

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL
ECUADOR**

FACULTAD DE MEDICINA

**FACTORES BIOPSIICOSOCIALES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO
DIAGNÓSTICADA A TRAVÉS DEL TEST DE EDIMBURGO EN MUJERES
PUÉRPERAS RESIDENTES EN QUITO DEL SERVICIO DE GINECO
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN ATENDIDAS
ENTRE LOS MESES DE MAYO-JUNIO DEL 2006 Y SEPTIEMBRE-
OCTUBRE DEL 2007 EN LA CIUDAD DE QUITO**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE DOCTORA EN
MEDICINA Y CIRUGÍA

MARIA JOSE SALAZAR PEREDA

DIRECTORA: DRA. SUSANA ALVEAR

Quito, 2008

AGRADECIMIENTOS

“ Y uno aprende a construir todos sus caminos en el hoy.

Y uno aprende que realmente puede aguantar,

que uno es realmente fuerte,

que uno realmente vale

y uno aprende y aprende ...

Y con cada día uno aprende ”

Borges

Agradezco de todo corazón:

A mi familia por el apoyo incondicional, la paciencia, el optimismo y la fé en mí en este largo camino que llega a su fin, para abrirse otras sendas con nuevos colores. Les doy las gracias por toda la fuerza, el amor, la compañía, las alegrías que me han brindado a lo largo de mi vida.

A mi hijo, Matias Joaquín, que creció, nació y me ha entregado la fuerza necesaria para culminar mi carrera en este año 2008; te doy las gracias por entregarme tantas alegrías y por hacer de mi vida una canción de amor.

Al Dr. Ramiro Dávalos, jefe del servicio de Gineco-obstetricia y actual director del Hospital Carlos Andrade Marin, por haberme permitido realizar esta investigación.

A la Dra. Susana Alvear, por la paciencia, la incondicionalidad y el apoyo constante brindado a lo largo de todo el proceso de realización del trabajo de investigación.

A la Lcda. Patricia Ortiz, por su valiosa ayuda como asesora metodológica, al igual que su paciencia, compañía y amistad brindada en esta etapa importante de mi vida.

A todas las pacientes que aceptaron de una manera desinteresada a participar en la realización de este trabajo de investigación.

A todos mis amigos y familiares que de una y otra forma participaron en este proyecto brindándome su amor, cariño, amistad, paciencia y fortaleza.

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mi madre y amiga, Techy Pereda Tapiol, quien a lo largo de mi vida siempre ha estado presente apoyandome incondicionalmente, enseñandome el valor de la vida , guiandome para ser la persona que soy hoy en día, íntegra, feliz, entregada y compartiendo su infinita sabiduría y amor verdadero con los cuales ha hecho mi camino más llevadero.

A mi padre, que a pesar de la distancia me enseñó que la lucha continua hacia los objetivos propuestos siempre tienen una recompensa satisfactoria, la alegría interna de saber que se puede.

A mis hermanos por el amor, la confianza, el apoyo constante, la alegría de compartir los sueños y realidades.

Y por último, a mi cristalito quien se desarrollò en el proceso de finalizaciòn de este trabajo y quien fue la luz que necesitaba para terminar con éxito este capítulo de mi vida. Te lo dedico a tí Matias Joaquin que con tu tranquilidad, alegría y consideración me diste ese amor, energia y claridad que necesitaba.

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
DEDICATORIA.....	4
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
CAPITULO I.....	8
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPITULO II.....	11
DEPRESIÓN.....	11
Epidemiología Clasificación DMS IV Clasificación CIE 10, Factores de riesgo, Diagnóstico, Tratamiento.....	12
DEPRESIÓN POSTPARTO.....	23
Factores etiopatogénicos: Biológicos, Psiquiátricos, Psicológicos, Sociales, Morbilidad. Cuadros Clínicos, Diagnóstico, Manejo terapéutico, Prevención.....	25
CAPITULO III.....	38
METODOLOGÍA.....	38
Diseño de la Investigación, Tipo de Estudio, Lugar de Estudio, Tiempo de Estudio, Universo y Tamaño de la Muestra, variables	41
CAPITULO IV.....	49
RESULTADOS.....	49
ANÁLISIS UNIVARIADO.....	49
ANÁLISIS MULTIVARIADO.....	68
CAPITULO V.....	82
DISCUSIÓN.....	82
CONCLUSIONES.....	88
RECOMENDACIONES.....	90
BIBLIOGRAFIA.....	92
ANEXOS.....	95

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar los factores sociodemográficos, psicológicos y biológicos asociados a depresión postparto en las pacientes del servicio de Obstetricia del hospital Carlos Andrade Marín.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se diseñó un estudio retrospectivo analítico de casos y controles. Se reclutaron 138 pacientes del servicio de Obstetricia. Los casos fueron las pacientes a quienes se les detectó depresión por medio del Test de Edimburgo para depresión postparto y los controles, aquellas que resultaron negativos a los 28 días postparto. Entre los factores socioeconómicos se estudiaron las variables: edad, estado civil, instrucción, ingresos, tipo de vivienda, situación laboral. Entre los factores psicológicos se estudiaron situación de relación con pareja, antecedentes de depresión previa al embarazo actual, tratamiento previo de depresión, estado de ánimo durante los controles pre y postnatal. Entre los factores biológicos se estudiaron complicaciones durante el embarazo, tipo de parto, aborto, enfermedades crónicas, complicaciones del recién nacido, hospitalización del recién nacido y hospitalización de la madre.

RESULTADOS: 36 pacientes fueron casos y 102 controles. La media de edad fue 28.75 años. Se encontró una fuerte asociación entre una edad mayor a 35 años, mala relación de pareja, aborto previo, antecedente de depresión, enfermedad crónica, complicaciones y hospitalización en el embarazo, morbilidad y hospitalización del recién nacido y maternity blues con depresión postparto.

CONCLUSIÓN: Los resultados sugieren que la depresión postparto en las pacientes del servicio de Obstetricia está asociada a la influencia de factores sociodemográficos, psicológicos y biológicos.

Palabras claves: Depresión postparto, factores de riesgo.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the association between sociodemographic, psicológica and biological factors personal and familiar factors and the presence of postpartum depression at the Obstetric Unity of Carlos Andrade Marin hospital.

METHODS: This is a retrospective analytic study of cases and controls. 138 puerperes women were recruited at the Obstetric Unity. The case group included patients who present postpartum depression diagnosed by de Edimburgh Rating Scale for Depression, and the control group included patient without depression. Sociodemographic factors studied were: age, marriage status, instruction, income, type of home, laboral situation, sentimental situation. Psicológica factors studied were: personal history of depression, previous treatment for depression, anímico status. Biological factors studied were pregnancy complications, type of childbirth, previous abort, chronic diseases, newborn complications, newborn hospitalization and mother hospitalization.

RESULTS: 36 patients were cases and 102 controls. The average age was 28.75 years. Depression was associated to: age > 35 years, bad conyugal relation, previous abort, personal history of depression, chronic disease, pregnant complications and hospitalization, newborn complications and hospitalization and maternity blues.

CONCLUSION: The findings of this study suggest that postpartum depression in patients at Obstetric Unity was associated to various sociodemographic, psicológica and biological factors.

Key words: Postpartum depression, risk factors.

CAPITULO I

INTRODUCCION

La depresión posparto es un importante problema de salud mental en la mujer, su prevalencia es tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados; la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 % a 20 %, siendo mayor esta cifra en las mujeres de nivel socioeconómico bajo^{1,2,8, 25}.

Los trastornos depresivos son un problema de salud pública en todo el mundo, altamente prevalentes y producen grados importantes de discapacidad, se estima que en el futuro será la segunda causa de años perdidos por discapacidad en el mundo².

Las mujeres sufren de depresión dos veces más que los hombres. Estudios realizados en todo el mundo muestran que los trastornos del ánimo son dos veces más frecuentes en mujeres. Esta diferencia se da en todos los grupos étnicos y culturales, y se mantiene durante toda la vida fértil de la mujer, hasta la menopausia. En este grupo, la depresión causa el 21,3% de las discapacidades que resultan de las enfermedades psiquiátricas, mientras la proporción es de 12,7% en los hombres¹.

Varios estudios llevados a cabo en Estados Unidos de Norteamérica y Europa, a nivel poblacional y en la atención primaria, han demostrado el impacto de la depresión en las actividades cotidianas y en la productividad.

Durante el embarazo, parto y puerperio sucede en la mujer una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos; estos cambios en el posparto se clasifican en : depresión leve posparto o maternity blues (síndrome leve y transitorio que se presenta a los 2-4 días del parto y afecta al 50-80% de las mujeres que han dado a luz ; suele desaparecer de forma espontánea y sin secuelas en unas dos semanas), depresión mayor posparto (se inicia entre las 2-8 semanas tras el parto, y en ocasiones incluso tras varios meses, de forma característica como una depresión melancólica con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad para hacerse cargo del hijo y de ambivalencia afectiva hacia el mismo , que tratada de forma adecuada suele ser relativamente corta y de buen pronóstico, aunque el riesgo de recurrencia en posteriores embarazos es de uno de cada siete) y psicosis posparto (cuadro grave que se presenta tras el parto en 1-2 por 1.000 mujeres que en el 50-60% son primíparas; aparece de forma brusca entre los pocos días y las primeras 8 semanas, las recurrencias suelen ser frecuentes, y en ocasiones hay que separar a la madre del hijo si se presentan ideas auto o heteroagresivas).^{3,6}

Se han encontrado cifras aproximadas entre 8% a 30% de depresión en las mujeres en el período posparto. En Chile, se han informado cifras de incidencia de 8,8% y 9,2%, y de prevalencia de 20,5% y 36,7%², en México entre el 22% y 62.2%. En América Latina se encuentra una prevalencia del 29% de cuadro depresivo y en la población Latina de EEUU de 51%.⁴. También se ha demostrado que los factores psicosociales juegan un rol preponderante en el desencadenamiento de la depresión posparto.^{1,2,4}

El postparto fue considerado por Hipócrates y sus contemporáneos un periodo de gran vulnerabilidad en la vida de la mujer. Los cuadros depresivos en el postparto se han constituido en un problema creciente, dada su elevada frecuencia, 8-12%^{2,3,4,5}, así como por los potenciales daños que puede generar en la vida familiar y en el desarrollo de los niños^{3,6,7}.

En el control de la depresión postparto es importante identificar el trastorno en etapas tempranas de modo que la madre reciba ayuda oportuna. Para esto es necesario crear conciencia sobre las características clínicas del cuadro, tanto en la población de mujeres en riesgo como en el equipo de salud que tiene contacto frecuente con la madre y el niño; esto evita que pase desapercibido o sea confundido con otros cuadros. Con frecuencia la mujer esconde la sintomatología dado que supone que “lo esperado, es que sea capaz de ser una buena madre”.

Los profesionales de la salud juegan un papel decisivo en la identificación de este problema, aunque aún sigue siendo infradiagnosticado. Esto se debe tanto al desconocimiento del personal del área como por la escasa frecuencia con que las mujeres consultan. Lo último se debe a que la madre rehuye hablar porque lo vive como un fracaso personal, con una importante carga de culpa, que provoca una disminución de su autoestima y que conduce a una dificultad para establecer una buena relación con el bebé.

Por estas razones el interés de esta investigación es el estudio de la depresión durante el postparto en un grupo de mujeres puérperas del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín en un periodo del año 2006-2007 con la finalidad de poder dimensionar de manera adecuada la magnitud del problema; además se busca relacionar factores de riesgo asociados a la depresión postparto y descubrir el curso de la enfermedad en el puerperio. Adicionalmente se pretende otorgar una herramienta de fácil diagnóstico y bajo costo al hospital y crear una inquietud para realizar un servicio integro de psicología para el apoyo de las madres con diagnóstico de depresión postparto.

CAPITULO II

DEPRESIÓN

1. Epidemiología.

Los trastornos depresivos han aumentado su visibilidad y frecuencia en los sistemas de salud y han originado sufrimiento, discapacidad y una alta proporción de suicidios, así como un deterioro importante en la calidad de vida de las personas que lo padecen. La depresión genera mayor discapacidad que otras enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes y concentra más del 40% de las licencias médicas.³⁰

Los trastornos depresivos constituyen por tanto, un problema de salud pública de alta relevancia en el mundo entero. En Chile, por ejemplo, la depresión Mayor afecta al 6% de las mujeres y a un 3% de los hombres mayores de 15 años. Si se agregan los episodios de depresión leve y distimia, la prevalencia alcanza un 10.7% entre las mujeres y un 4.9% en los hombres. Es la segunda causa de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad en mujeres. (30) En Ecuador, la tasa de incidencia anual en el año 2007 fue de 71.85, que corresponde a 9776 casos notificados de depresión³².

Un 75% de las personas que sufren depresión consulta al médico, ya sea en Atención Primaria o a especialistas. Sin embargo, las formas “encubiertas” por síntomas físicos generan consultas médicas repetitivas, exámenes, tratamientos e interconsultas no resolutivas, elevando los costos de atención médica y retrasando el inicio de un tratamiento eficaz³⁰.

Un informe de la Organización Mundial de la Salud consideró a la depresión como una de las condiciones médicas que provoca mayor agobio en el mundo, situándola en cuarto lugar, de acuerdo a los años de vida perdidos por muerte prematura o vividos con una discapacidad severa y de larga duración⁹.

Las mujeres sufren de depresión dos veces más que los hombres. Estudios realizados en todo el mundo muestran que los trastornos del ánimo son dos veces más frecuentes en mujeres que en hombres. En las mujeres, la depresión causa el 21,3% de las discapacidades que resultan de las enfermedades psiquiátricas, mientras la proporción es de 12,7% en los hombres (1). A pesar de esta realidad, un importante número de personas afectadas no recibe un diagnóstico y un tratamiento apropiados.

2. Clasificación.

A lo largo de la psiquiatría han surgido múltiples definiciones de los trastornos afectivos. Aquí se compararan las dos principales clasificaciones que existen para los Trastornos Afectivos en los cuales se enmarcan los Trastornos Depresivos. Uno es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)(1994) creada por la Asociación Psiquiátrica Americana, y la otra es la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10) (1992) entregada por la Organización Mundial de la Salud^{10,11}.

Clasificación por el DSM IV.

El **DSM-IV** divide los trastornos afectivos en tres grandes grupos depresivos:

- a) Trastornos depresivos.
- b) Trastornos bipolares.

c) Trastornos debido a condiciones orgánicas.

a) Los trastornos depresivos se subclasifican en:

Trastorno depresivo mayor: desarrollo de un episodio depresivo mayor sin antecedente de episodio de manía o hipomanía. Si el episodio actual es el primero en la vida de la persona se clasifica como trastorno depresivo mayor único, si hay antecedente de otro episodio mayor se denomina trastorno depresivo recurrente.

Distimia: estado de ánimo deprimido pero que no cumple con la clasificación de estado depresivo mayor, es crónico (al menos dos años) y de naturaleza relativamente continua (sin períodos de más de dos meses libre de síntomas).

Trastorno depresivo no especificado: trastorno depresivo que no se ajusta a las clasificaciones anteriores como por ejemplo el trastorno disfórico premenstrual (sintomatología depresiva que se manifiesta en la última semana del ciclo menstrual y que remite en los primeros días de menstruación).

Los trastornos bipolares se subclasifican en:

Trastorno bipolar I: antecedente o presencia de un episodio maníaco. Si el episodio maníaco es el actual y no hay antecedente de episodio depresivo mayor anterior se clasifica como bipolar I con episodio maníaco único, si actualmente se diagnostica un episodio hipomaníaco con antecedente de episodio maníaco hablamos de trastorno bipolar I hipomaníaco, si el episodio actual es maníaco con antecedente de episodio depresivo mayor, hipomaníaco o maníaco hablamos de trastorno bipolar I maníaco, si actualmente existe un cuadro mixto (mezcla de sintomatología de episodio maníaco y depresivo) con antecedente de episodio maníaco hablamos de trastorno

bipolar I mixto, finalmente si el episodio actual es depresivo mayor con antecedente de episodio maníaco hablamos de trastorno bipolar I depresivo.

Trastorno bipolar II: presencia de al menos un episodio hipomaníaco alternado con episodios depresivos mayores (sin antecedente de episodio maníaco).

Ciclotimia: alternancia de episodios hipomaníacos con estado de ánimo deprimido de carácter crónico (durante al menos dos años).

Trastorno bipolar no especificado: episodio actual no puede ser clasificado porque no cumple con el criterio de tiempo de duración del cuadro pero existe el antecedente de episodio maníaco.

Los trastornos debido a condiciones orgánicas tienen dos causas principales.

- Debido a condición médica general como por ejemplo hiper o hipotiroidismo.
- Debido a abuso de sustancias como alcohol o drogas.

“Esquema diagnóstico DSM-IV” (Belloch,1995).

