



UNIVERSIDAD DE CARABOBO SEDE ARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA "DR WITREMUNDO TORREALBA"
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



**DEPRESIÓN POSTPARTO SEGÚN LA ESCALA DE EDIMBURGO EN
PACIENTES PUÉRPERAS. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY
FEBRERO–AGOSTO 2016**

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Especialista en Obstetricia y
Ginecología

Autor: Dra. Maria Alejandra Rojas
Tutor: Dr. Luis Rodríguez

Maracay, Noviembre 2016



UNIVERSIDAD DE CARABOBO SEDE ARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA "DR WITREMUNDO TORREALBA"
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



**DEPRESIÓN POSTPARTO SEGÚN LA ESCALA DE EDIMBURGO EN
PACIENTES PUÉRPERAS. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY
FEBRERO–AGOSTO 2016**

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Especialista en Obstetricia y
Ginecología

Autor: Dra. Maria Alejandra Rojas

Tutor: Dr. Luis Rodríguez

Maracay, Noviembre 2016



UNIVERSIDAD DE CARABOBO SEDE ARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA "DR WITREMUNDO TORREALBA"
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY



DEPRESIÓN POSTPARTO SEGÚN LA ESCALA DE EDIMBURGO EN PACIENTES PUÉRPERAS. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY FEBRERO – AGOSTO 2016

Autor: Dra. María Alejandra Rojas
Tutor: Dr. Luis Rodríguez

RESUMEN

El puerperio constituye uno de los períodos de mayor vulnerabilidad psíquica para la mujer debido a diversos factores que determinan un alto riesgo de desarrollar trastornos depresivos. La depresión postparto consiste en el desarrollo de un conjunto de signos y síntomas que aparecen durante las primeras cuatro a seis semanas luego del parto y su estudio es importante por las consecuencias que esto pueda traer en cuanto al disfrute de la maternidad, el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares. Por lo que se plantea determinar la prevalencia de riesgo para depresión postparto según la Escala de Edimburgo en puérperas del Hospital Central de Maracay febrero-agosto 2016. La investigación fue de tipo cuantitativa, descriptiva-correlacional, diseño de campo y corte transversal. Los datos se recogieron en un instrumento, se agruparon en tablas con el programa Excel 2010, para su posterior análisis con el paquete estadístico SPSS v20.0 para cálculos de frecuencia absoluta y relativa. Resultados: la prevalencia de riesgo para depresión postparto fue de 17,65%; el estado civil soltera (100%), apoyo afectivo solo por parte de la familia (50%), contar recursos económicos insuficientes (58,33%), así como el antecedente de aborto (25%), patologías de base (41,67%), trastorno mental previo (25%) e historia familiar de enfermedad mental (25%), fueron las variables estadísticamente significativas asociadas al riesgo de sufrir depresión postparto. Poseer estudios de primaria, embarazo no planificado y haber finalizado a término y por parto fueron algunas de las características descritas en el grupo de puérperas con riesgo.

Palabras Claves: Depresión postparto, Escala de Edimburgo, puerperio.

**POSTPARTUM DEPRESSION ACCORDING TO THE EDIMBURG SCALE IN
PATIENTS IN PUERPERIUM PERIOD. MARACAY CENTRAL HOSPITAL
FEBRUARY–AUGUST 2016**

Autor: Dra. María Alejandra Rojas

Tutor: Dr. Luis Rodríguez

ABSTRACT

Postpartum depression is characterized by a group of signs and symptoms starting in the first 4 to 6 weeks after delivery. This study is important due to the future consequences on maternity role, child development and deterioration of conjugal and familial relationship. For this reason the main objective is to determine the prevalence of the risk to develop postpartum depression using The Edinburgh Postnatal Depression Scale on postpartum patients from the Central Hospital of Maracay between February-August 2016. This study was quantitative type, descriptive-correlational and cross-sectional design. The data was recollected through an instrument, grouping into tables using Excel 2010 to further analysis with SPSS v20.0 statistical program to calculate the absolute and relative frequency. Results: the prevalence for the risk to acquire postpartum depression was 17,65%, marital status single (100%), emotional support from family only (50%), have insufficient economic resources (58,33%), previous history of abortion (25%), base pathologies (41,67%), previous history of mental illness (25%), family history of mental illness (25%), which were the variable statistically significant associated for risk to develop postpartum depression. Primary education, unplanned pregnancy and have come to term and birth, were some of the characteristics described in group of patients at risk.

Key words: Postpartum depression, Edinburgh Scale, puerperium.

INTRODUCCION

Hasta mediados de la década de los 80 del siglo pasado, prevaleció la idea de que la maternidad, particularmente el embarazo, se asociaba casi invariablemente a un estado de bienestar emocional y ausencia de patología mental. Se sabía, por supuesto, que las enfermas psiquiátricas se podían embarazar y que las puérperas eran algo más vulnerables, pero predominaba el concepto de que la gestante no padecía de afecciones psíquicas. Sin embargo, en los años posteriores surgió el interés a nivel mundial por determinar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en las gestantes y puérperas (1) dado que los trastornos depresivos pueden presentarse en cualquier momento de la vida de la mujer, desde la infancia hasta la vejez, pero son más frecuentes en la etapa de su vida reproductiva (2).

