado de la depresión posparto, diferenciando la depresión leve de la verdadera enfermedad depresiva desarrollada en el período posnatal. En tal sentido, se sugiere aprovechar las consultas obstétricas de control prenatal y posnatal, así como las consultas de puericultura y pediatría, con ese propósito.

Proponer la formación de grupos de ayuda para las madres durante el posparto en los servicios de obstetricia en los cuales, con asistencia profesional, puedan compartir sus experiencias, hablar de sus sentimientos, temores e incertidumbre, sin ser criticadas o juzgadas como una persona problemática.

REFERENCIAS

1. Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(4):491-498.
2. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective

DEPRESIÓN POSPARTO ESCALA DE EDIMBURGO

- study. *J Affect Disord.* 2008;108:147-157.
3. Latorre JF, Contreras LM, García S, Arteaga J. La depresión posparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2006;57(3):156-162.
 4. Martínez P, Romano K. Depresión en adolescentes embarazadas. *Enseñ Invest Psicol.* 2009;14(2):261-274.
 5. Urdaneta J, Rivera A, 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(5):312-320.
 6. Tejada EY, Morillo H, Orbe L, Pérez M. Depresión post-parto en madres adolescentes. *Rev Med Dom.* 2002;63(2):127-129.
 7. Wolff C, Valenzuela P, Esteffan K, Zapata D. Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2009;74(3):151-158.
 8. Paima RJ, Vásquez RI. Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión posparto en postcesareadas adolescentes en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Tesis para optar al título de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. E.A.P. de Obstetricia. 2011, Lima, Perú. [Versión en línea]. Disponible en http://Sisbib.Unmsm.Edu.Pe/Bibvirtualdata/Tesis%20para%20marcaci%C3%B3n%20%28para%20Inform%C3%A1tica%29/2011/paima_pr/paima_pr.pdf. Consultado: 14/10/2012.
 9. Ceballos I, Sandoval L, Jaimes E, Medina G, Madera J, et al. Depresión durante el embarazo. *Epidemiología en mujeres mexicanas.* *Rev Med Inst Mex Seg Soc.* 2010;48(1):71-74.
 10. Vargas JE, García M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología. 2009;3(1):11-18.
 11. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según la Escala de Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2007;67(3):187-191.
 12. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Rev Fac Med UNAM.* 2006;49(2):66-72.
 13. Evans G, Vicuña M, Marín R. Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2003;68(6):491-494.
 14. Rioseco V, Saldivia, Kohn, Torres. *Obstetricia y Ginecología. Depresión en puérperas.* 2008.
 15. Oviedo GF, Jordán V. Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica.* 2006;47(2):131-140.
 16. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgo. Obtenido de la *British Journal of Psychiatry* Junio, 1987, Vol. 150. [Versión en línea]. Disponible en: http://www.state.nj.us/health/fhs/postpartumdepression/pdf/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf. Consultado: 14/10/2012.
 17. 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):851-858.
 18. 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(2):102-112.
 19. Alvarado C, Sifuentes 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.
 20. Trejo H, Torres J, Medina M, Briones JC, Meneses J. Depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un hospital perinatal. *Rev Mex Pediatr.* 2009;76(1):9-12.
 21. 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):115-118.
 22. Bolzán C, Kunzi I, Cellerino R, Franzini C, Mendieta D. Maternidad adolescente y depresión posparto. [Versión en línea]. [Http://www.revistadeapra.org.ar/pdf/Junio_11/MaternidadAdolescente.pdf](http://www.revistadeapra.org.ar/pdf/Junio_11/MaternidadAdolescente.pdf). Consultado: 14/10/2012.
 23. Arbat A, Danés I. Depresión posparto. *Med Clin (Barc).* 2003;121(17):673-675.
 24. Castillo M. Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión posparto: Comentario de la BSR (Última revisión: 24 de septiembre de 2007). Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Versión en línea]. Consultado: 14/10/2012. Disponible en: http://Apps.Who.Int/Rhl/Pregnancy_Childbirth/Care_After_Childbirth/Mgccom/Es/Index.Html.
 25. Álvarez A, Ponce ER, Irigoyen A. Frecuencia de depresión posparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México. *Arch Med Fam.* 2008;10(4):133-136.
 26. Lartigue T, Maldonado JM, González I, Saucedo JM. Depresión en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum.* 2008;22:111-130.
 27. Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Rev Med Chile.* 2012;140(6):719-725.

ANEXO 1

Cuadro de operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítem	
Datos demográficos	Características relativas al grupo de puérperas	- Edad de la paciente	Datos de la Historia Clínica	
		- Estado civil		
		- Ocupación		
		- Nivel educativo		
		- N° de gestaciones		
		- Paridad/cesáreas		
		- Abortos		
		- Edad gestacional		
		- Peso del neonato		
Depresión posparto	Valoración personal (Cuestionario EDPPE)	- Percepción de la puérpera en la última semana	1-10	
		- Embarazo no deseado	1	
		- Ausencia apoyo por la pareja o familiar	2	
	Factores de riesgo (Formulario de datos)	- Bajo nivel económico	3	
		- Antecedentes depresivos	4 y 5	
		- Situación de violencia	6	
		- Adolescencia	7	
		- Bajo peso del neonato	7	
		- Bajo nivel educativo	7	
		- Complicaciones pre- o posnatales	7	
		Grado	- Carácter de severidad del trastorno depresivo	Criterios clínicos

ANEXO 2

Escala de Depresión Posparto de Edimburgo

N° de Control: _____

Fecha: _____

Instrucciones

- Este es un cuestionario de carácter anónimo para conocer cómo se ha sentido usted que acaba de tener a su bebé.
- Por favor, responda TODAS las preguntas marcando en cada una, entre las cuatro posibles respuestas, la que más se acerque a cómo se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.
- En caso de tener alguna duda consulte con la persona responsable del cuestionario.