Clasificación internacional de Enfermedades versión 10

El **CIE-10** divide los trastornos del humor o afectivos en:

- a) Episodio maníaco.
- b) Trastorno bipolar.
- c) Episodios depresivos.
- d) Trastornos depresivos recurrente.
- e) Trastornos del humor o afectivos persistentes.
- f) Otros trastornos del humor.
- g) Trastornos del humor sin especificación.

El episodio maníaco se subdivide en:

- *Hipomanía*: clasificación similar a DSM-IV.
- *Manía sin síntomas sicóticos*: similar a clasificación de episodio maníaco.
- *Manía con síntomas sicóticos*: el cuadro es acompañado de ideas delirantes y de persecución además de sentimientos de culpabilidad o voces alucinatorias.

La definición del trastorno bipolar es similar a la entregada por el DSM-IV y se subdividen en:

Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas sicóticos: el episodio actual debe satisfacer las pautas de manía sin síntomas sicóticos y

anteriormente debe existir al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, mixto o depresivo.

Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas sicóticos: el episodio actual satisface las pautas de manía con síntomas sicóticos y anteriormente debe existir al menos otro episodio hipomaníaco, mixto o depresivo.

Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado: el episodio actual debe satisfacer las pautas de episodio depresivo leve y anteriormente debe existir al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, mixto o depresivo.

Trastorno bipolar, episodio actual grave sin síntomas sicóticos: el episodio actual debe satisfacer las pautas de episodio depresivo grave sin síntomas sicóticos y anteriormente debe existir al menos otro episodio hipomaníaco, mixto o depresivo.

Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas sicóticos: el episodio actual debe satisfacer las pautas de episodio depresivo grave con síntomas sicóticos y anteriormente debe existir al menos otro episodio hipomaníaco, maníaco, mixto o depresivo.

Trastorno bipolar, episodio actual mixto: el enfermo ha padecido en el pasado por lo menos un episodio hipomaníaco, maníaco o mixto y en la actualidad presente una mezcla o una sucesión rápida de síntomas maníacos y depresivos.

Trastorno bipolar, actualmente en remisión: el enfermo ha padecido al menos un episodio maníaco, hipomaníaco o mixto en el pasado y por al menos otro episodio maníaco hipomaníaco depresivo o mixto, pero en la actualidad no sufre ninguna alteración significativa del estado de ánimo ni la ha sufrido en varios meses. No

obstante, puede estar recibiendo tratamiento para reproducir el riesgo de que se presenten futuros episodios.

Otros trastornos bipolares.

Trastorno bipolar sin especificación.

Las pautas de definición del episodio depresivo son similares a la de episodio depresivo mayor del DSM-IV y se subdivide en:

Episodio depresivo leve: suele presentar al menos dos de los tres síntomas típicos de la depresión (estado de ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad de disfrutar y fatigabilidad) y además al menos dos del resto de los síntomas descritos. Ninguno de los síntomas debe estar presente en grado intenso. Además se puede especificar la presencia o no de síntomas somáticos.

Episodio depresivo moderado: presenta al menos dos de los tres síntomas típicos de la depresión y al menos tres o preferiblemente cuatro de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial ni son muchos los síntomas presentes. Además se puede especificar la presencia o no de síntomas somáticos.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: deben estar presentes los tres síntomas típicos de depresión y además por lo menos cuatro de los demás síntomas los cuales deben ser de intensidad grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia y agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos

particularmente grave. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Episodio depresivo grave con síntomas sicóticos: se trata de un episodio depresivo grave en el cual están presente además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo.

Otros episodios depresivos: aquí se incluyen los episodios que no reúnen las características de los episodios depresivos señalados anteriormente, pero que no por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva.

El trastorno depresivo recurrente: se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión ya sea leve moderado o grave pero sin antecedentes de episodios de manía o hipomanía.

Se subdivide en:

- *Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve:* pueden estar presente o no los síntomas somáticos.
- *Trastorno depresivo recurrente episodio actual moderado:* pueden estar presentes o no los síntomas somáticos.
- *Trastorno depresivo recurrente episodio actual grave sin síntomas sicóticos.*

- *Trastorno depresivo recurrente episodio actual grave con síntomas sicóticos.*
- *Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión:* debe existir antecedentes de episodio depresivo recurrente separado de varios meses libres de alteraciones significativas del humor, actualmente el enfermo está recibiendo tratamiento para disminuir el riesgo de nuevos episodios.
- *Otros trastorno depresivo recurrente.*
- *Trastorno depresivo recurrente sin especificación.*

Los trastornos del humor o afectivos persistentes suelen ser de intensidad fluctuante, en los que los episodios aislados son rara vez lo suficientemente intensos como para ser descritos como hipomaníacos o incluso como depresivos leves, duran años y en algunos casos la mayor parte de la vida adulta del enfermo suelen acarrear un considerable malestar y una serie de incapacidades.

Se subdividen en:

- *Ciclotimia:* definición similar a DSM-IV.
- *Distimia:* definición similar a DSM-IV.
- *Otros trastornos del humor o afectivos persistentes:* categoría residual para aquellos trastornos del humor persistentes que no son lo suficientemente graves o duraderos como para satisfacer las pautas de ciclotimia o distimia pero que sin embargo son clínicamente significativos.

Trastorno del humor persistente sin especificación.

El ítem de otros trastornos del humor agrupa a las siguientes clasificaciones:

- *Otros trastornos del humor aislados:* aquí se puede identificar el episodio de trastorno del humor mixto que son alteraciones del humor que duran al menos dos semanas, caracterizado por una mezcla o una alternancia rápida (por lo general de pocas horas) de síntomas hipomaniacos o depresivos.
- *Otros trastornos del humor recurrentes:* aquí se puede identificar el trastorno depresivo breve recurrente que se caracteriza por la presencia en el año anterior y durante cada mes de episodios depresivos recurrentes breves. Todos los episodios depresivos aislados duran menos de dos semanas (típicamente dos o tres días, con recuperación completa), pero satisfacen las pautas sintomáticas de episodio depresivo leve, moderado o grave.
- *Otros trastorno del humor especificado:* es una categoría residual para episodios simples que no satisfacen las pautas de ninguna otra categoría.
- *Los trastornos del humor sin especificación:* es un término utilizado solo en última instancia, cuando no se puede utilizar ningún otro término.

Como podemos ver la sintomatología y características que utilizan ambas clasificaciones para definir la depresión son las mismas, la diferencia radica principalmente en las subclasificaciones utilizadas.

3. *Factores de riesgo para depresión.*

Se han estudiado muchos factores considerados de riesgo para la depresión, sin embargo resulta muy complejo discriminar si se trata sólo de vínculos de asociación o tiene un significado causal.

La aparición de trastornos depresivos está asociada fuertemente a eventos negativos en la vida de las personas que producen estrés o aflicción. Estos son considerados frecuentemente como detonantes del primer episodio de depresión, no necesariamente de los subsiguientes, ya que la persona queda predispuesta a posteriores episodios de dicha enfermedad.

Los factores de riesgo asociados a la aparición o el mantenimiento de un cuadro depresivo son:

- Episodio depresivo anterior.
- Antecedente de suicidio en la familia nuclear.
- Enfermedad física o dolor crónico.
- Discapacidad síquica o física personal o familiar.
- Conflicto laboral severo (con daño de autoestima).
- Pérdida del trabajo en los últimos seis meses.
- Abuso de alcohol o droga.
- Conflicto familiar severo.
- Vivir solo.
- Escasa participación o apoyo en red social.

- Pérdida de la madre antes de los 11 años.
- Separación conyugal en el último año.
- Muerte de familiar cercano en los últimos 6 meses.

4. Diagnóstico.

Debido a que la depresión es un síndrome caracterizado por un grupo de signos síntomas el diagnóstico se basa en la pesquisa de estos ya sea por entrevista clínica o por diversos test creados sobre la base de las clasificaciones existentes.

5. Tratamiento.

Existen dos tipos de tratamiento para la depresión que no son excluyente sino que se pueden potenciar en la búsqueda de una terapia más efectiva.

Tratamiento biomédicos.

Estos tratamientos se basan en la hipótesis de las catecolaminas, o sea en el control de los niveles de neurotransmisores en la sinapsis cerebral y existen dos tipos:

- Farmacoterapia.
- Terapia electroconvulsiva.

Tratamiento psicológico.

Dentro de este tipo de tratamiento está presente el psicoanálisis, las terapias interpersonales y familiares y la terapia cognoscitiva conductual entre otras. Este tipo de terapia se utiliza en reemplazo de los biomédicos pero también pueden ser complementario, además que no presenta efectos secundarios salvo que el tratamiento es más lento.

6. DEPRESIÓN POSTPARTO

Durante el embarazo y el puerperio se suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasiona una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos en la mujer¹².

Los trastornos de estado de ánimo en el postparto acontecen de una manera frecuente en los primeros días y en las primeras semanas tras el parto y comportan considerables repercusiones tanto para la propia mujer, que ve mermados 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, sin olvidar las consecuencias económicas que conllevan las bajas laborales, de las mujeres afectadas¹³.

La base para ambas clasificaciones (DSM-IV y CIE-10) para depresión postparto es el concepto de presentar un episodio depresivo mayor, que se inicien durante las cuatro semanas posteriores al parto.

Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:⁹

- **Criterio A:** La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:

- Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días
 - Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales
 - Disminución o aumento del peso o del apetito
 - Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el sueño)
 - Enlentecimiento o agitación psicomotriz
 - Astenia (sensación de debilidad física)
 - Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa
 - Disminución de la capacidad intelectual
 - Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas
- **Criterio B:** No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.
 - **Criterio C:** El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.
 - **Criterio D:** Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.
 - **Criterio E:** No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

Factores etiopatogénicos.

No se conocen con certeza los desencadenantes de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio, pero se han descrito diversos factores relacionados con su presentación ¹³.

- *Factores biológicos:*

Se han investigado distintas teorías, entre ellas la existencia de ¹²⁻¹⁴:

- Un fenómeno de retirada por el rápido descenso de las hormonas sexuales asociadas a la modificación del cortisol plasmático. Una especial susceptibilidad de ciertas mujeres a estos cambios podría ser responsable de este problema.

- Una disminución del nivel de triptófano libre en el suero. La disponibilidad del triptófano circulante es el factor principal que regula la actividad del enzima que constituye el paso limitante en la síntesis de serotonina, cuyo descenso juega un papel predominante como desencadenante de la depresión. Sin embargo, la administración de triptófano en el embarazo no la previene, con lo que parece existir algún otro mecanismo de modulación en la síntesis de neurotransmisores.

- La existencia de una alta respuesta a la hormona del crecimiento tras la administración de apomorfina (agonista dopaminérgico) en las mujeres que desarrollan psicosis afectiva, hallazgo similar encontrado en las que desarrollan psicosis postparto.

- Alteración en la función tiroidea, ya que los síntomas remedan un hipotiroidismo. Además, existe una mayor incidencia de tiroiditis autoinmune en el periodo puerperal. Otros hallazgos, como una elevada concentración de anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina entre el cuarto y el sexto mes postparto, asociados a síntomas depresivos, requieren de un mayor estudio.

La edad. En un estudio de cohorte que pretendía relacionar depresión postparto y variables asociadas Alvarado y cols. determinaron que las tasas de prevalencia más altas se encuentran en los 2 grupos etarios extremos, siendo estos menores de 19 años y mayores de 34 años; pero estos deben ser considerados con cierta certeza como factor de riesgo⁵. Jadresic, Jara y Araya¹⁶ no encontraron asociaciones significativas entre la edad y trastornos depresivos de embarazadas y puérperas.

- *Antecedentes psiquiátricos.*

Aunque en un 50% de los casos constituye el primer episodio de un trastorno depresivo, se han relacionado con la depresión postparto ¹²:

- Antecedentes personales: estudios prospectivos y retrospectivos señalan que una historia de depresión previa aumentan la incidencia un 10%-24%. Si la depresión ocurre durante el embarazo el riesgo es más alto 35%; si existen antecedentes de depresión postparto el riesgo de recurrencia se dispara a un 50%.

- Antecedentes familiares de depresión.

- *Factores psicológicos.*

El embarazo y el parto precisan la adaptación de la mujer a una serie de cambios que no solo ocurren en su cuerpo y en su mente sino también con su pareja y con el resto de la relaciones interpersonales.

El modelo de madre ideal abnegada y sacrificada y entregada a su hijo, provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer.

El tener un hijo para reafirmar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un hermanito, indican problemas psicológicos

que pueden manifestarse durante el embarazo y después de este, al igual que tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones en el vínculo madre-hijo que pueden condicionar secuelas¹².

- *Factores sociales.*

La percepción subjetiva de la falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos, ya sea en la realización de las tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, ya sea por parte de familiares o de su pareja, supone un incremento en el riesgo de estos trastornos¹³⁻¹⁵.

La existencia de otros acontecimientos como el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, la no disponibilidad de baja maternal o el fallecimiento de un familiar¹⁵.

El estado civil. Se considera que el estado civil soltera, viuda o separada sería un factor de riesgo, pues la probabilidad de sufrir depresión postparto aumenta en más de dos veces¹⁶.

Nivel socioeconómico. De trece o más trabajos han comunicado un vínculo entre nivel socioeconómico y postparto solo 2 presentaban asociaciones significativas. En uno de ellos se aprecia que a medida que descendía el nivel socioeconómico aumentaba la prevalencia de depresión postparto, siendo 3 veces mayor la probabilidad de presentar depresión postparto en madres de menores ingresos.

La situación laboral en los cónyuges son otras variables que se han estudiado en relación a este problema¹²⁻¹⁵.

- *Factores de morbilidad.*

La morbilidad materna, que incluye la existencia de fertilidad en la pareja, abortos previos, complicaciones durante el embarazo y parto y la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre.

Muchos factores obstétricos han sido estudiados, entre ellos se encuentra el número de hijos detectándose una mayor prevalencia de depresión puerperal en madres con más hijos (sin hijos: 31,9%; 3 hijos o más: 45,7%)¹⁷.

La morbilidad del recién nacido, en la que se han estudiado factores asociados como la presencia de anomalías o enfermedad, como problemas respiratorios, infecciosos, prematuridad, bajo peso, ictericia, problemas traumatológicos, muerte neonatal y otros ¹².

Cuadros clínicos.

Los trastornos del estado del ánimo que nos podemos encontrar en el puerperio son¹²:

- Tristeza puerperal.
- Depresión mayor post parto.
- Psicosis postparto.

Tristeza puerperal.

La tristeza puerperal también es llamada “melancolía de la maternidad” o “blues del puerperio”. Esta condición de la mujer se define como depresión leve y transitoria que se produce a los pocos días postparto.

Es un síndrome transitorio, leve, que suele presentarse en aproximadamente entre un 50% a 80% de las madres. Ocurre después de los 2-4 días postparto y desaparece sin secuelas en forma espontánea, en un plazo de dos semanas.

Es común que en las mujeres con esta melancolía tengan episodios breves y recurrente en los cuales se sienten vagamente incómodos, confusos y repentinamente se encuentran llorosas y tristes. Se han informado episodios breves de llantos ¹⁸, alrededor del tercer a cuarto día postparto, siendo este un síntoma frecuente que aparece en un 50% a 70% de las pacientes.

Otros síntomas de la melancolía puerperal corresponden a irritabilidad, ansiedad, fatiga ¹⁸, además de cefaleas e insomnio.

Se ha informado alteraciones del sueño, ensoñación excesiva, pesadillas. Existen diferencias en los patrones de sueño entre las puérperas y no puérperas, demostrando que las puérperas experimentan mayores niveles de humor disfórico durante la primera semana, que las no puérperas. Pocas diferencias se observaron entre las puérperas y no puérperas en relación a la función cognitiva y memoria los cuales pudieron ser influenciados por pérdida de sueño¹⁹.

A partir de la primera semana las puérperas comienzan a ajustar sus patrones de sueño en forma exitosa ¹⁹.

Estos síntomas suelen durar 1 o 2 días, aunque pueden persistir durante una semana o más.

En una proporción pequeña de los casos, los síntomas persisten evolucionando a una enfermedad depresiva propiamente tal.

En mujeres con melancolía puerperal se ha informado sobre la aparición de confusión y pérdida de la memoria. Aunque ya durante el embarazo se produce decaimiento de la memoria, limitado al tercer trimestre, este no es atribuible a depresión, ansiedad, deprivación de sueño u otro cambio físico asociado al embarazo²⁰.

Depresión postparto

Es una de las enfermedades más frecuentes tras el parto y aunque suele pasar inadvertida afecta al 10 – 20 % de las puérperas según diversos estudios. Aparece en la mayoría de los casos en los primeros meses tras el parto.

Tanto los cuadros disfóricos como los depresivos puerperales presentan sintomatología similar, pudiéndose realizar un diagnóstico de depresión postparto cuando el cuadro de tristeza puerperal se agrava progresivamente o bien se prolonga más allá de 2 semanas.