Hoy en día se sabe que el embarazo y el puerperio son períodos de mayor vulnerabilidad psíquica para la mujer. La depresión probablemente es la enfermedad materna más frecuente en el postparto y se estima que afecta a un 13% de las mujeres, es decir, una de cada ocho mujeres en el postparto (3,4) y hasta un 26% si se trata de madres adolescentes (4). La incidencia de depresión postparto varía ampliamente de acuerdo a patrones socioculturales, a la forma de medición, al momento de evaluación y a los criterios diagnósticos utilizados. Se registran cifras de 22% en Chile (5), 20,7% Brasil, 22% en México, 17,8% Estados Unidos, 13% Reino Unido y 5,5% en mujeres puérperas de China (6) y 13% en españolas (4). Aunque resulta difícil determinar la prevalencia real de la depresión posparto, puede aceptarse que la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las puérperas, con una prevalencia tres veces más alta en los países vías en desarrollo que en los países desarrollados, siendo más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico bajo. (7)

Durante el puerperio suceden una serie de cambios hormonales, físicos, psicológicos y sociales que determinan un alto riesgo de desarrollar trastornos depresivos, debido también a un gran número de factores ambientales generadores de estrés como son la lactancia, la asunción del papel de madre y las transformaciones en la relación de pareja y en la estructura familiar que trae consigo este periodo (2). Estos eventos

comportan considerables repercusiones tanto para la propia mujer, que ve mermado su nivel de salud y su capacidad para experimentar el gozo de la maternidad, como por los posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares (8).

La Depresión Postparto consiste en el desarrollo de un episodio depresivo mayor durante las primeras cuatro a seis semanas postparto. Según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) el síndrome de depresión mayor se caracteriza por: humor depresivo o irritable, marcada disminución del interés o placer en las actividades habituales, aumento o disminución del apetito, insomnio o hipersomnias, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de desvalorización o culpa excesiva, falta de concentración y pensamientos recurrentes de muerte e ideación suicida. La depresión postparto suele tener una duración de seis a nueve meses, aunque se han detectado la persistencia de algunos síntomas hasta uno o dos años después (9). El diagnóstico es eminentemente clínico y se realiza mediante la exploración detallada de signos y síntomas en el contexto de la entrevista clínica (2). Los síntomas deben persistir durante al menos dos semanas, alcanzando su intensidad máxima entre las 8 y las 12 semanas después del parto (1). Sin embargo, hay que tener en cuenta que algunos síntomas de depresión mayor, como las alteraciones del sueño o del apetito, la fatiga y la disminución de la libido se consideran normales en el postparto. A pesar de que en esta etapa es natural la alteración del ritmo de sueño por atender a las necesidades del lactante, el insomnio sigue siendo un marcador del trastorno depresivo, puesto que las madres deprimidas no logran dormir ni siquiera cuando sus hijos están dormidos (3).

Es de gran importancia diferenciar esta patología de la disforia puerperal, también conocida como tristeza postparto o maternity blues, la cual no es considerada un trastorno propiamente dicho, ya que ocurre en la gran mayoría de las pacientes (60-80%) y se caracteriza por ansiedad, labilidad emocional y llanto inmotivado y

angustiado que aparece entre la primera y segunda semana después del parto y cede espontáneamente, por lo que no requiere de tratamiento (9).

Por otra parte, se ha visto que la depresión postparto aumenta la probabilidad de presentar problemas con la lactancia; demorando su inicio, disminuyendo su duración y dificultando la exclusividad (10), por lo tanto las madres deprimidas interactúan menos con sus hijos, alterándose la comunicación y disminuyendo la estimulación del niño, es decir, la depresión dificulta la maternidad y la crianza. Los hijos de madres con depresión postparto tienen más probabilidades de presentar alteraciones del desarrollo psicomotor, problemas de conducta y peor rendimiento cognitivo que los hijos de mujeres que no la padecen (3,10).

La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo y/o el postparto es importante por su morbilidad, consecuencias y posibles complicaciones, lo que ha llevado a que en los últimos años se haya intentado optimizar el diagnóstico y proveer tratamientos tempranos y eficientes para estos. Al respecto, se han diseñado varias escalas para el tamizaje de esta patología, entre las cuales se encuentra la Escala de depresión postparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) (7), desarrollada en 1987 para detectar síntomas depresivos y depresión clínica específicamente en mujeres puérperas buscando discriminar aquellos síntomas propios de la gestación de los asociados a la depresión (6). El test se puede usar entre las 6 y 8 semanas posterior al parto, debido a que la máxima incidencia de depresión que se reporta es a los 2 meses de finalizada la gestación, periodo en el cual los síntomas atribuibles a un proceso adaptativo normal disminuyen (10,11). Esta escala consta de diez preguntas cortas, autoaplicadas, que determinan cómo se han sentido las madres en la última semana. La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estos ítems incluyen la disforia, 2 ítems están relacionados con la ansiedad, 1 con sentimiento de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultad de concentración (12). Cada una de las respuestas es valorada de 0 a 3; obteniendo una puntuación final con un rango de 0 a 30 puntos (8). Un puntaje mayor a 10 es considerado una prueba positiva e indica probabilidad y riesgo de padecer este

trastorno (11, 12). A pesar de ser esta la técnica más usada, la EPDS es un método de pesquisa para la depresión posparto, siendo el DSM-IV a través de una entrevista clínica estructurada, el instrumento más exacto para el diagnóstico y la confirmación de esta entidad clínica (6, 8).

En la búsqueda de evidencia la experiencia de trabajos como el de Alvarado, año 2000, en su trabajo sobre Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal, se encontró una incidencia de 22,4% de cuadros depresivos en el puerperio, una variable aislada (insatisfacción con la relación de pareja) y dos parejas de variables en asociación: bajo apoyo social con bajo nivel socio-económico y embarazada de edad adolescente con depresión durante su gestación (14).

Tal es el caso de Perez R y Sáez K, en su trabajo titulado Variables posiblemente asociadas a depresión posparto según escala Edimburgo, Chile 2007, quienes concluyeron que la prevalencia de test positivo para depresión posparto fue de 22% y no haber encontrado diferencias significativas en las variables estudiadas como edad, nivel socioeconómico, escolaridad, estado civil, paridad, morbilidad durante el embarazo, vía de parto (siendo la más frecuente la vaginal) y hospitalización del recién nacido (12).