Preguntas

- | | | |
|---|--|---|
| <p>1. ¿He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas?
Tanto como siempre ____
No tanto ahora ____
Mucho menos ____
No, no he podido ____</p> | <p>4. ¿He estado ansiosa y preocupada sin motivo?
No, para nada ____
Casi nada ____
Sí, a veces ____
Sí, a menudo ____</p> | <p>Sí, la mayoría de las veces ____
Sí, a veces ____
No, nada ____</p> |
| <p>2. ¿He mirado el futuro con placer?
Tanto como siempre ____
Algo menos de lo que solía hacer ____
Definitivamente menos ____
No, nada ____</p> | <p>5. ¿He sentido miedo y pánico sin motivo alguno?
Sí, bastante ____
Sí, a veces ____
No, no mucho ____
No, nada ____</p> | <p>8. ¿Me he sentido triste y desgraciada?
Sí, casi siempre ____
Sí, bastante a menudo ____
No muy a menudo ____
No, nada ____</p> |
| <p>3. ¿Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien?
Sí, la mayoría de las veces ____
Sí, algunas veces ____
No muy a menudo ____
No, nunca ____</p> | <p>6. ¿Las cosas me oprimen o agobian?
Sí, la mayor parte de las veces ____
Sí, a veces ____
No, casi nunca ____
No, nada ____</p> | <p>9. ¿He sido tan infeliz que he estado llorando?
Sí, casi siempre ____
Sí, bastante a menudo ____
Solo en ocasiones ____
No, nunca ____</p> |
| | <p>7. ¿Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir?</p> | <p>10. ¿He pensado en hacerme daño a mí misma?
Sí, bastante a menudo ____
A veces ____
Casi nunca ____
No, nunca ____</p> |

DEPRESIÓN POSPARTO ESCALA DE EDIMBURGO

MODELO PARA LA PUNTUACIÓN DE LAS RESPUESTAS AL CUESTIONARIO - EDPPE

Pregunta – Respuesta - Puntos	
1. ¿He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas? Tanto como siempre: 0 No tanto ahora: 1 Mucho menos: 2 No, no he podido: 3	6. ¿Las cosas me oprimen o agobian? Sí, la mayor parte de las veces: 3 Sí, a veces: 2 No, casi nunca: 1 No, nada: 0
2. ¿He mirado el futuro con placer? Tanto como siempre: 0 Algo menos de lo que solía hacer: 1 Definitivamente menos: 2 No, nada: 3	7. ¿Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir? Sí, la mayoría de las veces: 3 Sí, a veces: 2 No muy a menudo: 1 No, nada: 0
3. ¿Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien? Sí, la mayoría de las veces: 3 Sí, algunas veces: 2 No muy a menudo: 1 <small>No, nunca: 0</small>	8. ¿Me he sentido triste y desgraciada? Sí, casi siempre: 3 Sí, bastante a menudo: 2 No muy a menudo: 1 No, nada: 0
4. ¿He estado ansiosa y preocupada sin motivo? No, para nada: 0 Casi nada: 1 Sí, a veces: 2 Sí, a menudo: 3	9. ¿He sido tan infeliz que he estado llorando? Sí, casi siempre: 3 Sí, bastante a menudo: 2 Solo en ocasiones: 1 No, nunca: 0
5. ¿He sentido miedo y pánico sin motivo alguno? Sí, bastante: 3 Sí, a veces: 2 No, no mucho: 1 No, nada: 0	10. ¿He pensado en hacerme daño a mí misma? Sí, bastante a menudo: 3 A veces: 2 Casi nunca: 1 No, nunca: 0

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dos médicas residentes del posgrado de Obstetricia y Ginecología, están realizando una investigación clínica titulada “Depresión posparto valorada mediante la Escala de Edimburgo en el Hospital `Dr. José Gregorio Hernández´ de Caracas”, cuyo objetivo es detectar la depresión posparto para conocer su prevalencia, en la que estoy siendo invitada a participar, para lo cual responderé en forma anónima un cuestionario basado en la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo.

Se me ha informado claramente que, en caso de no participar en el estudio propuesto, eso en nada afectará la atención que recibiré.

Yo, _____, C.I. N°: _____, edad: ____ años y número de historia clínica: _____, manifiesto en forma voluntaria mi aceptación para participar en esta investigación, de la cual me fueron explicados sus objetivos, así como los procedimientos a seguir, siendo respondidas mis preguntas al respecto.

Caracas, _____ (fecha).

Firma de la paciente Firma del médico