Esta patología se puede clasificar en desorden distímicos, neurosis depresivas o depresiones menores según la referencia clasificatoria que se utilice.

Dentro de los síntomas más importantes se encuentran:

- Llanto: siendo esta una de las manifestaciones que puede ser detectada, ya sea por los profesionales del área salud o por los propios familiares.
- Sensación de incapacidad para cuidar del bebe y de enfrentarse a la situación. La madre puede presentar incapacidad de cuidar a la criatura y perderla por miedo a que esta se enferme y muera ²¹.
- Sentimiento de culpabilidad.
- Trastorno de sueño.
- Cambios de humor.
- Tristeza.
- Ausencia de síntomas sicóticos⁴.
- Irritabilidad y pérdida de la libido^{4, 21}.

Psicosis postparto.

La psicosis postparto es una enfermedad grave y aguda que ocurre en 1-2 de cada 1000 nacimientos.

Esta patología puerpera aparece en la mitad de los casos, en la primera semana y tres cuartas partes en el primer mes tras el parto.

Esta sicopatología puerperal se caracteriza por el rechazo total frente al niño, les produce terror verlos. La puerpera puede permanecer triste alejada como ausente. Además se encuentra apática, y no acepta dedicarse a su aseo personal ²¹. Puede presentar signos inespecíficos como insomnio, cambios de humor y presencia de síntomas sicóticos positivos (delirios, alucinaciones). Con frecuencia este cuadro se asocia a ideas paranoides de persecución. Las ideas depresivas y persecutoras, el deseo de apartarse se hallan presentes, en mayor medida, en todos los casos. La sensación

dominante es haber perdido la propia personalidad y ser una mera esclava de la criatura y del ambiente ²¹.

Diagnóstico.

La detección precoz de estos trastornos es difícil, lo que provoca que su incidencia este subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas, ya que en función de las expectativas sociales deben estar contentas y llenas de satisfacción tras el acontecimiento y pueden mostrarse recelosas de mostrarse sus sentimientos. Dificulta aún más el diagnóstico el hecho de que el periodo postparto esta asociado a cambios psicológicos y complicaciones somáticas que pueden remedar un cuadro depresivo.

- Un diagnóstico exacto es el primer escalón; para ello es imprescindible establecer líneas generales de actuación que incluyan¹²:

- Historia clínica completa junto a un examen físico y analítico: la fatiga y la astenia pueden ser debido a la excesiva pérdida de sangre durante el parto, la disminución del sueño y a la adaptación de las necesidades del recién nacido. La pérdida de iniciativa y de humor pueden deberse al hipotiroidismo, generalmente transitorio que ocurre en el 4 – 7% de las pacientes entre el cuarto y sexto mes postparto¹².

- La identificación de los grupos de riesgo: sería aconsejable profundizar en las características pre y postnatales que pudieran predecir una mayor probabilidad a desarrollar esta patología^{12, 22}.

- Información- Educación: existe una escasa documentación de este problema entre el personal sanitario; sería necesario para una detección precoz ofrecerles una información adecuada, junto con la creación de grupos de apoyo a las madres embarazadas, que hicieran participar también a los padres, en los que se tratasen los síntomas de la depresión y los posibles sentimientos de ansiedad, miedo o inseguridad que pueden aparecer tras el parto ¹².

-Relación médico paciente: el médico o la matrona de atención primaria debería atender a las quejas somáticas inespecíficas de la mujer y ser capaz de distinguir lo que es debido a la adaptación al cambio y lo que puede considerarse un cuadro depresivo.

Se han utilizado diversos instrumentos para la detección de la depresión postparto (Brombley Postnatal Depression Scale, Zerssen Self-Rating Scale, etc.) destaca por su amplia utilización y múltiples validaciones The Edimburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)²⁴. Los creadores fueron Cox y colaboradores, esta escala fue desarrollada en centros de salud de Livingston y Edimburgo para ayudar a los profesionales de Atención Primaria en la detección de la depresión postparto y ha sido validada en numerosos países^{25, 26, 27, 28}. Se trata de una escala compuesta por 10 ítems, cada uno de los cuales tienen cuatro alternativas, las que puntúan entre 0 y 3.

Se puede apreciar que los puntajes más altos orientan hacia la presencia de mayor sintomatología de estos cuadros.

En el estudio original²⁸ se contrastaron los resultados de la escala con dos tipos de criterios diagnósticos, el S.P.I.(Standardizen Psychiatric Interview, de Goldberg) y el R.D.C (Research Diagnostic Criteria). Utilizando un punto de corte para establecer la depresión postparto entre 12 y 13 se encontraron los siguientes resultados:

Al comparar con elS.P.I.:

- sensibilidad = 85%
- especificidad = 77%
- valor predictivo positivo = 83%

Al comparar con el.....R.D.C.:

- sensibilidad = 86%
- especificidad = 78%
- valor predictivo positivo = 73%.

Se encontró un valor de 0,87 para el coeficiente alfa estandarizado.

Los autores sugieren que podrían usarse un punto de corte entre 9/10 para aumentar la sensibilidad y así ser utilizado como herramienta de screening atención primaria. En un estudio posterior⁸ donde se usaron los criterios diagnósticos del DSM III para depresión mayor y se utilizó el punto de corte original entre 12/13, se encontró una sensibilidad del 95 % y especificidad del 93 %.

Manejo terapéutico.

Existe escasa literatura que se ocupe de la prevención y el tratamiento multifactorial de estos trastornos, pero un manejo terapéutico adecuado incluye:

- Tratamiento psicoterapéutico. La importancia que ha llegado a tener las medidas de apoyo y psicoeducacionales para disminuir en forma significativa la incidencia de los síntomas depresivos ha dado lugar a creación de grupos de soporte y asociaciones dirigidas al tratamiento de los problemas^{12, 23}. En el Maternity Blues, dado que es un cuadro transitorio y sin consecuencias, dar seguridad y apoyo, junto a información sobre su posible aparición y clínica suele ser suficiente en la mayoría de los casos¹². Sin embargo a veces su resolución puede verse comprometida y las mujeres que lo experimentan pueden tener un riesgo aumentado para desarrollar una depresión postparto^{12, 23}.

- Tratamiento farmacológico: existen muy pocos estudios que permitan obtener conclusiones fiables sobre este tema. Aunque la psicoterapia constituye el tratamiento de primera línea, muchas pacientes con depresión postparto moderada o grave requieren un tratamiento con psicofármacos; los más usados son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Se sabe poco de los riesgos de exposición al niño a la medicación a través de la leche materna, ya que se suele retirar la lactancia, por lo que se debe valorar en forma individualizada la relación beneficio/riesgo y siempre debe informarse a la mujer y su pareja de los datos que se conocen acerca de la lactancia y el uso de psicofármacos.

Si la mujer tiene una historia previa de depresión postparto la medicación con antidepresivos debe iniciarse inmediatamente después del parto para prevenir recaídas. El tratamiento debe mantenerse seis meses a un año^{12, 23}.

Si en la psicosis postparto existe un riesgo para el niño (abuso, infanticidio, abandono) o para la madre (autoagresión o suicidio), está indicado el ingreso psiquiátrico. Deben usarse fármacos estabilizadores del estado de ánimo y, con gran frecuencia, neurolépticos para controlar las crisis agudas y los periodos de agitación.

Prevención.

Varios estudios insisten en que las alteraciones siquiátricas del postparto se relacionan con acontecimientos subsiguientes, que van desde una sutil interferencia con una educación infantil sana, a situaciones del descuido y abusos físicos con los hijos. Existen bastantes pruebas de que las madres despliegan una pauta característica de comportamiento interactivo, y de que los niños tienen trastornos del estado anímico y poco desarrollo cognitivo²⁹.

Se ha señalado que las madres que se consideran a sí mismas deprimidas, tras el parto, tienden a tratar a sus hijos como si fueran frágiles y suelen tener más problemas en la educación de sus bebés.

Existe un escaso acuerdo sobre los mecanismos que producen las alteraciones psiquiátricas del postparto, incluso si se les da una clasificación diagnóstica oficial, pero nadie discute que el período postparto es un momento propicio, y desafortunado, para sufrir un episodio de enfermedad mental. Los costos emocionales, financieros y de otro tipo causados para tal enfermedad, se pagan no solo por parte de los pacientes, sino también de la pareja, el neonato y cualquier otro niño presente en la familia.

Es por ello primordial y realmente necesario realizar un diagnóstico en forma precoz.

Se ha visto en la actualidad que los profesionales de la salud no diagnostican estos cuadros a pesar del contacto regular que mantienen con las madres³⁰. Es muy probable que las razones por las cuales no se realiza el diagnóstico precoz sea porque el profesional de la salud se encuentre más orientado y preocupado por el estado físico de la paciente, por el alta precoz desde el hospital, por tendencia a pensar que los cambios de ánimo y son solo disforias las cuales serán transitorias y sin importancia orientar o simplemente por falta de entrenamiento de los profesionales de la salud en la pesquisa de psicopatologías puerperales.

Es necesario entregar información y apoyar a la mujer desde el periodo gestacional, facilitándose al máximo la accesibilidad a los profesionales con el fin de facilitar la expresión de dudas y poder recibir el asesoramiento adecuado en conjunto.

Además es importante ayudar a una adecuada psicoprofilaxis del parto ofreciendo aquellos recursos que han sido útiles para una adecuada preparación psicofísica durante el parto a toda mujer embarazada.

Para favorecer una buena relación madre-hijo es imprescindible eliminar las trabas que dificulten el contacto precoz madre-hijo, fomentando la organización asistencial que lo favorezca.

Los grupos con un objetivo psicoprofiláctico son especialmente útiles pues entregan ayuda psicológica a las madres, pudiendo compartir con otras mujeres su situación de ansiedades, fantasías y temores generados por el periodo puerperal.

Por los efectos potencialmente destructivos y penetrantes de las enfermedades siquiátricas maternas sobre las mujeres, las familias y el desarrollo de los hijos, lograr un entendimiento de estas alteraciones merece un esfuerzo y atención importantes.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1 Problema de investigación

Problemas:

- Existe relación entre los factores biopsicosociales y la depresión postparto?
- Hay un subdiagnóstico de depresión postparto en las mujeres puérperas?

1.2 Hipótesis

- Los factores sociodemográficos como la edad, estado civil, instrucción, trabajo de ella, de él , el tipo de trabajo de ambos, ingreso económico familiar, tipo de vivienda, paridad son factores asociados con Depresión Postparto diagnosticada a través de la escala de Edimburgo en mujeres puérperas residentes en Quito del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín atendidas entre los meses de mayo-junio del 2006 y septiembre-octubre del 2007 en la ciudad de Quito
- Los factores emocionales como su relación con la pareja, antecedentes depresivos previos son factores asociados con Depresión Postparto diagnosticada a través de la escala de Edimburgo en mujeres puérperas residentes en Quito del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín atendidas entre los meses de mayo-junio del 2006 y septiembre-octubre del 2007 en la ciudad de Quito
- Los factores biológicos como complicaciones durante el embarazo, si hubo hospitalización, el tipo de parto, planificación del embarazo, antecedentes de abortos, enfermedades crónicas de la madre, morbilidad del RN y hospitalización

neonatal son factores asociados con Depresión Postparto diagnosticada a través de la escala de Edimburgo en mujeres puérperas residentes en Quito del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín atendidas entre los meses de mayo-junio del 2006 y septiembre-octubre del 2007 en la ciudad de Quito

1.2 Objetivos

Objetivo General

- Determinar los factores biopsicosociales asociados a Depresión Postparto diagnosticada a través de la escala de Edimburgo en mujeres puérperas residentes en Quito del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín atendidas entre los meses de mayo-junio del 2006 y septiembre-octubre del 2007 en la ciudad de Quito.

Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de Depresión posparto en el grupo de estudio.
- Identificar la distribución de edad, estado, civil, instrucción, área laboral, ingreso económico, tipo de vivienda, paridad, relación de pareja, antecedentes depresivos, complicaciones del embarazo, complicaciones del RN tanto en la población en general así como en cada grupo del estudio.
- Determinar la asociación de los factores sociodemográficos como la edad, estado civil, instrucción, trabajo de ella, de él, el tipo de trabajo de ambos, ingreso económico familiar, tipo de vivienda, paridad y la presencia o no de depresión posparto.
- Determinar la asociación de factores emocionales como su relación con la pareja, antecedentes depresivos previos en la presencia de depresión posparto.

- Determinar la asociación de factores biológicos como complicaciones durante el embarazo, si hubo hospitalización, el tipo de parto, planificación del embarazo, antecedentes de abortos, enfermedades crónicas de la madre, morbilidad del RN y hospitalización neonatal en la presencia de depresión posparto.

1.4 Tipo de estudio.

El presente estudio corresponde a un diseño epidemiológico de casos y controles anidado.

Definición de caso: para los fines de esta investigación, se considera como caso a toda aquella mujer que tenga depresión posparto a los 28 días de puerperio diagnosticada por el Test de Edimburgo

Definición de control: como controles se considera a todas aquellas mujeres que no presenten depresión posparto a los 28 días de puerperio diagnosticada por el Test de Edimburgo

1.5 Lugar de estudio.

El estudio se realizó en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín

1.6 Tiempo de estudio.

El desarrollo de este estudio se extendió en un período de tiempo comprendido entre el último semestre del 2006 y el primer semestre del 2007.

2. UNIVERSO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.

2.1 Universo.

El universo fue toda mujer embarazada que se encuentre en piso del servicio de Gineco-Obstetricia tras el parto del Hospital Carlos Andrade Marín durante el período que compromete el estudio y que cursen posteriormente el puerperio tardío.

2.2 Muestra.

La muestra fue el total de mujeres puérperas que dan su consentimiento a participar. Las mujeres debían cursar su puerperio mediano y debían tener su recién nacido vivo. El total de la muestra fue 138 mujeres; las que se seleccionaron en una primera etapa para observar el comportamiento de las variables junto a depresión, tras lo cual se calculó la muestra con los siguientes valores:

99% nivel de significancia

80% de poder

72% no depresión

28% si depresión

3 controles: 1 caso

90 casos y 30 controles

El final de la muestra fue de 138 mujeres ya que hubo pérdida de pacientes durante el seguimiento e información incompleta razón por la cual se completó el número con 102 controles y 36 casos.