En este mismo orden de ideas otro estudio, del año 2010 realizado por Rojas y colaboradores, en el cual se caracterizaron madres deprimidas en el posparto, se determinó que las mujeres separadas tienen una probabilidad cuatro veces mayor que las solteras de tener una depresión en el puerperio más severa o un puntaje EPDS más alto. Asimismo, las que tienen más de un hijo tienen una probabilidad dos veces mayor que las primíparas de tener un episodio más severo. De igual manera, encontraron que la mayoría de las puérperas estudiadas tuvieron parto vaginal, cuidaban solas a sus hijos y tenían algún familiar de primer o segundo grado con depresión. Evidenciando que el síntoma más frecuente del cuadro depresivo fue el ánimo deprimido (13).

A nivel nacional, Urdaneta J, Rivera A. y colaboradores, en el 2010 en su trabajo de Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la Escala de Edimburgo y atendidas en la Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza" del Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela, establecieron que la prevalencia de depresión posparto fue del 22% y que no existe relación con la paridad, Sin embargo, se encontró una mayor frecuencia de ideación suicida en multíparas y asociación significativa entre los trastornos médicos durante el embarazo, la enfermedad del neonato, el nacimiento mediante cesárea, no contar con el apoyo familiar ni con el de la pareja, presentar antecedentes de depresión y tener un nivel educativo primario con el desarrollo de depresión postparto. Mientras que el parto vaginal o haber alcanzado un nivel educativo superior a la primaria tenía un efecto protector (7).

En relación con las implicaciones anteriores, en el Estado Aragua, en un trabajo de investigación titulado Factores de riesgo asociados a depresión en el puerperio mediato, realizado por Arcila A. en el año 2014, se encontró que el 22% de las pacientes estudiadas presentaron riesgo para depresión postparto y las variables como grado de instrucción básica y bachiller incompleto, funcionamiento familiar regular, situación económica muy difícil y la presencia de antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas se asociaron a un mayor riesgo de depresión postparto (15).

Basado en las ideas ya expuestas surge la interrogante sobre ¿Cómo será la prevalencia de la depresión postparto en las puérperas del Hospital Central de Maracay?, de forma que dicha condición pueda ser diagnosticada y tratada oportunamente, así como también, prevenir la cronicidad de la misma o el consecuente desarrollo de otros trastornos mentales; ya que se ha visto que la depresión postparto tiene un efecto significativo en el desarrollo emocional y cognitivo del niño, así como repercusiones negativas en cuanto al desempeño de las pacientes en su rol de madres y en la relación con su pareja y familia.

Atendiendo a estas consideraciones, la finalidad de esta investigación es determinar la prevalencia de la Depresión Postparto según la escala de Edimburgo en las puérperas del Hospital Central de Maracay en el periodo comprendido entre febrero y agosto del año 2016; con la finalidad de cumplir con este objetivo se plantea: caracterizar los aspectos epidemiológicos y socioeconómicos de las pacientes en estudio, describir si hubo apoyo afectivo durante y después del embarazo, así como la disponibilidad de recursos económicos, conocer los antecedentes obstétricos, las características del embarazo previo, si este fue planificado o no, edad, vía de finalización del mismo y si esta fue la deseada, así como también la necesidad de hospitalización del recién nacido y por último evaluar las características clínicas relacionadas con depresión postparto de las pacientes en estudio para determinar si la presencia de antecedentes patológicos o existencia de patologías con el embarazo previo, influyen sobre el bienestar psicológico, emocional y mental de las pacientes a estudiar.

MATERIALES Y MÉTODOS

La metodología usada en esta investigación está razonada en el marco descriptivo-correlacional, de tipo cuantitativa, diseño de campo y corte transversal, bajo la línea de investigación de patologías médicas asociadas con el embarazo, cuya población está constituida por las puérperas que acudan a la consulta de Estimulación precoz del servicio de Rehabilitación del Hospital Central de Maracay desde febrero hasta agosto del año 2016 captadas entre las 6 a 8 semanas postparto, en vista de no contar en la institución con un servicio de consulta postnatal formalmente instituido, el cual según registros de este servicio de rehabilitación del mencionado centro de salud, se reportan que acudieron 186 madres con hijos de 6 a 8 semanas de nacidos durante los 7 meses en el año 2015, y de las misma se seleccionó una muestra de tipo probabilística o aleatoria, escogida al azar simple, y basado en la fórmula de cálculo de una muestra :

$$n = \frac{z^2 pq}{e^2} = \frac{(1.96)^2 (0.2) (0.8)}{(0.10)^2} = 61,47$$

Considerando que la proporción mundial de pacientes con depresión postparto varía de 10 al 20 % de la población (7), para lo cual se usa un valor de “p” de 0,2 y para un coeficiente de confianza o “Z” de 1.96 para un nivel de confianza del 95%, permitiendo error muestral máximo del 10% o e= 0,10, dando por resultado alrededor de 61 participantes para una muestra significativa. Sin embargo, por ser de carácter prospectivo resulto constituida por 68 participantes para el estudio, que equivale al 36,55% de población general inicialmente planteada basado en la morbilidad del año 2015 y que para su selección se tomó como criterios de exclusión: madres analfabetas o con discapacidad visual debido a las características del instrumento empleado y mujeres con productos malformados.

Una vez seleccionada la paciente se le explicó acerca de finalidad del presente trabajo de investigación, los objetivos y las instrucciones para responder el instrumento; previa notificación de ser reservados con la más estricta confidencialidad la información suministrada y su identidad, respetando su decisión y deseo de participar voluntariamente o no en dicho trabajo a través de la aplicación de un consentimiento informado.