Criterios de inclusión

1. Lugar de residencia en Pichincha
2. Con número telefónico
3. Mujeres que estén en hospitalización en el posparto mediato
4. Pacientes que firmen el consentimiento informado
5. Pacientes que no cumplan ninguno de los criterios de exclusión
6. Mujeres puérperas con RN vivo

Criterios de exclusión

1. Lugar de residencia fuera de Pichincha
2. Sin número telefónico
3. Mujeres que no pasen hospitalización en el posparto mediato
4. Pacientes que no firmen el consentimiento informado
5. Madres con RN fallecido

3. VARIABLES.

Variables	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Lapso desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Cuantitativa	Rangos de edad	Grupo etario I: < 20 años. Grupo etario II: 20-35 años. Grupo etario III: > 35 años
Relación de Pareja	Situación de la paciente al tener o no un compañero.	Cualitativa	Tiene Pareja	Si No
Situación de trabajo de la mujer	Situación en que la paciente labora en algún sitio.	Cualitativa	Trabajo en la paciente.	Si No
Tipo de trabajo de la mujer	Tipo de trabajo que ella mantiene fijo por determinado tiempo	Cualitativa	Tipo de trabajo	Trabajo con contrato Trabajo honorario. Cesante. Dueña de casa. Estudia.
Situación de trabajo de la pareja	Situación en que la pareja de la paciente labora en algún sitio.	Cualitativa	Trabajo en la pareja.	Si No
Tipo de trabajo de la pareja	Tipo de trabajo que la pareja mantiene fijo por determinado tiempo	Cualitativa	Tipo de trabajo	Trabajo con contrato Trabajo honorario. Cesante. Estudia.
Ingreso Familiar	Cantidad de dinero que ingresa a la familia.	Cuantitativa	Ingreso	USD
Ingreso Familiar para	Cantidad de dinero que	Cualitativa	Ingreso en relación a 500	> de 500 USD

cubrir la canasta básica	ingresa a la familia para suplir el valor de la canasta básica		USD	< de 500 USD
Dependencia de pensión en las pacientes	Dependencia de la paciente económica referente de otra persona.	Cualitativa	Dependiente	Si No
Tipo de Vivienda	Cualidad de propiedad o comodato de la vivienda de la paciente	Cualitativa	Tipo de vivienda	Arrendada. Compartida con los padres. Compartida con suegros. Propia.
Instrucción de la Paciente	Nivel educativo de la paciente.	Cualitativa	Niveles de instrucción	Primaria Secundaria Técnico/Superior
Antecedentes de problemas psiquiátricos previos al embarazo actual	Presencia previa de una enfermedad psiquiátrica.	Cualitativa	Antecedente	Si No
Antecedentes de tratamiento de trastornos depresivos	Tratamiento en problema psiquiátrico previo	Cualitativa	Tratamiento previo	Si No
Tipo de parto	Forma de desenlace del embarazo.	Cualitativa	Tipo básico de parto	Eutócico. Cesárea.
Antecedentes de aborto	Embarazo que se haya resuelto antes de las 20 semanas de gestación.	Cualitativo	Aborto previo	Si No
Número de hijos.	número de hijos que tiene vivos la puerpera.	Cuantitativa	Número de hijos.	1 hijo 2 hijos 3 y más hijos

Patologías asociadas al embarazo y parto.	Enfermedades relacionadas al embarazo.	Cualitativa	Presencia	Si No
Tipo de complicaciones durante el embarazo	Tipo de problemas provocada por el embarazo ó parto	Cualitativa	Patologías	Descripción y frecuencia de patologías
Enfermedades crónicas	Presencia de enfermedades no relacionadas al embarazo de larga duración.	Cualitativa	Presencia	Si No
Tipo de enfermedades crónicas	Tipo de patologías no relacionadas al embarazo de larga data	Cualitativa	Patologías	Descripción y frecuencia de patologías
Morbilidad del recién nacido	Presencia de enfermedad en el neonato.	Cualitativa	Presencia	Si No
Hospitalización del RN	Ingreso y número de días del recién nacido dentro del recinto hospitalario producto de la presencia de una enfermedad.	Cualitativa	Hospitalización del RN	Si No
Número de días de Hospitalización	Cantidad de días desde el ingreso hasta el alta del RN	Cuantitativa	Días	Numérica
Maternity Blues	Tristeza puerperal a los quince días del parto.	Cualitativa	Escala de Edimburgo, se toma como valor de corte a 12, si es mayor es positivo para Maternity Blues y si es menor es negativo	Con Maternity Blues Sin Maternity Blues

Depresión Postparto.	Síndrome caracterizado por estado de ánimo deprimido y pérdida de interés en la vida con una duración mínima de 2 semanas.	Cualitativa	Escala de Edimburgo, se toma como valor de corte a 12, si es mayor es positivo para depresión y si es menor es negativo	Con depresión Sin depresión
-----------------------------	--	-------------	---	--------------------------------

4. INSTRUMENTO.

El instrumento utilizado para diagnosticar depresión postparto es el “Test de depresión postparto de Edimburgo”. Se trata de una encuesta estructurada con preguntas cerradas que puntúan la presencia de síntomas y signos propios de la Depresión Postparto. El puntaje total obtenido se dicotomiza en ausencia o existencia de depresión postparto. Se aplicó mediante entrevista personal vía telefónica en un tiempo aproximado de 5 minutos en mujeres que cursaban sus 14 y 28 días postparto. (Anexo 1).

Para recopilar los datos sobre factores de riesgo de depresión en el puerperio se elaboró una encuesta incluida en el anexo 2 y se aplicó en la segunda entrevista.

4.1 Validación del instrumento.

La escala de depresión postparto de Edimburgo fue validada y traducida al castellano a través de un estudio de casos y control que se efectuó en un grupo de mujeres chilenas por el Dr. Rubén Alvarado, Sr. Aldo Vera, Dra. Marcela Rojas, Dr. Eugenio Olea, Dr. Jorge Monardes, Sr. Emilio Neves. Se trata de una escala compuesta por 10 ítems, cada uno de los cuales tienen cuatro alternativas, las que puntúan entre 0 y 3. Aquí se recomienda utilizar como punto de corte entre 9/10 para los estudios de screening, dado que se obtiene una sensibilidad aceptable. Si se usa para precisar los casos es preferible utilizar un punto de corte entre 12/13 ó 13/14, ya que se logran valores adecuados para la especificidad y el valor predictivo positivo.

5. ADMINISTRACIÓN.

5.1 Autorización para realizar el estudio.

Para realizar este estudio se solicitó la autorización a través de una carta y una copia del proyecto al director del Hospital Carlos Andrade Marín Dr. Dávalos.

6. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.

El análisis de los datos se realizó en dos etapas:

a) en primer lugar se realizó una descripción a través de la distribución de cada variable mediante tablas de frecuencia y gráficos.

b) posteriormente se realizó un análisis de asociación a través de un estudio de los posibles factores asociados a la presencia de depresión postparto, sin considerar el grado de enfermedad, sólo si la persona presenta o no la patología. Para esto se utilizaron tablas de contingencia.

Para el análisis se empleó el software S.P.S.S. version 12.0 y Epi-Info 2002

CAPITULO IV

RESULTADOS

Análisis Descriptivo

I. Información Socio – Demográfica

a) Edad:

El promedio fue de 28,75 años, con una desviación estándar de 5,16 años, el rango de edades estuvo comprendido entre los 19 y 42 años. En cuanto a los grupos operacionales se encontró al 0,7% menor de 20 años, 89.1% entre 20 a 35 años y el 10,1% tuvieron más de 35 años.

b) Relación de Pareja:

La mayoría de las mujeres en el estudio tienen una relación de pareja estable que representa el 70,3% (n=97) mientras que el 29,7% (n=31) no lo tiene.

Tabla 1: Relación de Pareja

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Con Pareja	97	70,3%	70,3%
Sin Pareja	31	29,7%	100,0%
Total	138	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta
Elaboración Autora

c) Instrucción de la Población de estudio

Pocas pacientes tienen instrucción primaria exclusiva 3,6% (n=5), mientras que el grupo mayoritario corresponde a Instrucción secundaria 50%(n=69) seguido por instrucción técnica-superior 46,4%(n=64).

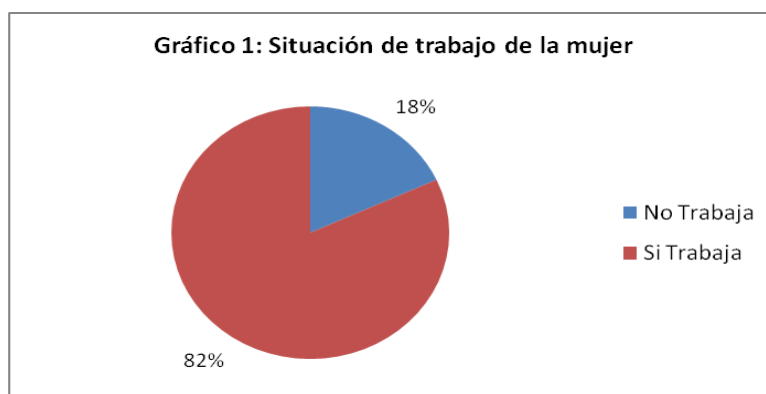
Tabla 2: Instrucción de la población

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria	5	3,6%	3,6%
Secundaria	69	50,0%	53,6%
Técnica / superior	64	46,4%	57,2%
Total	138	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta
Elaboración Autora

d) Situación de trabajo de la mujer:

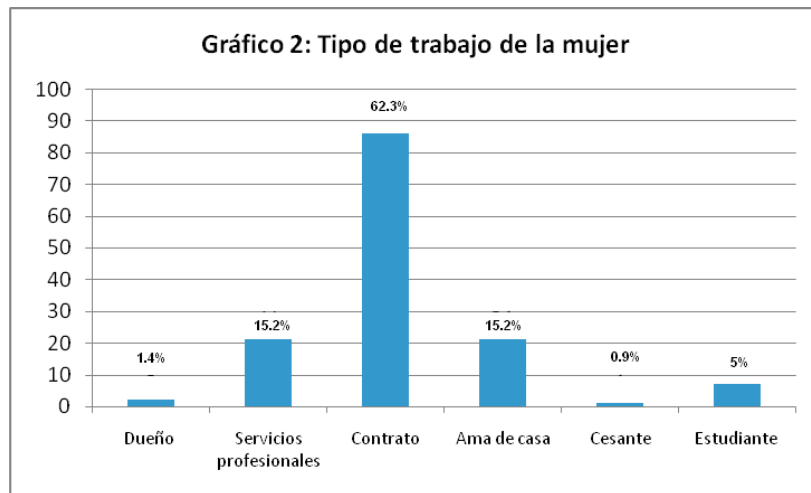
La situación laboral de la población en estudio corresponde a un 82% (n=113) de mujeres con trabajo estable y un 18% de mujeres sin trabajo actual (n=25).



Fuente: Encuesta
Elaboración Autora

e) Tipo de trabajo de la mujer:

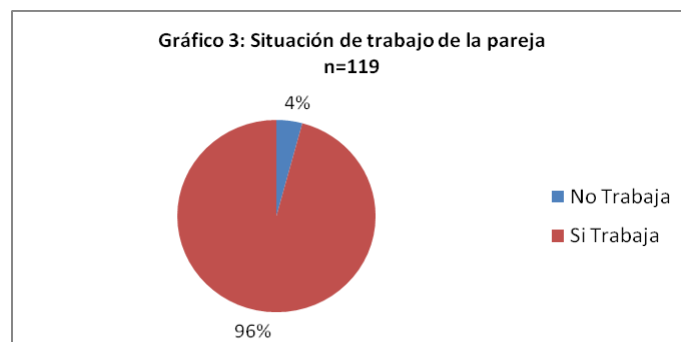
Del 82% de la población en estudio que si trabaja, el 62.3% (n=86) lo realizan bajo contrato o se los consideraría como dependientes, un 15% bajo honorarios (n=21) y otro 15% son amas de casa. El 7% restante esta representada por estudiantes con trabajo de medio tiempo, cesantes y propietarios.



Fuente: Encuesta
Elaboración Autora

f) Situación de trabajo de la pareja

119 pacientes tienen pareja, de ellas el 4% de sus cónyuges (n=5) no tiene trabajo, el resto, 96%, si presenta algún tipo de trabajo, que corresponden a un 76% (n=99) con trabajo bajo contrato, un 16% (n=20) a servicios profesionales y el 8% restante son estudiantes con trabajo a medio tiempo, propietarios y cesantes.



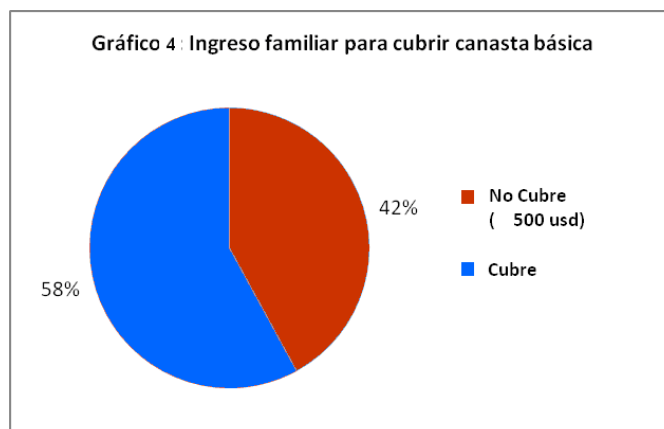
Fuente: Encuesta
Elaboración Autora

g) Ingreso Familiar:

El promedio de ingreso familiar es de 555,80 USD, el rango de ingresos familiares está comprendido entre los 150 y 2500 USD.

h) Ingreso Familiar para cubrir la canasta básica.

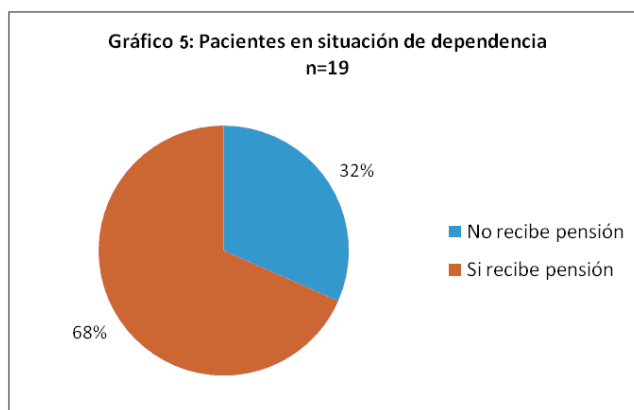
El ingreso familiar que con mas frecuencia se presentó fue de 500USD (n=23). Referente a un nivel de adquisición bajo el de la canasta familiar (488 USD) se observa que el 42,02% (n=58) tiene un ingreso menor al de canasta básica, 57.98% (n=80) tiene ingresos superior al de la canasta básica (hasta 650 USD).



Fuente: Encuesta
Elaboración Autora

i) Dependencia de pensión en las pacientes.

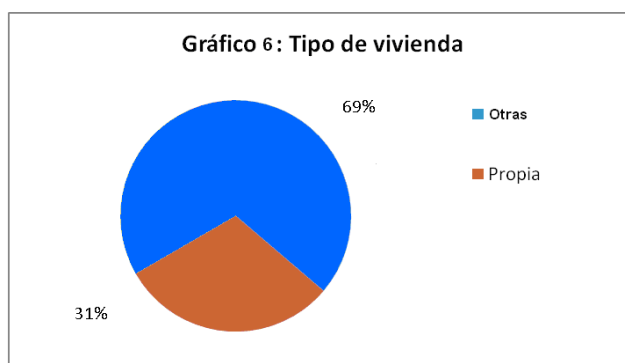
La mayor parte de la población estudiada se encuentra en situación de dependencia (separadas o estudiantes) con un porcentaje de 68 % que corresponde las 19 pacientes sin embargo, de este grupo la tercera parte (n=6 o 32%) no tienen apoyo financiero.



Fuente: Encuesta
Elaboración Autora

i) Tipo de vivienda:

El tipo de vivienda que mayor porcentaje presentó en el estudio fue la arrendada con un 36% (n= 50 pacientes), seguida por la propia con un 31% (n= 42). Las menos frecuentes fueron la compartida con los padres y la compartida con los suegros con un 26% y 7% (n= 37 y 9 respectivamente).

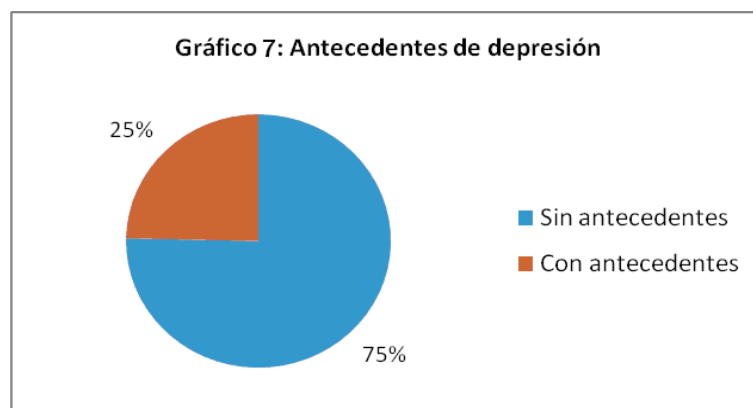


Fuente: Encuesta
Elaboración Autora

II. Factores Psicológicos

a) Antecedentes de problemas psiquiátricos depresivos previos al embarazo

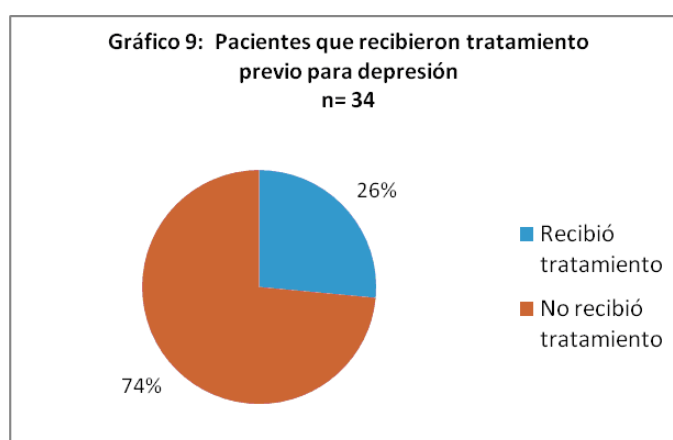
De las 138 mujeres puérperas en estudio el 75% no tuvo antecedentes de depresión y el 25% si los tuvo que equivalen a una frecuencia 104 y 34 mujeres respectivamente.



Fuente: Encuesta
Elaboración Autora

b) Pacientes que recibieron tratamientos previos para depresión:

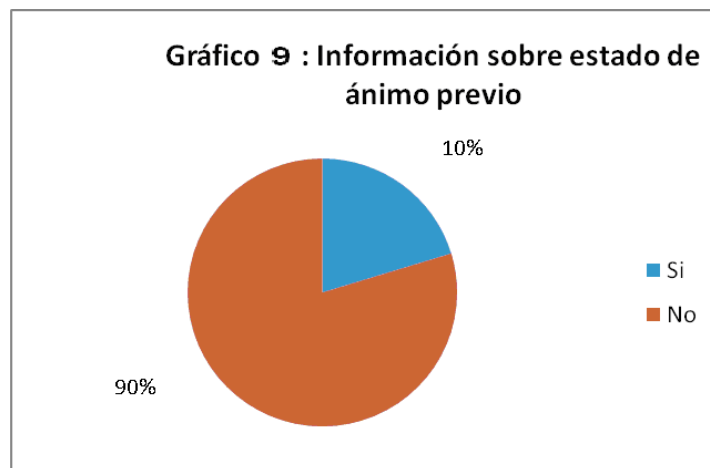
Del 25% de la población en estudio que presentó antecedentes depresivos, el 26% (n=9) recibió algún tipo de tratamiento mientras que un 74% (n=25) no lo tuvo



Fuente: Encuesta
Elaboración Autora

c) Información anterior sobre su estado anímico (Le han preguntado sobre su estado de Animo?)

De las 138 mujeres puérperas del estudio el 90% (124) de la muestra no le preguntaron previamente sobre su estado de ánimo, en tanto que al 10% (n=14) si lo hicieron.

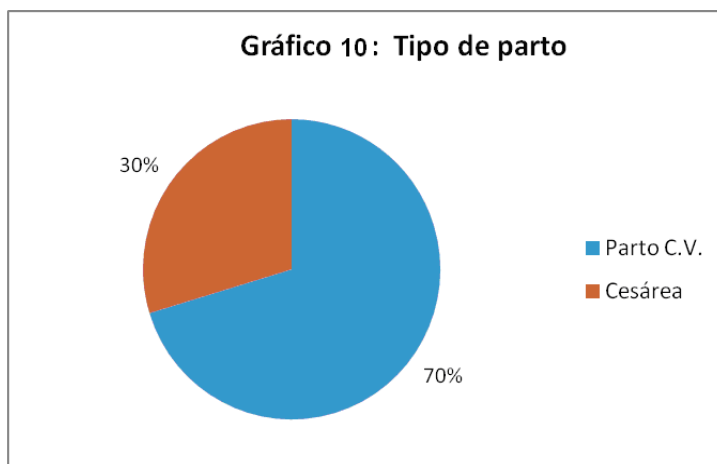


Fuente: Encuesta
Elaboración Autora

III. Factores Biológicos

a) Tipo de parto actual:

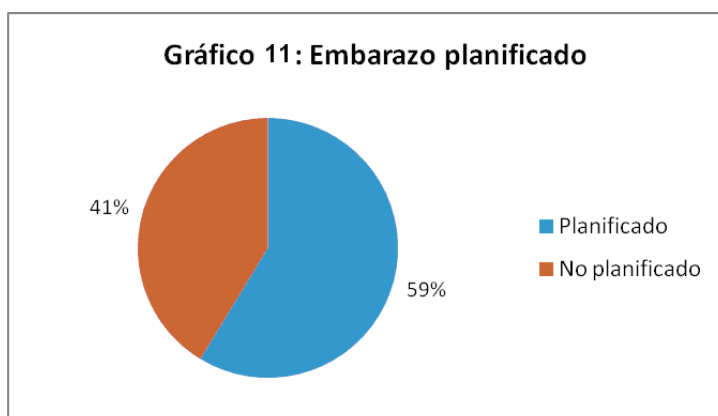
De las 138 mujeres puérperas en estudio 97 de ellas (70%) tuvo parto céfalo-vaginal y 41 de ellas con un 30% tuvieron cesárea.



Fuente: Encuesta
Elaboración Autora

b) Embarazo actual planificado:

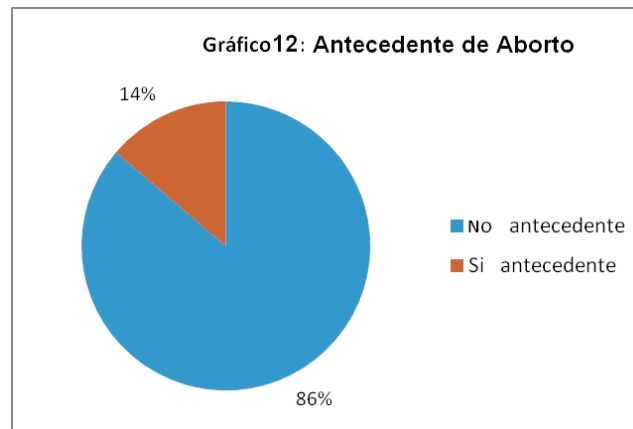
De las 138 mujeres estudiadas, 81 de ellas con un 59% si planificaron el embarazo y 57 de ellas con un 41% no lo planificaron.



Fuente: Encuesta
Elaboración Autora

c) Antecedentes de aborto:

De las 138 mujeres púerperas en estudio 119 de ellas que equivale a un 86% no evidenció abortos previos mientras que 19 de ellas con un 14% si presentó abortos previos.



Fuente: Encuesta
Elaboración Autora

d) Tipo de aborto:

De las 19 pacientes que si presentaron abortos previos, 16 de ellas con un porcentaje de 84.2% fue espontáneo, el 10.5% provocado siendo dos de las pacientes y el 5.3% terapéutico solo una de ellas.

Tabla 3: Tipo de Aborto

Tipo de aborto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Espontáneo	16	84,2%	84,2%
Provocado	2	10,5%	94 ,7%
Terapéutico	1	5,3%	100,0%
Total	19	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Autora

e) Número de hijos

El 42.7% de pacientes tuvo un hijo previamente; 42% ha tenido dos hijos, un 15,3% tuvo tres hijos.

Tabla 4: Número de Hijos

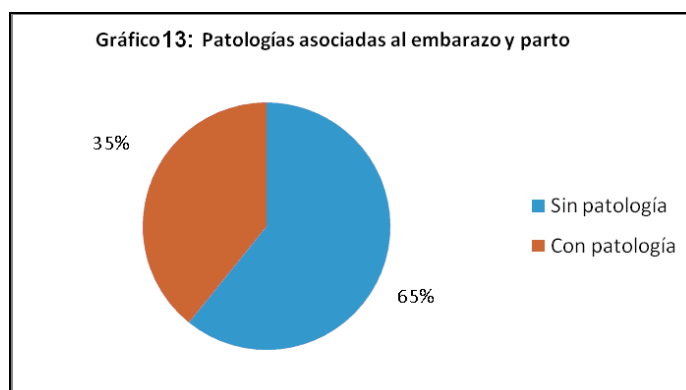
Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Uno	59	42,7%	42,7%
Dos	58	42,0%	84,7%
Tres	21	15,3%	100,0%
Total	138	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta

Elaboración: Autora

f) Patologías asociadas al embarazo actual y parto:

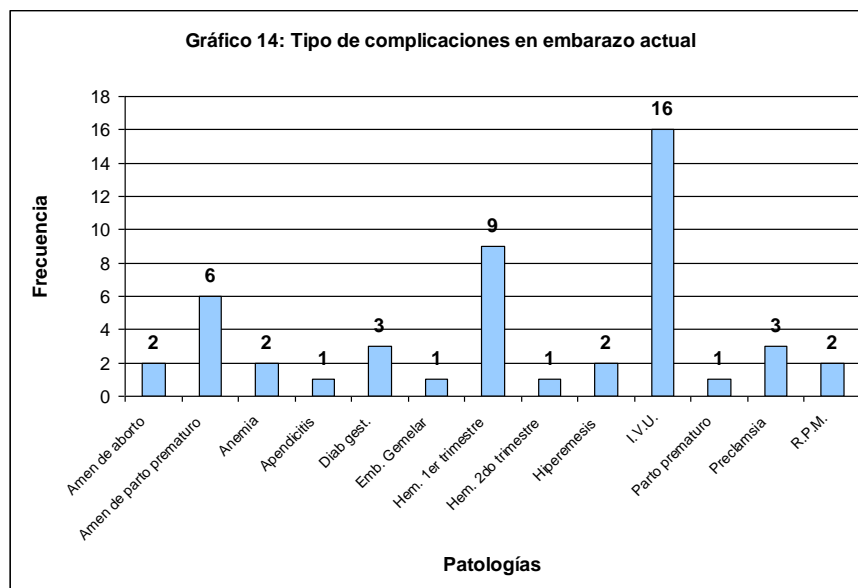
El 65% (n=90) de la población en estudio no tuvo complicaciones durante el embarazo y un 35% (n=48) si los tuvo.



Fuente: Encuesta
Elaboración: Autora

g) Tipo de complicaciones durante el embarazo actual:

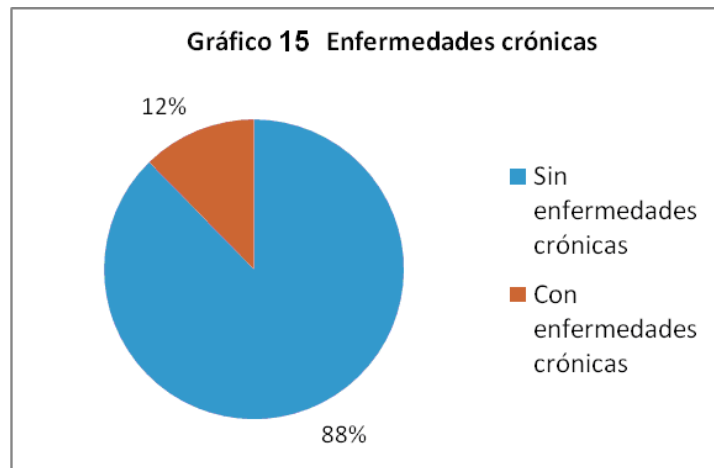
Del 35% (n=48) de las mujeres en estudio que presentaron complicaciones durante el embarazo, las infecciones de vías urinarias fue la complicación con mayor frecuencia (n=16) con un 12% seguida por hemorragia del 1er trimestre con un 7% (n=9) y el 4% (n=6) amenaza de parto prematuro. Las menos frecuentes fueron apendicitis, embarazo gemelar y parto prematuro con un 0,7% respectivamente.



Fuente: Encuesta
Elaboración: Autora

h) Enfermedades crónicas:

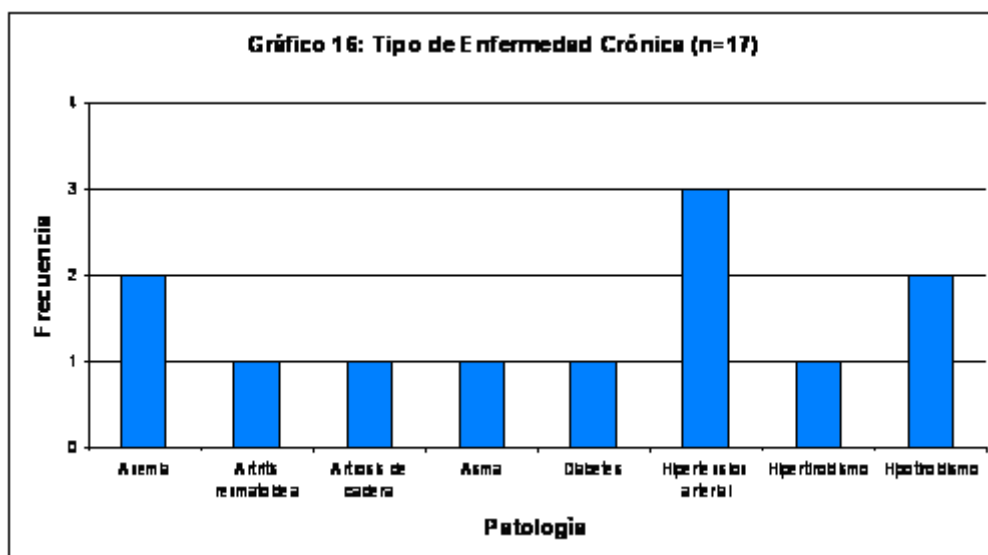
El 88% de la población en estudio (n= 121) no presentaban ningún tipo de enfermedad crónica y un 12%, (n=17) si las tenían.



Fuente: Encuesta
Elaboración: Autora

i) Tipo de enfermedad crónica:

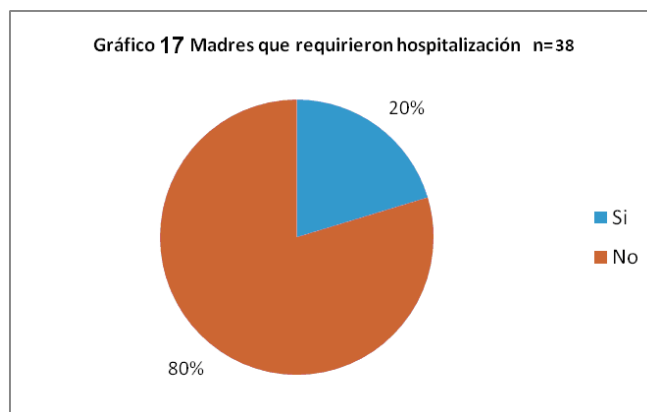
Del 12% (n=17) de las mujeres púerperas del estudio que si presentaron algún tipo de enfermedad crónica el 24% (n=4) presentaron asma siendo esta patología la de mayor frecuencia, seguida de hipertensión con un 18% (3 mujeres) y un 12% de Anemia e Hipotiroidismo (2 mujeres). Las patologías de menor frecuencia fueron Artritis reumatoide, artrosis de cadera, diabetes mellitus e hipertiroidismo con un 6% cada una.



Fuente: Encuesta
Elaboración: Autora

j) Hospitalización durante el embarazo actual:

Del 35% (n=48) de las mujeres que presentaron alguna complicación durante el embarazo el 20% de ellas (n=10) se hospitalizó y un 80% (n=38) no.

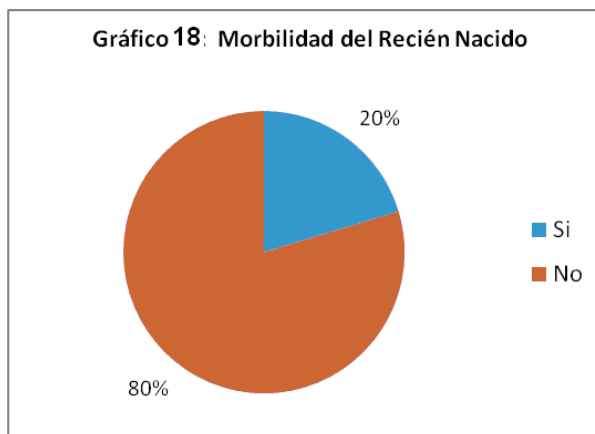


Fuente: Encuesta
Elaboración Autora

Factores relacionados con el Recién Nacido

k) Morbilidad del recién Nacido

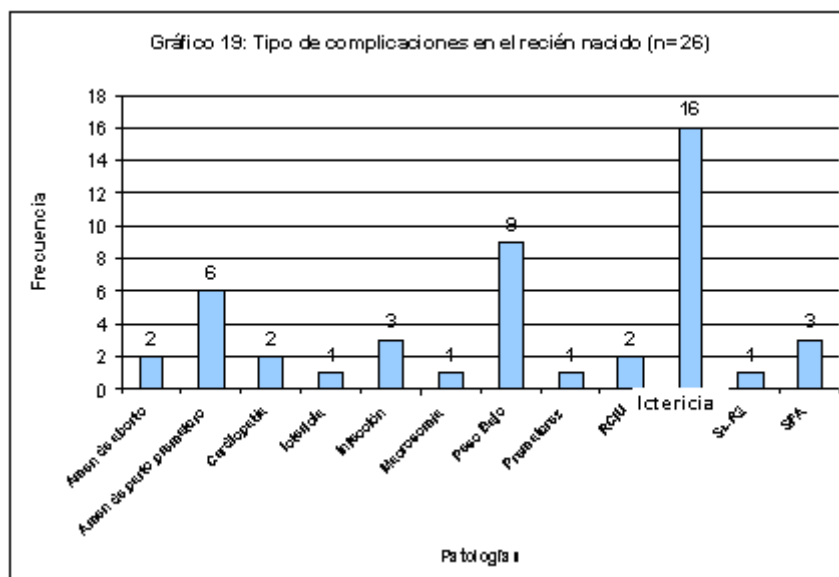
De las 138 mujeres puérperas del estudio el 80% (n=110) de los recién nacidos no presentó morbilidad mientras que el 20% (n=28) si presentaron algún tipo de morbilidad.



Fuente: Encuesta
Elaboración Autora

k) Tipo de morbilidad del recién nacido

De las 26 mujeres puérperas que sus recién nacidos si presentaron algún tipo de morbilidad; el tipo de morbilidad que con más frecuencia se presentó fue ictericia y prematuridad con un 26.9% (n=7) respectivamente, seguido de RCIU con un 11.5% (n= 3). Después le sigue bajo peso y macrosomía con un 7% (n=2) cada una. Las morbilidades menos frecuentes fueron cardiopatía, infección, Sdr. De Down, SRD2 y SFA con un 3.8% (n= 1) respectivamente.