La recolección de los datos se realizó a través de la técnica de observación y el instrumento utilizado constó de dos partes: la primera conformada por la ficha de recolección de datos personales o patronímicos, en la cual se registraron antecedentes epidemiológicos, socioeconómicos y obstétricos de la paciente, así como también datos de la gestación previa y antecedentes patológicos de la encuestada a través del interrogatorio directo.

La segunda parte está constituida por la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, un cuestionario autoadministrado, formado por diez preguntas cortas de selección simple, que hacen relación a cómo se han sentido las madres en la última semana, permitiendo dar valor a cada respuesta. Los puntos para las preguntas 1, 2 y 4 se

asignaran en orden ascendente, es decir, de 0 a 3; siendo de forma inversa (3, 2, 1, 0) para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10. Seguidamente, se suman todos los puntos para obtener la puntuación total, permitiendo realizar la pesquisa de depresión en el puerperio. Un puntaje final igual o menor a 10 hace referencia a una paciente sin riesgo de padecer este trastorno. Y un puntaje mayor a 10, indicará la probabilidad y riesgo de desarrollar depresión postparto, pero no su gravedad.

Los datos son vaciados y tabulados en tablas del programa Excel 2010 para Windows, posteriormente procesados por el paquete estadístico SPSS v 20.0, para cálculos de frecuencia absolutas y relativa, promedio desviación estándar realizando un análisis descriptivo de los mismos y asociación de variables con χ^2 y con un IC 95% para un valor de $p < 0,05$, presentando los resultados en tablas las cuales posterior a su análisis y discusión permitirán establecer conclusiones.

RESULTADOS

Entre los primeros análisis de la muestra al calcular la prevalencia de las pacientes con depresión postparto se logra determinar que en el 17,65% de la muestra analizada poseen esta condición, y en relación a sus características o aspectos epidemiológicos se evidenció que la edad de las pacientes osciló entre 15 a 43 años con un promedio de $27,43 \pm 7,04$ años siendo el grupo de 19 a 35 años el más frecuente con el 75,0%, pero para el grupo de púerperas con riesgo para depresión postparto sus edades fueron de 16 a 43 años con un promedio de $26 \pm 7,35$ años, igualmente siendo el grupo de 19 a 35 años el más frecuente pero con el 83,33%, algo similar ocurre con las pacientes sin riesgo donde el grupo de 19 a 35 años es el más frecuente con el 73,21%, pero sus edades oscilaron entre 15 y 42 años con un promedio de $28 \pm 6,98$ años, aun cuando son en promedio 2 años mayores, estadísticamente no es significativa esta diferencia dado que $p > 0,05$. De igual manera, en relación al estado civil, en general la mayoría manifestó estar solteras con el 69,12%, que para el grupo de postnatales con riesgo se elevó al 100% de ellas y estadísticamente es significativa esta diferencia

(N=12, Chi² 3,19, IC95%, gl 1 p=0.007), por su parte en relación a la procedencia en el 98,53% pertenecen al estado Aragua y al distribuir por los 5 municipios con mayor frecuencia, no existe marcada diferencia, debido a que el de mayor frecuencia lo constituyó el Municipio Girardot con el 41,18% en general, y para el grupo con riesgo de depresión postparto fue de 41,67%, casi igual a las que no tienen riesgo (41,07%); en este mismo orden de ideas, al estudiar el grado de instrucción, se encontró que la mayor proporción de las pacientes estudiadas cursó secundaria con el 42,65%, dato similar para el grupo sin riesgo (44,64%), pero que sí varía para las puérperas con riesgo, donde el nivel primaria constituyó el 41,67% diferencia que estadísticamente no es significativa (p=0,136). Igualmente, en su gran mayoría manifestaron como ocupación ser amas de casa con el 48,53%, datos muy similares para ambos grupos y por ende estadísticamente no significativo, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Aspectos epidemiológicos y socioeconómicos en las puérperas del Hospital Central de Maracay

		Riesgo de depresión				Total	%	Chi2	p
		Presente	%	Ausente	%				
Edad años	< 19	1	8,33	5	8,93	6	8,82	0,78	0,67
	19 a 35	10	83,33	41	73,21	51	75,00		
	> 35	1	8,33	10	17,86	11	16,18		
Edo. Civil	Soltera	12	100	35	62,5	47	69,12	6,51	0,01
	Casada		0	21	37,5	21	30,88		
Edo. Procedencia	Aragua	12	100	55	98,21	67	98,53		
	Carabobo		0	1	1,79	1	1,47		
Municipio Procedencia	Girardot	5	41,67	23	41,07	28	41,18		
	Santiago Mariño	2	16,67	11	19,64	13	19,12		
	Francisco Linares	1	8,33	4	7,14	5	7,35		
	Alcántara								
	Libertador	2	16,67	2	3,57	4	5,88		
	Mario Briseño	1	8,33	3	5,36	4	5,88		
	Otros Municipios	1	8,33	12	21,43	13	19,12		
	Otros estados			1	1,79	1	1,47		
	Primaria	5	41,67	9	16,07	14	20,59	3,99	0,14

Grado de Instrucción	Secundaria	4	33,33	25	44,64	29	42,65		
	Universitario	3	25,00	22	39,29	25	36,76		
Ocupación	Ama de casa	6	50	27	48,21	33	48,53		
	Empleada / comerciante	3	25	15	26,79	18	26,47		
	Estudiante	2	16,67	8	14,29	10	14,71	0,11	0,99
	Personal de Salud	1	8,33	6	10,71	7	10,29		
Total		12	17,65	56	82,35	68	100,00		

Ahora bien, en la tabla 2 al analizar el apoyo durante su embarazo y/o después de él, la población general recibió apoyo tanto de la familia y la pareja en un 85,29%, no siendo así cuando se discrimina entre los dos grupo en estudio, dado que en las que presentan riesgo para depresión fue más frecuente solo el de la familia con el 50%, por el contrario, para las pacientes con ausencia de riesgo el apoyo de ambos, familia y pareja se elevó al 94,64%, una proporción más alta que el valor general.