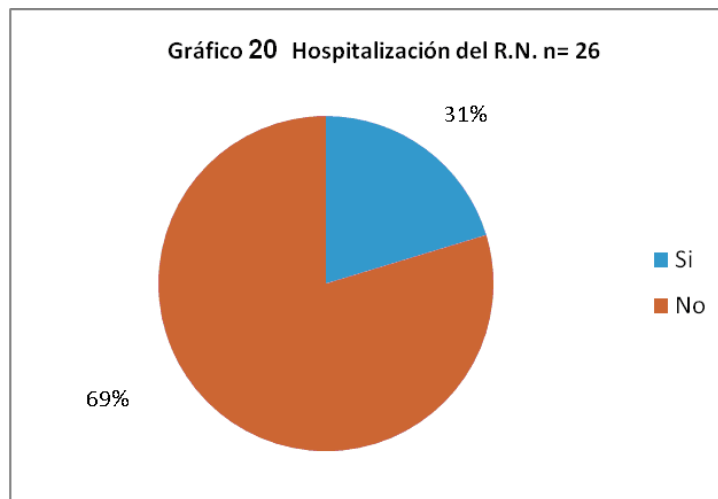


Fuente: Encuesta¹
Elaboración Autora

¹ RCIU: Retraso del crecimiento intrauterino, SDR2: Síndrome del Distres Respiratorio tipo 2, SFA: Sufrimiento fetal agudo.

l) Hospitalización del recién nacido

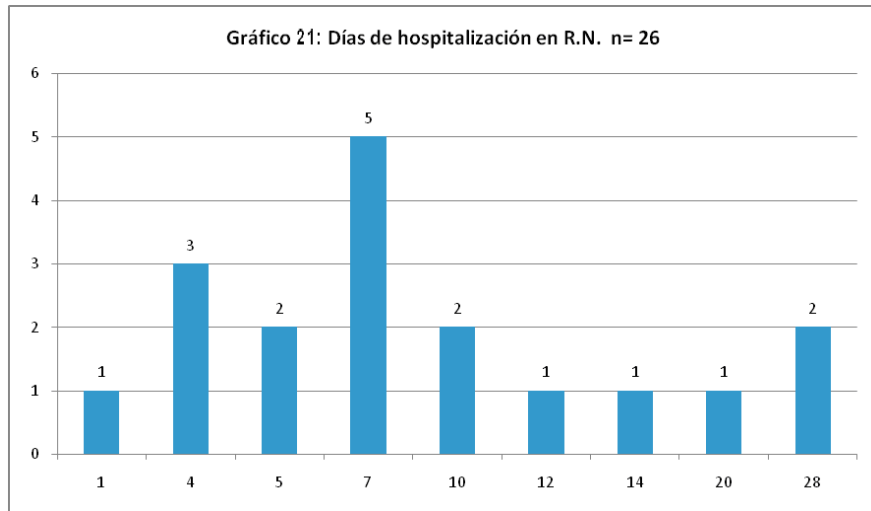
De los 26 recién nacidos que si presentaron algún tipo de morbilidad, 69% (n=18) requirieron hospitalización mientras que 8 de ellos (31%) no lo necesitaron.



Fuente: Encuesta
Elaboración Autora

m) Días de hospitalización del recién nacido

El promedio de hospitalización fue 10 días, con un rango entre 1 a 28 días. La gran mayoría de pacientes (27,8%) de los 18 hospitalizados estuvo internado por un tiempo de 7 días, el 16,7% tuvo un período de 4 días y el 38,9% tuvo un tiempo de hospitalización de diez o más días.

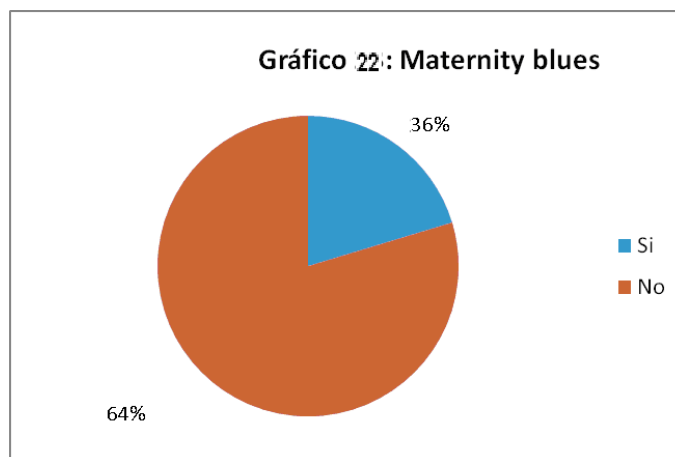


Fuente: Encuesta
Elaboración Autora

III. Depresión post parto

a) Puntuación en test de Edimburgo (Maternity blues)

Del total de mujeres incluidas en el estudio el 64% (n=88) de las presentaron maternity blues, en relación al 36% (n=50) que no presentó.



Fuente: Encuesta
Elaboración Autora

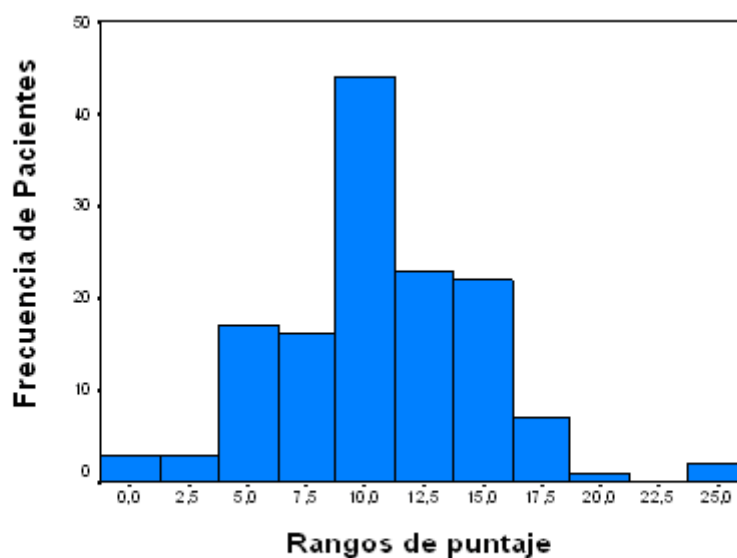
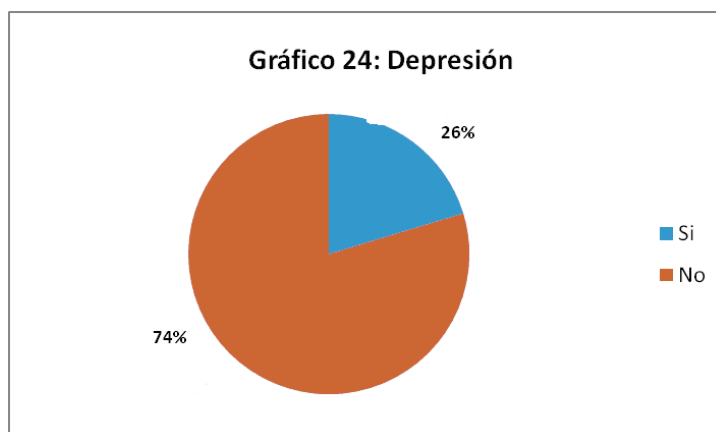


Gráfico 23: Histograma de la Puntuación del test de Maternity Blues

Fuente: Encuesta
Elaboración Autora

b) Puntuación en test de Edimburgo (Depresión)

El punto de corte reportado en la literatura es 12 en la puntuación del examen, de acuerdo a esto el 26% (n=36) de las pacientes tuvo depresión de acuerdo a la escala de Edimburgo y el 74% (n=102) no.



Fuente: Encuesta

Elaboración Autora

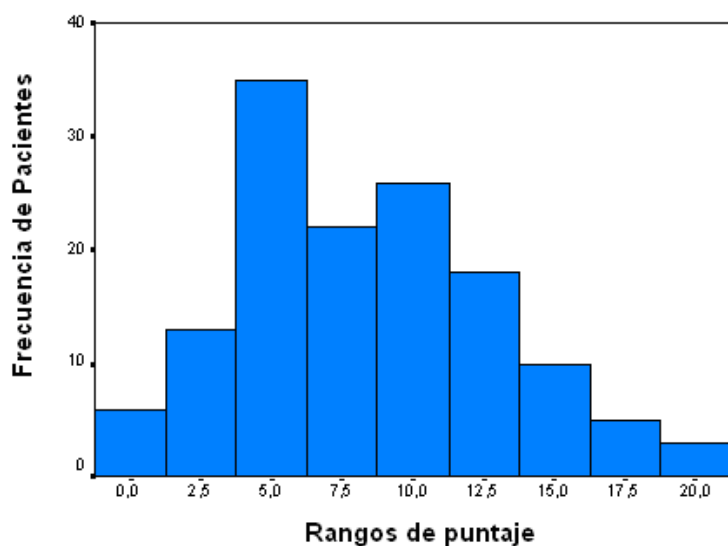


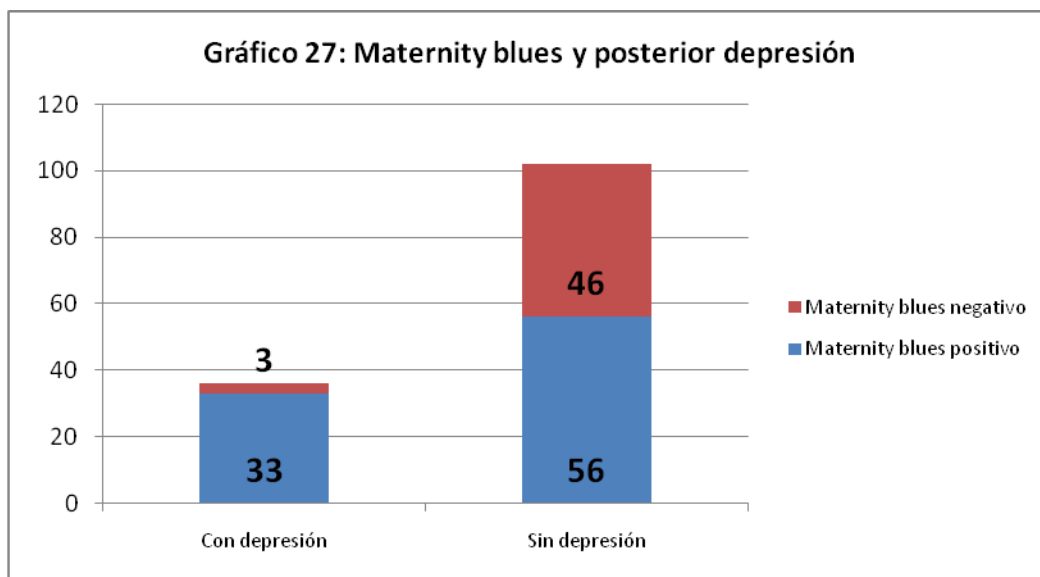
Gráfico 25: Histograma del puntaje relacionado a evaluación de Depresión con la Escala de Edimburgo

Fuente: Encuesta

Elaboración Autora

b) Relación entre maternity blues y Depresión postparto

De las 50 pacientes que no tuvieron Maternity blues apenas 3 presentaron depresión posteriormente mientras que de las 88 pacientes que presentaron maternity blues la tercera parte o 29 de ellas si presentaron depresión postparto.



Análisis Multivariado

Relación entre Depresión Postparto y factores Socio – Demográficos

a) Análisis de edad respecto a Depresión Postparto

Tabla 6: Diferencia de promedios de la edad de los pacientes

	n	Promedio	Valor Mínimo	Valor Máximo	Desviación Estándar	Valor de P
Sin Depresión	102	28,2255	20	42	4,7884	0,0427
Con Depresión	36	30,2500	19	41	5,9203	

El promedio de edad en las mujeres que no presentaron depresión post parto fue de 28,2 años, en relación al promedio de edad del grupo de mujeres que presento depresión post parto fue de 30,2 años, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0.042$).

b) Análisis de edad mayor de 35 años respecto a Depresión Postparto

Tabla 7: Tabla de contingencia entre pacientes mayores de 35 años y depresión

VARIABLE	DEPRESIÓN			CHI	OR	IC 95%	P
	Si	No					
< 35 años	95	28	123	4,423	2,952	1,042 a 8,36	0,04
> 35 años	6	7	13				
Total	101	35	138				

Al realizar el análisis de riesgo se ha considerado los rangos de la literatura que se determinan para estudios de depresión (< 20 años, 20 a 35 años y > 35 años como referencia) encontrándose que el grupo de mayor riesgo corresponde al grupo de edad mayor de 35 años (valor de $p=0.04$),

c) Relación de pareja y Depresión Postparto

Tabla 8: Tabla de contingencia entre pacientes con relación de pareja y depresión postparto

		Depresión		Total
		Si	No	
Relación de Pareja	Si	4	6	10
	No	32	96	128
Total		36	102	138

Chi cuadrado = 1,0824 $p=0,2439413785$

OR = 2,0 (IC95% = 0,5306 a 7,5389)

La presencia de una ruptura de la relación con la pareja (separada-divorcio-solteras) presenta un OR de 2 (IC 95% 0,5306-7,5389) siendo un factor no asociado al desarrollo de de depresión postparto ($p>0.05$).

d) Análisis de educación superior y Depresión Postparto

Tabla 9: Tabla de contingencia entre educación superior y depresión

		Depresión		Total
		Si	No	
Educación Superior	Si	21	48	69
	No	15	54	69
Total		36	102	138

Chi cuadrado = 1,3529 p= 0,1662363120

OR = 1,5750 (IC95% = 0,7305 a 3,3957)

La educación superior de la población en estudio evidenció un OR de 1,57 (IC 95% 0,7305-3,3957) sin demostrar asociación para el desarrollo de depresión postparto ($p>0.05$); De igual manera al realizar el análisis enfocado a educación no se encuentra mayor novedad.

e) Análisis de vivienda propia y Depresión Postparto

Tabla 9: Tabla de contingencia entre vivienda propia y depresión

		Depresión		Total
		Si	No	
Vivienda Propia	Si	17	26	43
	No	19	76	95
Total		36	102	138

Chi cuadrado = 5.859 p= 0,015

OR = 0,506 (IC95% = 0,293 a 0,874)

La disponibilidad de vivienda propia constituye un factor protector para la aparición de depresión postparto, al realizar análisis de otros tipos de vivienda, no se encuentra asociación.

f) Análisis de una relación Buena (Excelente, Muy buena, Buena) con Depresión Postparto

Tabla 11: Tabla de contingencia entre una relación buena y depresión

		Depresión		Total
		Si	No	
Relación buena	Si	16	97	113
	No	20	5	25
	Total	36	102	138

Chi cuadrado = 46,0239 p= 0,0000000003

OR = 0,0412 (IC95% = 0,0135 a 0,1256)

La presencia de una relación buena, es el factor protector sin importar que sea muy buena o excelente.

g) Análisis de relación regular – mala con la pareja y Depresión Posparto

Tabla 12: Tabla de contingencia entre una regular y mala y depresión

		Depresión		Total
		Si	No	
Relación Regular- mala	Si	20	5	25
	No	16	97	113
Total		36	102	138

Chi cuadrado = 46,0239 p= 0,0000000003

OR = 24,2500 (IC95% = 7,9631 a 73,8485)

La presencia de una Relación Mala y regular nacido dentro del estudio mostró ser un factor de riesgo altamente significativo para el desarrollo de depresión postparto ($p < 0.05$)

i) Análisis de tipo de trabajo estable y Depresión Postparto

Tabla 13: Tabla de contingencia entre trabajo estable y depresión

		Depresión		Total
		Si	No	
Contrato	Si	26	90	116
	No	10	12	22
Total		36	102	138

Chi cuadrado = 5,092 p= 0,027

OR = 0703 (IC95% = 0,474 a 1,042)

En el estudio la presencia de trabajo estable es un factor protector pero no estadísticamente significativo.

j) Análisis de ingreso familiar respecto a Depresión Postparto

Tabla 14: Tabla de diferencia de promedios entre ingreso familiar y depresión

	n	Promedio	Desviación Estándar
Sin Depresión	102	570,7843	352,4193
Con Depresión	36	513,3333	208,2306

Estadístico = 0,9216

Valor p = 0,3584

De 138 mujeres puérperas, 102 no presentaron depresión postparto, teniendo como ingreso promedio de 570,78 USD con una desviación estándar de 352,41 de ellas si presentaron depresión postparto al final del estudio con un ingreso promedio de 513,33 USD y una desviación Standard de 208,23. No existe diferencia entre el valor de ingreso y la presencia de depresión postparto.

k) Análisis de Ingreso respecto a Depresión Postparto

Tabla 15: Tabla de contingencia entre ingreso menor a 500 USD y depresión

VARIABLE	DEPRESIÓN		CHI	OR	IC 95%	P
	Si	No				
500 USD o menos	21	61	0,024	0,297	0,592 a 1,847	0,515
Más de 500 USD	41	15	0,024	0,984	0,803 a 1,206	0,515

Al realizar el análisis de riesgo no se encuentra asociación entre un ingreso familiar mayor o menor de 500 USD

Factores Biológicos

a) Análisis de aborto previo y Depresión Postparto

Tabla 16: Tabla de contingencia entre aborto previo y depresión

		Depresión		Total
		Si	No	
Aborto Previo	Si	13	10	23
	No	10	92	115
Total		36	102	138

Chi cuadrado = 13,2588 p= 0,0006480577

OR = 5,2000 (IC95% = 2,0260 a 13,3462)

Se encuentra que la presencia de aborto previo es un factor altamente asociado con la presencia de depresión ($p < 0,05$).

b) Análisis de primigesta con Depresión Postparto

Tabla 16: Tabla de contingencia entre primigesta y depresión

VARIABLE	DEPRESIÓN		CHI	OR	IC 95%	P
	Si	No				
Primigesta	8	50	7,842	0,297	0,124 a 0,714	0,04
Multigesta	28	52	7,842	3,365	1,401 a 8,084	0,004

Al realizar el análisis de riesgo se encuentra que el ser primigesta no constituye un factor asociado con la presencia de depresión postparto, al contrario sería un factor protector.

c) Análisis de Cualquier Antecedente Depresivo y Depresión Postparto

Tabla 17: Tabla de contingencia entre antecedente depresivo y depresión

		Depresión		Total
		Si	No	
Antecedentes depresivos	Si	23	11	34
	No	13	91	104
Total		36	102	138

Chi cuadrado = 40,4141 p= 0,0000000019

OR = 14,6364 (IC95% = 5,8089 a 36,8783)

En el estudio los antecedentes previos de depresión es un factor altamente significativo para desarrollar depresión postparto ($p < 0,05$)

d) Análisis de embarazo planificado y Depresión Postparto

Tabla 18: Tabla de contingencia entre embarazo planificado y depresión

		Depresión		Total
		Si	No	
Embarazo planificado	Si	12	69	81
	No	24	33	57
Total		36	102	138

Chi cuadrado = 12,9228 p= 0,0003513321

OR = 0,2391 (IC95% = 0,1066 a 0,5363)

El embarazo planificado mostró en el estudio un OR 0,23 (IC 95% 0,1066-0,5363) siendo un factor protector para el desarrollo de depresión postparto ($p>0.05$)

e) Análisis de enfermedades crónicas y Depresión Postparto

Tabla 19: Tabla de contingencia entre enfermedades crónicas y depresión

		Depresión		Total
		Si	No	
Enfermedades Crónicas	Si	8	8	16
	No	28	94	122
Total		36	102	138

Chi cuadrado = 5,3674 $p= 0,0262009262$

OR = 3,3571 (IC95% = 1,1550 a 9,7579)

La presencia de enfermedades crónicas en la población en estudio evidenció un OR 3,35 (IC 95% 1,1550-9,7579) siendo un factor estadísticamente significativo para el desarrollo de depresión postparto ($p<0.05$).

f) Complicaciones del embarazo

Tabla 20: Tabla de contingencia entre complicaciones del embarazo y depresión

		Depresión		Total
		Si	No	
Complicaciones Embarazo	Si	18	72	90
	No	18	30	48
Total		36	102	138

Chi cuadrado = 4,9721 p= 0,0224

OR = 2,4000 (IC95% = 1,1003 a 5,2350)

La presencia de complicaciones durante el embarazo presentó en el estudio un OR 2,4 (IC 95% 1,1003-5,2350) siendo un factor de riesgo altamente asociado a depresión postparto (p<0.05)

g) Análisis de hospitalización durante el embarazo y Depresión Postparto

Tabla 21: Tabla de contingencia entre hospitalización durante el embarazo y depresión

		Depresión		Total
		Si	No	
Hospitalización	Si	13	15	28
	No	23	87	110
	Total	36	102	138

Chi cuadrado = 7,5383 p= 0,0076682006

OR = 3,2452 (IC95% = 1,3688 a 7,8514)

En el estudio la presencia de hospitalización durante el embarazo presentó un OR 3,28 (IC 95% 1,3688-7,8514) siendo un factor de riesgo altamente asociado a depresión postparto (p<0.05)

Factores relacionados con el Recién Nacido

h) Morbilidad del Recién Nacido

Tabla 22: Tabla de contingencia entre morbilidad del recién nacido y depresión

		Depresión		Total
		Si	No	
Morbilidad RN	Si	17	9	26
	No	19	93	112
Total		36	102	138

Chi cuadrado = 25,6580 p= 0,0000025153

OR = 9,2456 (IC95% = 3,5873 a 23,8287)

La presencia de morbilidad en el recién nacido dentro del estudio mostró un OR de 9,25 (IC 95% 3,5873-23,8287) siendo éste un factor de riesgo altamente significativo para el desarrollo de depresión postparto ($p < 0.05$)

i) Análisis de hospitalización del RN y Depresión Postparto

Tabla 23: Tabla de contingencia entre hospitalización del recién nacido y depresión

		Depresión		Total
		Si	No	
Hospitalización RN	Si	13	5	18
	No	23	97	120
Total		36	102	138

Chi cuadrado = 22,8503 p= 0,0000129763

OR = 10,7069 (IC95% = 3,5465 a 36,4913)

La hospitalización del recién nacido en el estudio mostró un OR 10,97 (IC 95% 3,5523-33,8478) siendo un factor de riesgo altamente significativo para el desarrollo de depresión postparto ($p < 0.05$)

Factores Biológicos

a) Análisis de parto céfalo-vaginal y Depresión Postparto

Tabla 24: Tabla de contingencia entre parto céfalo vaginal y depresión posparto

		Depresión		Total
		Si	No	
Parto CefaloVaginal	Si	19	77	96
	No	17	25	42
Total		36	102	138

Chi cuadrado = 6,4832 p= 0,0108337055

OR = 0,3629 (IC95% = 0,1639 a 0,8034)

El parto céfalo-vaginal en el estudio evidenció un OR de 0,37 (IC 95% 0,1639-0,8034) siendo éste un factor protector del desarrollo de depresión postparto ($p < 0.05$).

b) Análisis de Maternity Blues y Depresión Postparto

Tabla 25: Tabla de contingencia entre maternity blues y depresión

		Depresión		Total
		Si	No	
Maternity Blues	Si	33	56	89
	No	3	46	49
Total		36	102	138

Chi cuadrado = 15,7057 p= 0,0000283275

OR = 9,0357 (IC95% = 2,6028 a 31,3683)

Las mujeres puérperas que tuvieron el primer test de Edimburgo positivo en el estudio presentó un OR 9,04 (IC 95% 2,6028-31,3683) siendo la presencia de Maternity Blues un factor de riesgo altamente asociado a depresión postparto ($p < 0.05$)

RESUMEN DE FACTORES ASOCIADOS

Tabla 26: Resumen de factores asociados

Variable	OR	IC 95%	p
Edad > 35 años	2,952	1,042-8,36	0,04
Relación con pareja de mala a regular	24,25	7,963-73,845	0.000000001
Aborto previo	5,2	2,026-13,346	0,00064
Primigesta	0,297	0,124-0,714	0,004
Antecedente de depresión	14,636	5,808-36,878	0.000000009
Embarazo planificado	0,2391	0,106-0,536	0,00035
Enfermedades crónicas	3,357	1,115-9,757	0,0262
Complicaciones en el embarazo	2,4	1,10-5,235	0,0224
Hospitalización durante el embarazo	3,245	1,368-7,851	0,007
Morbilidad del RN	9,245	3,587-23,828	0,0000025
Hospitalización del RN	10,707	3,546-36,491	0,000012
Parto Céfaló vaginal	0,363	0,164-0,803	0,01
Maternity blues	9,036	2,603-31-683	0,000028

CAPITULO V

DISCUSION

La depresión postparto constituye un problema de salud pública, tanto por su alta prevalencia como por la falta de diagnóstico adecuado; ocasionando repercusiones en la salud de la embarazada y en las relaciones conyugales y familiares, pero sobre todo dificultan la relación madre-hijo, pudiendo provocar alteraciones en el desarrollo emocional y cognitivo del bebé.

En el presente estudio la prevalencia del test de Edimburgo para depresión postparto fue de 26 %. Esta prevalencia si bien se encuentra dentro de los rangos reportados a nivel internacional (10 a 30%), la mayoría de estudios reportan como tope un 20%. Por tanto en el grupo de estudio la prevalencia es mayor a lo común en el mundo^{1,2,8, 25}. Lamentablemente no existen estudios previos en el país sobre depresión postparto, el subdiagnóstico es grande a pesar de tener una prevalencia mayor a patologías como preclampsia, parto prematuro o diabetes gestacional²⁵. El mayor efecto de este subdiagnóstico es que la patología afecta a la relación madre e hijo; y a largo plazo el desempeño laboral y a la pérdida de productividad.

En cuanto a edad, el promedio fue de 28,5 años; aunque este resultado es similar a lo encontrado en otros estudios; hay que señalar que en otras evaluaciones se ha incluido a mujeres adolescentes^{1,2,3}. En esta investigación este grupo etario no se incluye, ya que como requisito para la atención en el Hospital Carlos Andrade Marin (IESS) se requiere mayoría de edad como requisito del marco legal de la afiliación al seguro social. Al comparar el promedio de edad entre los grupos se encuentra una diferencia estadísticamente significativa en el grupo con depresión postparto versus el grupo sin depresión. En la literatura se indica que mientras progresa la edad hay mayor vulnerabilidad para la depresión postparto; si bien no existe una razón establecida se

piensa que la disminución de la autoestima y el número previo de hijos concurren para que a mayor edad se incremente el riesgo^{3,4,5}. En este estudio una edad mayor a 35 años constituye un factor asociado estadísticamente significativo a pesar del escaso número de pacientes en dicho grupo.

Para abordar lo referente al estado civil hay que realizar una acotación previa. En este estudio no se encontró asociación de depresión postparto con el estado civil en sí, pero se halló relación al comparar con la calidad de relación de pareja. El 70,3% de la población estudiada tiene pareja, de ellas 113 pacientes tienen una relación estable lo que constituye la mayoría del grupo; en la literatura esta variable no se encuentra directamente relacionada. Los estudios más que buscar una pareja estable centran sus esfuerzos en buscar parejas violentas; Pemjean determina una alta prevalencia de violencia en pacientes con depresión (30). En el presente estudio dicha asociación no pudo documentarse, pero una mala relación de pareja sí constituye un factor de riesgo asociado significativo. Una mala relación inevitablemente conduce a la violencia física y/o psicológica. El aporte de este trabajo de investigación en esta área es incrementar el punto de vista de los investigadores, el hecho de la violencia es el fin de muchos procesos, en el caso de una mala relación puede ser un elemento importante tanto para dicha violencia como para depresión postparto. Si investigamos basados en una mala relación quizás podamos contribuir a disminuir la violencia intrafamiliar. En la práctica cotidiana el abordaje de depresión es escaso y casi nulo. La detección de dichos factores podría orientar a un acercamiento psicológico.

Al relacionar situación laboral tanto de la paciente como de la pareja con depresión postparto en el estudio no se encuentra asociación significativa. Una razón muy importante es que el porcentaje de personas sin empleo es muy bajo ya que la ley del seguro social para la atención del parto se debe tener por lo menos seis meses de aportación seguida. Y si bien existe población, en esta investigación, sin empleo esta constituye a las dueñas de casa que por maternidad se encuentran temporalmente ausentes del trabajo. Así mismo al realizar el análisis de acuerdo al monto de ingresos no se encuentra ni diferencia de promedios ($p > 0,005$) ni tampoco depresión postparto en mujeres cuyo ingreso familiar ni siquiera satisface la canasta básica. En la literatura

se encuentra asociación entre estrato socioeconómico bajo y depresión, ya que el efecto de la pobreza aumenta el estrés materno^{1,4}

El nivel de instrucción no demostró asociación. La gran mayoría de pacientes que se entrevistaron tiene un nivel educativo secundario o superior/ técnico (96,4%), en la literatura no se encuentra un porcentaje tan elevado, posiblemente porque una gran parte de los investigadores revisados se enfocaron a poblaciones de estratos medio-bajos y bajos donde el nivel de educación predominante era la primaria (1,2,6,,24,33); por otra parte un número importante de la población afiliada que acude al Hospital Carlos Andrade Marín es activa en áreas de servicios laborales con niveles de educación adecuadas, por lo que raramente se encuentran pacientes con niveles bajos de educación. No se encontró, sin embargo, que un mayor nivel de instrucción proteja de la aparición de depresión. En la literatura existe controversia en este punto, algunos estudios la muestran como factor asociado y otros no.

El 75% de la población en estudio no presentó ningún antecedentes de patología depresiva previa al embarazo actual. En España por ejemplo la prevalencia de antecedentes fue del 30,5% (11,24,28), y en el resto de las revisiones coinciden no solamente con el hecho del riesgo de tener un antecedente de depresión para la aparición de depresión postparto, sino que también coinciden en el hecho de que la depresión postparto constituye un factor fuertemente asociado con la ulterior aparición de trastorno depresivo mayor. Cabe señalar que en este trabajo de investigación no se diferenció entre depresión postparto anterior o patología depresiva previa. A pesar de lo señalado la presencia de antecedentes depresivos mostró ser un factor altamente significativo para el desarrollo de depresión postparto ($p < 0,05$). Estos resultados coinciden con lo hallado en la bibliografía; a tal punto que una paciente con una historia de depresión postparto previa tiene un 50% de riesgo para sufrir en el próximo embarazo depresión postparto²⁸. Una historia de depresión mayor anterior tiene un 30-40% de riesgo de padecer depresión postparto (28), por esta razón, la fuerte asociación de riesgo mostrada en el estudio hace que deba ser tomado muy en cuenta para evaluar a cualquier mujer puérpera.

El 70% de la población de estudio tuvo parto cefalo-vaginal mientras que el 30% fue cesárea. El efecto del parto normal en la literatura no se ha encontrado como un factor asociado como lo manifiestan trabajos realizados en Brasil y Noruega.(24,25,27) Sin embargo en esta investigación se demostró que el parto cefalo-vaginal si protege de la aparición de depresión postparto.

La presencia de aborto ha sido evaluada como factor asociado de muchos problemas, desde cáncer de mama hasta problemas psicológicos, en la mayoría los hallazgos no han sido consistentes. Sin embargo en el área psicológica si se ha visto una mayor asociación. En cuánto a depresión postparto el aborto si se ha encontrado como un factor fuertemente asociado a depresión postparto (4,5,10,24). De la misma manera en el presente estudio la asociación es importante.

El 65% de las mujeres estudiadas no presentaron complicaciones durante el embarazo. El 35% que si presentaron complicaciones, las infecciones de vías urinarias fue la más frecuente representando un 12% seguida de las hemorragias del primer trimestre de embarazo con un 7% . La presencia de complicaciones durante el embarazo en este estudio mostró ser un factor de riesgo altamente significativo para sufrir depresión postparto mostrando una $p < 0.05$. En la literatura se evidencia que la gran mayoría de los antecedentes gineco-obstétricos presentan una asociación altamente significativa para el desarrollo de depresión postparto.

El arribo de un recién nacido esperado es motivo de gran alegría. Sin embargo, la falta de planificación incrementa la vulnerabilidad de la madre ocasionando mayor ansiedad. Como factor de riesgo tiene tal importancia que en las hojas de manejo materno infantil de la OMS se considera como un signo de alarma en la evaluación de la paciente embarazada. En el estudio el 59% de la población tuvo un embarazo planificado. Al realizar el análisis bivariado se encuentra que dicha planificación si protege de la aparición de depresión postparto.

La presencia de patologías asociadas al embarazo y al parto si muestran una asociación de riesgo con la aparición de depresión postparto; en la literatura se repite esta aseveración y casi podría considerarse un criterio diagnóstico (Art 26). Hay que tomar en cuenta, sin embargo, que algunas patologías como hipotiroidismo o anemia podrían simular síntomas de depresión, por esta razón no solamente se debe basar el diagnóstico en la escala sino en una profunda evaluación médica.

La presencia de enfermedades crónicas en el presente estudio fue del 12%, y entre ellas el asma fue la patología más importante. No se encuentran estudios que remarquen fehacientemente esta asociación, se menciona la presencia de comorbilidades previas pero sin denotar el monto de la asociación referente a enfermedades crónicas; adicionalmente se ha encontrado que la presencia de problemas a lo largo de la vida pueden determinar la aparición de depresión postparto, es un factor que es pronóstico pero sin mayor asociación en la literatura. En este estudio ha demostrado que si se asocia. Art 22.