Siguiendo este marco de ideas, al estudiar el ingreso económico, en relación a tener un ingreso económico acorde, se determinó que el 76,47 % de las puérperas encuestadas si lo posee, sin embargo el grupo con riesgo está discordando de esta afirmación ya que el 58,33% respondió que no posee recursos económicos suficientes, siendo esta diferencia de gran significancia estadística (N=12, Chi² 9,81, IC95%, gl 1 p=0.005). Al indagar más allá acerca de quien aporta estos recursos, fue más frecuente el sustento por parte de la pareja en el 45,6% de la población general estudiada; al distribuir por grupo, las que presentan riesgo no aportaron datos acerca de quien suministra los mismos en el 58,33%, diferente y mayor que el general y esto es significativo (N=12, Chi² 14,29, IC95%, gl 1 p=0.006) como a continuación se explica en la tabla 2.

Tabla 2. Apoyo durante y después del embarazo y recursos económicos

		Riesgo de depresión				Total	%	Chi²	p
		Presente	%	Ausente	%				
Apoyo Durante Embarazo	De ambos	5	41,67	53	94,64	58	85,29	22,799	0,00
	Solo familia	6	50,00	3	5,36	9	13,24		
	Solo pareja	1	8,33			1	1,47		
Apoyo Después Embarazo	De ambos	5	41,67	53	94,64	58	85,29	22,79	0,00
	Solo familia	6	50,00	3	5,36	9	13,24		
	Solo pareja	1	8,33			1	1,47		
Recursos económicos	Suficientes	5	41,67	47	83,93	52	76,47	9,81	0,005
	Insuficientes	7	58,33	9	16,07	16	23,53		
Quien aporta	Pareja	1	8,33	30	53,57	31	45,6	14,29	0,006
	No aporto datos	7	58,33	9	16,07	16	23,5		
	Usted misma	3	25,00	12	21,43	15	22,1		
	Entre todos			4	7,14	4	5,9		
	Familia	1	8,33	1	1,79	2	2,9		
Total		12	17,65	56	82,35	68	100		

Como resultado del análisis de los antecedentes obstétricos, en la tabla 3 se logra obtener que en su mayoría son puérperas con II a III gestas previas con el 47,06%, con poca diferencia entre el grupo de estudio y sin significancia estadística. Con respecto al antecedente de parto, la mayoría indicó ser nulípara (50%), pero para el grupo de riesgo ser primípara fue predominante (58,33%), por su parte y en relación al antecedente de cesáreas, la mayoría afirmó tener de una o más cesáreas previas (63,23%), coincidiendo con ambos grupos de estudio; por lo que no existe asociación significativa con el riesgo de desarrollar depresión puerperal. Referente a los abortos, en forma general son de baja frecuencia (4,41%), pero considerable en el grupo de riesgo donde el 25% de las pacientes presentaron por lo menos uno, siendo esta variable estadísticamente significativa para depresión postparto ($p < 0,05$).

Al interrogar si el último embarazo fue planificado el 58,82% en general no lo planifico, pero en ambos grupos la diferencia fue de décimas. En cuanto a la edad gestacional de finalización del embarazo, en general osciló entre las 30 y 40 semanas con un

promedio de $36,79 \pm 2,59$ semanas, siendo el grupo de 38 a 40 semanas el más frecuente con 50%, pero en las puérperas con riesgo de DPP esta proporción se eleva a 66,67% de ellas, con un promedio de $38 \pm 2,3$ semanas; siendo la vía alta o cesárea la más frecuente de culminación del último embarazo con el 58,82%, valor que se incrementa para las pacientes sin riesgo a 62,50%. Sin embargo, para el grupo de riesgo, el parto fue la vía de resolución obstétrica más común. De igual forma, al interrogarles sobre si ésta última gestación culminó como deseaba, en general el 61,76% contestó de manera afirmativa, siendo más elevada esta proporción para las que presentaron riesgo de depresión (75%), y a la respuesta de que si su hijo fue hospitalizado al nacer en general el 72% de ellos si lo fue, no existiendo marcada diferencia entre ambos grupos. Ver Tabla 3.

Tabla 3. Antecedentes obstétricos, características del último embarazo y hospitalización del recién nacido

		Riesgo de depresión						Chi ²	p
		Presente	%	Ausente	%	Total	%		
Gestas	I	4	33,33	25	44,64	29	42,65	5,73	0,330
	II a III	6	50,00	26	46,43	32	47,06		
	> IV	2	16,67	5	8,93	7	10,29		
Partos	Nulíparas	4	33,33	30	53,57	34	50,00	5,01	0,286
	1	7	58,33	17	30,36	24	35,29		
	2 a 3			7	12,50	7	10,29		
	> 4	1	8,33	2	3,57	3	4,41		
Cesáreas	0	5	41,67	20	35,71	25	36,76	0,28	0,965
	1	3	25,00	18	32,14	21	30,88		
	2 a 3	4	33,33	18	32,14	22	32,35		
Aborto	0	9	75,00	54	96,43	63	92,65	14,92	0,002
	1	3	25,00	0	0,00	3	4,41		
	2			1	1,79	1	1,47		
	> 3			1	1,79	1	1,47		
Planificado	Si	5	41,67	23	41,07	28	41,18	0,00	0,607
	No	7	58,33	33	58,93	40	58,82		
		Presente	%	Ausente	%	Total	%	Chi²	p