La presencia de cualquier tipo de morbilidad en el RN es un factor de riesgo para depresión postparto asimismo la hospitalización de éste. Situaciones que generan gran labilidad emocional, complejos de culpa, ansiedad por una recuperación, dolor si dicha recuperación es difícil o imposible, problemas intrafamiliares que hacen que sea más susceptible y por ende con mayor riesgo. Esta afirmación se ve reflejada en esta investigación ya que cuando al RN se lo hospitaliza, el OR sube de 9 a 10,7. Las causas mayores fueron ictericia, trastornos cardiovasculares y respiratorios. En la literatura se encuentra alta asociación sobre todo en centros que tienen manejos pediátricos intensivos como es el caso del Hospital Carlos Andrade Marín (Zaconeta).

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

La realización de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo tiene dos momentos, el primero es una valoración a los 14 días del puerperio y la positividad en la escala es considerada maternity blues. Si bien es un hecho lógico que un paciente con maternity blues positivo tendrá claros indicios de desarrollar depresión postparto, no existe mayor evidencia de este hecho. En esta investigación se ha encontrado que la asociación es muy importante con un OR de 9 con intervalos muy significativos que determinan a este factor como predictor por esencia.

El tipo de seguimiento fue adecuado, la utilización de vía telefónica fue una herramienta de bajo costo en comparación a visitas domiciliarias o la visita del paciente al consultorio. En Tailandia se realizó encuestas por esta vía y se encontró consistencia de la información³³. Debo mencionar que esta estrategia se desarrolló dado la dificultad para la movilización.

Considero que si bien la población de la muestra es escasa es un enfoque inicial para ver la real magnitud de este problema. Será adecuado la realización de nuevos estudios que profundicen los factores de riesgos expuestos para determinar un seguimiento adecuado de la mujer puèrpera en riesgo de desarrollar depresión postparto.

CONCLUSIONES

La prevalencia de depresión postparto en este estudio fue de 26%.

La presencia de maternity blues es un elemento predictor de depresión postparto.

Una edad mayor a 35 años constituye un factor de riesgo para la aparición de depresión postparto.

Los factores sociodemográficos que no presentaron una asociación significativa con la presencia de depresión postparto en este estudio son: estado civil, ingreso económico familiar, nivel de educación, estos dos últimos por el tipo de población que acude al Hospital Carlos Andrade Marin en calidad de afiliados en un marco legal.

El tener una vivienda propia, una buena relación de pareja, un trabajo estable son factores protectores para el desarrollo de depresión postparto.

Las variables psicológicas como antecedente previo de depresión, sin importar su especificación, demostró asociación de riesgo para la aparición de depresión postparto.

Las variables biológicas como el parto céfalo vaginal, embarazo planificado, y ser primigesta es un elemento de protección contra el desarrollo de depresión, aunque la causa no sea conocida.

Los factores de riesgo más importantemente asociados a depresión postparto fueron los factores biológicos como complicaciones y/o hospitalización de la madre durante el embarazo, enfermedades crónicas de la madre, complicaciones y/o hospitalización del recién nacido.

La gran mayoría de las pacientes, 89.9%, no tuvieron evaluaciones ni controles psicológicos tanto previos al embarazo como en el puerperio.

Este tipo de depresión es habitualmente sub-diagnosticada por los profesionales de la salud.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones de este estudio guardan relación con la implementación de una historia clínica adecuada, poniendo hincapié en los factores biopsicosociales expuestos y la posibilidad de utilizar el Test de Edimburgo como herramienta diagnóstica de fácil aplicación dentro de los controles postnatales para evitar así el subdiagnóstico de depresión postparto y dar a la madre un tratamiento rápido y eficaz.

Otra recomendación es aplicar la escala entre las 4 y 6 semanas posparto, derivando inmediatamente a evaluación médica sólo a quienes obtienen un puntaje mayor o igual a 12, y repetirla un mes después a aquellas madres con puntaje entre 10 y 13, salvo que presenten antecedentes de depresión previa o ideación suicida. Esto se fundamenta en estudios de validación que han encontrado una sensibilidad aceptable de la escala al utilizar un punto de corte 12/13, y evitar los falsos positivos .

Implementar estrategias adicionales de detección de síntomas depresivos, por ejemplo durante el embarazo (hasta 50% de los casos de depresión posparto pueden ser la continuación de episodios depresivos que ocurren durante o antes del embarazo) y la posibilidad de aumentar las alternativas de tratamiento hacia intervenciones no farmacológicas, individuales o grupales, que pudieran cubrir mejor las necesidades de apoyo que necesitan estas madres y sus hijos; es decir un manejo integral de la paciente en cuestión.

Difundir la información obtenida sobre los factores biopsicosociales que más asociados están con la presencia de depresión postparto para realizar una buena historia clínica y captar a las madres en mayor riesgo para un seguimiento adecuado, como por ejemplo a las madres con antecedentes de una mala relación de pareja, hacerles un seguimiento y descartar violencia intrafamiliar como factor asociado.

Continuar desarrollando trabajos de investigación sobre depresión postparto y factores de riesgo asociados más exhaustivos en nuestro país para un mejor manejo de las madres, sus recién nacidos y su entorno; y contar a nivel de Atención Primaria de Salud con un enfoque clínico-terapéutico adecuado y multidisciplinario (psicología, trabajo social, médico, enfermera, etc).

Fomentar el uso de diferentes formas de recaudación de la información, como por ejemplo la vía telefónica que en el plano operativo real, trabajo social, área médica podrían utilizar esta estrategia para seguimiento de sus pacientes, muchas de las cuales no volverán a la consulta del hospital y difícilmente se hará un seguimiento adecuado de su problema psicológico en las unidades de atención primaria, razón suficiente para considerarlo una alternativa para que la paciente se sienta ayudada, apoyada por su área de servicio de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Rev. Obstet Ginecol Venez v.67 n.3 Caracas sep. 2007, Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo, Drs. Ruth Pérez Villegas, Katia Sáez Carrillo, Lorena Alarcón Barra, Vanesa Avilés Acosta, Isabel Braganza Ulloa, Jocelyn Coleman Reyes
2. Rev. Med Chile 2006; 134: 713-72 Artículo de Investigación, Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto, Graciela Rojas , Rosemarie Fritsch , Jaime Solís G1, Marcos González A, Viviana Guajardo T, Ricardo Araya .
3. Revisión medicina general, Trastornos del estado del ánimo en el postparto, T. Carro García, JM Serra Manzano, Maja Hernández Gómez, E. Ladrón Moreno
4. Salud Mental. Instituto Nacional de psiquiatría Ramón De la Fuente. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados en pacientes de tres instituciones de salud de la Ciudad de México, 2006/vol. 29, núm. 004, pp 55-62; Ma.Asunción Lara, Claudia Navarro, Laura Navarrete, Alejandra Cabrera, Jesús Almaza, Francisco Morales, Francisco Juárez
5. Rev. Chil Neuro-Psiquiat 2000; 38(2): 84-93 Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal, Rubén Alvarado, Marcela Rojas, Jorge Monardes, Ernesto Perucca, Emilio Neves, Eugenio Olea, Aldo Vera
6. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale . JM Sierra Manzano , T Carro García, E Ladrón Moreno.2002,vol 30
7. Escala de depresión posparto de Edimburgh. British Journal of Psiquiatría 1987, vol 150 por JL Cox, JM Holden, R.Sagovsky
8. Changes in Maternal Depressive Symptoms across the postpartum year at well Childcare visits. Linda Chaudron, MD, MS, Harriet Kitzman, RN, PhD Peter Szilagyi, MD, MPH Kimberly Sidora- Arcoleo, 2006
9. Blazer DG, Kessler RC, McConagle KA, Swartz MS. La prevalencia y distribución de depresión mayor en una muestra de comunidad nacional: the National Comorbidity Survey. Am J Psychiatry 1994; 151: 979-86.
10. Watson, J.P. et al. Desordenes psiquiátricos en embarazo y primer año postnatal Br. J Psychial. 144; 453 – 462, 1984.

11. Hopkins, J. et al. Depresión postparto: una revisión crítica. *Psychol. Bull*; 95: 498 - 515. 1984.
12. Jadresic, E. Y cols. Trastornos emocionales en el embarazo y en puerperio: Estudio prospectivo de 108 mujeres. Ponencia en la XLVL Jornadas Anuales de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
13. MINSAL. “ Programa de diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria”. Santiago, Chile; 2000
14. OMS. CIE-10. “trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico”. Madrid; 1992.
15. Sebastián Romero E, Mas Lodo N, Martín Blázquez M, Raja Casillas MI, Izquierdo Zamarriego MJ, Vallés Fernández N, Metola Gómez M. Depresión Postparto en el Área de Salud de Toledo. *Atención Primaria* 1999; 24(4): 215-219.
16. Jadresic E., Jara C., Araya R. Depresión en el embarazo y puerperio: estudio de factores de riesgo. *Acta Psiquiat Psicol. Am Lat* 1992; 39: 63- 74.
17. Jadresic E., Araya R. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev. Médica Chile* 1995; 123: 694-699.
18. Jadresic E. Hormonas y ánimo depresivo postparto. *Rev. Chil. Neuropsiquiatría* 1994; 32: 231-234.
19. Neill Epperson MD. Postpartum Major Depression: Detection and Treatment. *American Family Physician* 1999; 59 (8): 2247-2254.
20. McCarthy A. Postnatal depression: diagnosis and treatment. National strategy for prevention and treatment of post-natal illness is long overdue. *Consultant Psychiatrist. National Maternity Hospital, Holles St, Dublin 2.* 1998 March/April 91(2).
21. Wickberg B, Hwang CP. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Sweden community sample. *Acta Psychiat Scand* 1996; 94: 181 – 184.
22. Jadresic E, Araya R, Jara C Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *Psychom Obstet Gynaecol* 1995; 16: 187.
23. Cox, J.L. et al. Detection of postnatal depression. Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br. J. Psych.* 154: 782 – 786. 1987.

24. Jadresic E. Depresión postparto. Rev. Chil. Neuro-psiquiatria.1990; 28: 147-158.
25. Rev. Chil Obstet Ginecol 2004; 69 (3) Depresión Postparto: Prevalencia de Test de Rastreo Positivo en Puérperas del Hospital de Brasilia, Brasil. Alberto Moreno Zaconeta, Lucília Domínguez Cassulari da Motta, Paulo Sergio Franca
26. Demographic characteristics of participants in studies of risk factors, prevention, and treatment of postpartum depression. Ross LE, Campbell VL, Dennis CL, Blackmore ER. 2006
27. J Psychiatr Res. 2007 Apr-Jun;41(3-4):273-9. E pub 2006 Oct 17. The role of estrogens and progesterone in depression after birth. Klier CM, Muzik M, Dervic K, Mossaheb N, Benesch T, Ulm B, Zeller M.
28. Psychiatry Update. Postpartum Depression. Yesne Alici-Evcimen, MD and Donna Sudak MD. 2003
29. The association between pregnancy processes, preterm delivery, low weight birth, and postpartum depression- The need for interdisciplinary integration. Uriel Halbreich, MD. Article of American Journal of Obstetrics and Gynecology 2005, 193, 1312-22
30. Atención de personas con depresión en el plan AUGE; E.U Irma Rojas, Asesora del departamento de Salud Mental, MINSAL; Dr. Alfredo Pemjean, Psiquiatra Asesor del departamento de Salud Mental, MINSAL
- 31.Rev Chil Neuro-Psiquiát 2000; 38(2): 84-93 Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal; Rubén Alvarado, Marcela Rojas, Jorge Monardes, Ernesto Perucca, Emilio Neves, Eugenio Olea, Aldo Vera
32. www.msp.gov.ec
33. Clinical applications of anxiety, social support, stressors, and self-esteem measured during pregnancy and postpartum for screening postpartum depression in Thai women. Tippawan Liabsuetrakul, Arnont Vittayanont and Jarunin Pitanupong. J.Obstet. Gynecol. Res. Vol.33 No.3:333-340, june 2007
- 34: Estudio de la depresión postparto en las madres españolas: Detcción de incidencia y factores asociados. García Esteve Luisa (Coordinadora), Fundación ClinicRecerca Biomédica; Ministerio de trabajo y asuntos sociales, España, 1999-2000.
35. Detección precoz de la depresión postparto mediante un cuestionario EDPS en un hospital terciario; Custodio Sara, Gómez Almendral A.; Gómez Maria Luisa (Tutora); España 2007

ANEXO 1.

Escala de Edimburgo (versión española). Se debe responder de acuerdo a lo sucedido en los últimos 7 días.

1. He podido reír y ver el lado divertido de las cosas:

(0) (0) Puedo tanto como siempre.

(1) (1) No tanto ahora.

(2) (2) Casi nunca.

(3) (3) En ningún momento.

2. He visto con placer el porvenir:

(0) (0) Tanto como siempre lo he hecho.

(1) (1) Algo menos que lo habitual.

(2) (2) Definitivamente menos que lo habitual.

(3) (3) Ya no veo con placer el porvenir.

3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal:

(0) (0) No, nunca.

(1) (1) No, casi nunca.

(2) (2) Sí, algunas veces.

(3) (3) Sí, la mayor parte del tiempo.

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

(0) (0) No, nunca.

(1) (1) No, casi nada.

(2) (2) Sí, algunas veces.

(3) (3) Sí, a menudo.

5. Los acontecimientos me han superado:

(0) (0) No, he salido adelante tan bien como siempre.

(1) (1) No, la mayor parte del tiempo salgo adelante bien.

(2) (2) Sí, a veces no he podido salir adelante como lo hago habitualmente

(3) (3) Sí, la mayor parte del tiempo no he sido capaz de salir adelante.

6. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir:

(0) (0) No, nunca.

(1) (1) No, sólo a veces.

(2) (2) Sí, a veces.

(3) (3) Sí, la mayor parte del tiempo.

7. Me he sentido triste y desgraciada:

(0) (0) No, nunca.

(1) (1) No, sólo a veces.

(2) (2) Sí, frecuentemente.

(3) (3) Sí, casi todo el tiempo.

8. Me he sentido tan infeliz que he llorado:

(0) (0) No, nunca.

(1) (1) Sólo ocasionalmente.

(2) (2) Sí, realmente me pasa a menudo.

(3) (3) Sí, la mayor parte del tiempo.

9. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno :

(0) (0) No, nunca.

(1) (1) Las he tenido muy rara vez.

(2) (2) Las tengo a veces.

(3) (3) Sí, tengo esas ideas a menudo.

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

(0) (0) No, nunca.

(1) (1) Las he tenido muy rara vez.

(2) (2) Las tengo a veces.

(3) (3) Sí, tengo esas ideas a menudo

ANEXO 2.**Cuestionario**

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Edad:

Estado civil: Casada Soltera Unión Libre Separada Divorciada Viuda

Escolaridad : Analfabeta Primaria Incompleta / Completa Secundaria Incompleta / Completa Superior Incompleta / Completa

Trabajo de la mujer : Si No

Tipo de trabajo:

Trabajo de la pareja : Si No

Tipo de Trabajo :

Ingreso económico familiar :

Tipo de vivienda : Arrendada Propia Con los Padres Con los Suegros Otro

Relación con la Pareja : Excelente Muy Buena Buena Regular Mala

Antecedentes depresivos previos: Si. Tratado: Si
No. No

Complicaciones durante el embarazo: Pre-eclampsia

Infecciones

Hemorragía primera mitad del embarazo.

Hemorragía segunda mitad del embarazo.

Rotura de membranas ovulares.

Gemelar.

Diabetes Gestacional.

Anemia Severa.

Amenaza parto prematuro.

Otras

Hospitalización : Si No

Enfermedades crónicas: Diabetes.

Hipertensión.

Asma.

Probl. osteomusculares.

Otros

Tipo de parto: Cefalo-vaginal Cesárea.

Antecedentes de aborto: Si. No.

Tipo de aborto : Espontáneo Provocado Terapéutico

Nº de hijos: 1 hijo 2 hijos 3 y más hijos.

Embarazo Planificado : Si No

Morbilidad del Recién nacido: PEG
Ictericia.
Malformaciones congénitas.
SDR.
Infecciones perinatales.
Prematurez.
Otros.

Hospitalización del RN: Si No

Le han realizado algún test o preguntado durante sus controles pre y posparto sobre su estado anímico Si No

ANEXO 3.**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, _____ con cédula de ciudadanía # _____, paciente del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín, acepto de manera voluntaria, participar en este estudio, cuyo objetivo es aportar con información científica, misma que no será empleado con otro propósito y podré abandonarlo cuando desee, sin que esto comprometa posteriormente mi atención médica. La información recolectada será absolutamente **confidencial**.

Para constancia firmo al pie del presenta:

Firma de la Paciente

María José Salazar