Edad gestacional de culminación último embarazo	30 a 34	1	8,33	12	21,43	13	19,12	1,86	0,395
	35 a 37	3	25,00	18	32,14	21	30,88		
	38 a 40	8	66,67	26	46,43	34	50,00		
Vía culminación	Parto	7	58,33	21	37,50	28	41,18	1,64	0,169
	Cesare	5	41,67	35	62,50	40	58,82		
Concluyo como deseaba	Si	9	75,00	33	58,93	42	61,76	1,08	0,242
	No	3	25,00	23	41,07	26	38,24		
Recién nacido hospitalizado	Si	9	75,00	40	71,43	49	72,06	0,03	0,592
	No	3	25,00	16	28,57	19	27,94		
Total		12	17,65	56	82,35	68	100,00		

En todo caso, al investigar si las puérperas tenían alguna patología previa a la gestación solo el 19,12% lo afirmaron, siendo más frecuente en las pacientes con riesgo para la depresión quienes lo manifestaron en el 41,67%; teniendo significancia estadística este hecho (N=12, χ^2 4,79, IC95%, gl 1 p=0.04), registrándose la Hipertensión Arterial como la enfermedad más frecuente para este grupo que presentaron patología previa (n=5), con el 60%; de igual forma al interrogar sobre alguna patología durante el último embarazo, en general contestaron afirmativamente el 27,94% de ellas pero paradójicamente solo las puérperas sin riesgo, y dentro de estas enfermedades las de mayor frecuencia fueron la Preeclampsia (21,43%), la Eclampsia (3,57%) y el Síndrome Hellp (3,57%), y no menos importante al interrogar sobre alguna enfermedad mental previa el 7,35% de ellas contestó de forma afirmativa, pero para las postnatales con riesgo de depresión se eleva a 25%, siendo esto estadísticamente significativo (N=12, χ^2 6,66, IC95%, gl 1 p=0.035), y al aclarar el tipo de patología mental, se obtuvo en primer lugar ansiedad con el 100% de las madres con riesgo que manifestaron enfermedad mental previa. Ver tabla 4.

Asimismo, al preguntar sobre la existencia de enfermedad mental en la familia solo el 11,76% de las pacientes estudiadas contestaron afirmativamente, siendo más frecuente en el grupo de riesgo con el 25,0% de ellas y al especificar el tipo de enfermedad, respondieron depresión, alzheimer, bipolaridad, tristeza y ansiedad, sin predominio alguno como se muestra en la tabla 4.1.

Tabla 4. Características clínicas relacionadas con depresión postparto, antecedentes personales patológicos o existencia de patologías con el embarazo previo.

		Riesgo de depresión				Total	%	Chi ²	p
		Presente	%	Ausente	%				
Patología previa	Si	5	41,67	8	14,29	13	19,12	4,79	0,04
	No	7	58,33	48	85,71	55	80,88		
	Total	12	17,647	56	82,35	68	100		
Cual patología	HTA	3	60,0	2	3,57	5	38,46		
	Asma	1	20,0	4	7,14	5	38,46		
	Trastorno Tiroideo	1	20,0			1	7,69		
	Litiasis Renal			1	1,79	1	7,69		
	Cardiopatía			1	1,79	1	7,69		
	Sub Total	5	38,46	8	61,54	13	100,00		
Patología durante Embarazo	Si			19	33,93	19	27,94	5,65	0,01
	No	12	100	37	66,07	49	72,06		
	Total	12	17,64	56	82,35	68	100		
Enfermedad Mental previa	Si	3	25,0	2	3,57	5	7,35	6,66	0,03
	No	9	75,0	54	96,43	63	92,65		
	Total	12	17,64	56	82,35	68	100		
Cual enfermedad Mental	Depresión	(n=3)	33,33	(n=2)	100,0	3	60	3,73	0,10
	Tristeza	1	33,33			1	40		
	Ansiedad	3	100,0			3	40		

Tabla 4.1. Características clínicas relacionadas con depresión postparto, antecedentes familiares de enfermedad mental.

		Riesgo de depresión				Total	%	Chi ²	p
		Alto	%	Bajo	%				
Familiar con Enfermedad Mental	Si	3	25	5	8,93	8	11,76	2,459	0,141
	No	9	75	51	91,07	60	88,24		
	Total	12	17,64	56	82,35	68	100		
		(n=3)		(n=5)					
Cual enfermedad Mental	Depresión	1	33,33	2	40	3	37,5		
	Alzheimer	1	33,33	2	40	3	37,5		
	Esquizofrenia			1	20	1	12,5		
	Bipolaridad	1	33,33			1	12,5		
	Tristeza	1	33,33			1	12,5		
	Ansiedad	1	33,33			1	12,5		

DISCUSION

Los resultados obtenidos en mujeres evaluadas entre las 6 y 8 semanas de puerperio, demostraron una prevalencia de riesgo para depresión postparto según la Escala de Edimburgo en las pacientes del Hospital Central de Maracay de 17,65%, concordando con los estudios revisados que registran un 10 a 20% para esta enfermedad a nivel mundial y ligeramente menor que la reportada por otras investigaciones a nivel nacional con el 22% (15); siendo el grupo etario más frecuente el de 19 a 35 años, con una edad promedio de 26 años en las puérperas que presentaron riesgo, menor pero no significativo que las que no lo tienen con 28 años. Coincidiendo con las investigaciones consultadas, donde la edad promedio estuvo comprendida entre los 23 y 25 años.

En relación a las características epidemiológicas, el grupo de pacientes con riesgo de depresión postparto manifestó en su totalidad ser solteras, con nivel educativo primaria predominantemente (41,67%), en contraste con las que no poseen riesgo que son

solteras en un 62,5% y el grado de instrucción con mayor frecuencia fue secundaria (44,64%). Asimismo, se muestra que la mayoría de las pacientes estudiadas tienen como ocupación ama de casa en proporciones similares para ambos grupos. Lo que permite comparar con las investigaciones anteriormente mencionadas, en las que se registró un mayor porcentaje de pacientes casadas, con escolaridad secundaria y ser amas de casa en las madres deprimidas durante el postparto (12,13). A diferencia de otra publicación en donde la depresión postparto estuvo asociada al grado de instrucción primaria, sin haber relación significativa con las variables edad, estado civil y ocupación (14,15). A pesar de tratarse de una población eminentemente soltera, habría que considerar la influencia de esta característica y el grado de instrucción bajo como factores de riesgo para desencadenar un cuadro depresivo mayor durante el postparto, donde la conformación sólida de una familia y el apoyo de la pareja probablemente estén ausentes y sea cada vez más frecuente en nuestra sociedad, sumándose a ello la falta de preparación académica.

En cuanto al apoyo afectivo recibido durante y/ o después del embarazo, el 50% de las puérperas con riesgo para depresión refirieron haber contado solo el apoyo de la familia, en contraposición con el grupo que no presentó riesgo quienes recibieron apoyo tanto familiar como de la pareja en un 94,64%. Similar a lo encontrado en otros estudios donde las madres deprimidas carecen de apoyo social (7, 13,14). Por su parte, los recursos económicos en el 58,33% de las pacientes con riesgo para depresión postparto son insuficientes, lo que llama la atención con respecto a la población total encuestada, donde se observó que el 76,47% posee recursos económicos acordes para cubrir sus necesidades y las de su hijo, el cual es aportado por la pareja en el 45,6% de los casos.

En la esfera gineco-obstétrica, la mayoría de las madres con riesgo de depresión son multíparas al igual que el grupo en comparación; el 58,33% ha presentado un parto anterior, en la misma proporción tener una o más cesáreas anteriores y un porcentaje no elevado pero sí significativo (25%) manifiesta el antecedente de haber presentado al menos un aborto, lo que es de interés, ya que en general esta variable se observó

con muy poca frecuencia. Sin embargo, la bibliografía recopilada plantea no haber asociación estadística entre paridad y la depresión postparto.

De igual forma, para ambos grupos de estudio el embarazo se caracterizó por ser no planificado y la edad de interrupción más frecuente estuvo comprendida entre las 38 a 40 semanas de gestación, con un promedio de 38 semanas para las que mostraron riesgo, no existiendo marcada diferencia con el grupo comparado, siendo el parto la vía de resolución más común para dicho grupo de pacientes y la cesárea la vía más frecuente para las que no presentaron probabilidad de desarrollar depresión. Similar a lo encontrado en los antecedentes reseñados, donde mayormente los embarazos no fueron planificados, finalizaron al término y predominó el parto vaginal como la vía de resolución, sin haber asociación significativa entre este último y la patología en estudio.

A pesar de lo antes referido, una alta proporción de pacientes afirmó que la última gestación culminó como lo deseaba; ameritando hospitalización el 72% de los recién nacidos, lo que llama la atención, ya que la mayoría de los embarazos llegaron al término, pero podría atribuírsele al espacio donde se llevó a cabo la recolección de datos, donde las madres que allí acuden, en su mayoría tuvieron a sus hijos hospitalizados posterior al nacimiento. No obstante y en concordancia con los artículos citados, ello no constituye un factor de riesgo para DPP, debido a que la proporción de hijos hospitalizados fue igualmente alta en el total de la muestra estudiada y por grupos.

Desde el punto de vista clínico, las puérperas con riesgo para depresión postparto afirmaron haber presentado una patología previa a la gestación en un 41,67%, lo que es estadísticamente significativo para desarrollar este padecimiento, ya que en general, en las madres encuestadas este antecedente fue poco frecuente; siendo la Hipertensión Arterial la enfermedad más común (25%) para el grupo de estudio, discrepando de otra publicación, en la que no se halló relación significativa (15).

A diferencia de lo antes mencionado, no se registró la presencia de alguna morbilidad durante el embarazo previo en las pacientes con riesgo, pero curiosamente el grupo

sin riesgo si lo refirió (27,94%), encontrándose la Preeclampsia como la patología de mayor proporción; no coincidiendo con otras investigaciones ya mencionadas, donde la presencia de patología en la gestación si fue común (12,15). Asimismo, la característica de haber cursado con una enfermedad mental previa a la gestación fue admitida por un escaso porcentaje de pacientes del grupo en general (7,35%), sin embargo, las que si la tuvieron representan una proporción estadísticamente significativa (25%) para las pacientes con riesgo; destacándose como la patología más frecuente la ansiedad. Al igual ocurre con el antecedente familiar de enfermedad mental, el cual fue más frecuente en el grupo de riesgo (25%), a pesar de que en general, la mayoría negó contar con esta condición, pero sin ser significativo en este caso, comportándose estas variables de manera semejante para algunos autores (13,14).

Lo que permite concluir que, la prevalencia de riesgo para depresión postparto en las puérperas del Hospital Central de Maracay es similar a la población mundial, aunque más baja que las registradas en nuestro país; en cuanto a las características estudiadas se encontró asociación entre el estado civil soltera, apoyo afectivo solo por parte de la familia, recursos económicos insuficientes, antecedente de aborto y patológicos previos a la gestación con el riesgo de desarrollar depresión postparto. De igual manera, a pesar de que ninguna madre con riesgo de desarrollar esta patología cursó con alguna morbilidad durante el embarazo, se observó que una proporción importante además de presentar antecedente de patología de base, también refirieron haber tenido algún trastorno mental previo e historia familiar de enfermedad mental, lo que es determinante para constituir un mayor riesgo de padecer depresión postparto.

En vista de lo anteriormente descrito y demostrado con los resultados obtenidos es imprescindible, indagar durante el control prenatal acerca de los antecedentes personales y familiares de enfermedad mental, realizar vigilancia durante el curso de la gestación a las pacientes que refieran contar con los mismos así como de las que poseen alguna patología de base y posteriormente, seguimiento en la consulta postnatal, para lo cual se sugiere implementar la creación de dicho espacio en el

Hospital Central de Maracay con la finalidad de evaluar integralmente a la paciente puérpera, detectar y tratar las patologías que puedan presentarse en este periodo. Igualmente realizar la pesquisa precoz de depresión postparto a todas las madres en el puerperio tardío a través de la aplicación de la escala de Edimburgo, la cual constituye un método fácil y rápido para determinar el riesgo de sufrir de esta patología, para lo que se sugiere además referir a las pacientes con resultado positivo al especialista en psiquiatría para confirmar dicho diagnóstico y este sea tratado adecuada y oportunamente, con el objetivo de lograr el bienestar emocional y social tanto de la madre como del hijo, prevenir las complicaciones y la evolución o cronicidad de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. RevChilNeuro-Psiquiat[Revista en Internet]. 2010 [acceso 12 de junio de 2014]; 48 (4): 269-278. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003
- (2) Peña D, Calvo J. Obstetricia integral Siglo XXI. [Libro Electrónico] Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010 [acceso 12 de Junio de 2014]. Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/24/9789584476180.21.pdf>
- (3) Olza I, Gainza I. Alternativas al tratamiento farmacológico de madres lactantes con depresión postparto. Revista OB STARE [Revista en Internet]. 2003 [acceso 12 de junio de 2014]; 7: 1-15. Disponible en:
<http://www.iboneolza.com/articulos/ALTERNATIVASDPP2003.pdf>
- (4) Arbat A, Danes I. Depresion Postparto. Medclin (barc)[Revista en Internet]. 2013 [acceso 15 de junio de 2014]. (121) 17: 673-675. Disponible en:
<https://www.icf.uab.es/es/pdf/consulta/preres/preres21.pdf>
- (5) Latorre J, Contreras L. La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Revista en Internet]. 2006 [acceso 18 de junio de 2014]. 57 (3):156-162. Disponible en:
http://www.fecolsoq.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol57No3_Julio-Septiembre_2006/v57n3a03.pdf

- (6) Almanza J, Salas C. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. RevSanidMilitMex [Revista en Internet]. 2011 [acceso 23 de junio de 2014]. 65 (3): 78-86. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2011/sm113b.pdf>
- (7) Urdaneta J, Rivera A. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y Multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. RevChilObstetGinecol [revista en internet]. 2010 [acceso 12 de junio de 2014]. 75(5): 312 – 320. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500007
- (8) Carro T, Sierra J. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Revista de Medicina General y de Familia. [Revista en internet]. 2000 [acceso 23 de junio de 2014]. 452-456. Disponible en: <http://www.mgyf.org/medicinageneral/mayo-2000/452-456.pdf>
- (9) Rojtenberg S. Depresiones: bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas. 1ª Ed. Buenos Aires: Polemos; 2006.
- (10) Espinoza M, Reyes O. Tristeza en el puerperio. Rev. Obstet. Ginecol.- Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis TisnéBrousse. 2015; [Revista en internet]. 2015 [acceso 11 de diciembre de 2015]. 10(2): 65-72. Disponible en: <http://www.revistaobgin.cl/articulos/ver/704>
- (11) Cox J, Holden J. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo. British Journal of Psychiatry [Revista en internet] 1987 [acceso 22 de junio de 2014]. Vol 150. Disponible en: http://www.state.nj.us/health/fhs/postpartumdepression/pdf/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf
- (12) Pérez R, Sáez K. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. RevObstetGinecolVenez [Revista en internet] 2007 [acceso 22 de junio de 2014]. 67 (3). Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
- (13) Rojas G, Fritsch R. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. RevMed Chile [Revista en Internet]. 2010 [acceso 10 de diciembre de 2015]; 138 (5): 536-542. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500002
- (14) Alvarado R, Rojas M. Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. RevChilNeuro-Psiquiat[Revista en Internet]. 2000 [acceso 10 de diciembre de 2015 38(2): 84-93. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272000000200003&script=sci_arttext

- (15) Arcila A. Factores de riesgos asociados a depresión en el puerperio mediato [Tesis]. Hospital Central de Maracay. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.

ANEXO

ESCALA DE EDIMBURGO

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presentan y marque con una equis (X) la respuesta que más se acerque sobre cómo se ha sentido en los últimos 7 días, no solamente cómo se sienta hoy.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:

- a) Tanto como siempre
- b) No tanto ahora
- c) Mucho menos
- d) No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer:

- a) Tanto como siempre
- b) Algo menos de lo que solía hacer
- c) Definitivamente menos
- d) No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:

- a) Sí, la mayoría de las veces
- b) Sí, algunas veces
- c) No muy a menudo
- d) No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

- a) No, para nada
- b) Casi nada
- c) Sí, a veces
- d) Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:

- a) Sí, bastante
- b) Sí, a veces
- c) No, no mucho
- d) No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian:

- a) Sí, la mayor parte de las veces
- b) Sí, a veces
- c) No, casi nunca
- d) No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir:

- a) Sí, la mayoría de las veces
- b) Sí, a veces
- c) No muy a menudo
- d) No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) No muy a menudo
- d) No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando:

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) Sólo en ocasiones
- d) No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

- a) Sí, bastante a menudo
- b) A veces
- c) Casi nunca
- d) No, nunca

Puntuación Final: _____