

Prevalencia de depresión posparto y factores asociados, en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer[†]

Tte. Cor. M.C. José de Jesús **Almanza-Muñoz**,* Mayor M.C. Cathy Liliana **Salas-Cruz**,**

Gral. de Bgda. M.C. Ángel Sergio **Olivares-Morales*****

Escuela Militar de Graduados de Sanidad/Clínica de Especialidades de la Mujer. Dirección General de Sanidad. Ciudad de México.

RESUMEN

Introducción. La depresión posparto es un síndrome clínico que inicia en las primeras cuatro semanas después del parto, con tristeza, llanto, desánimo, ansiedad y sentimientos de incapacidad, principalmente en lo que concierne a cuidados del recién nacido y es habitualmente subdiagnosticada en centros de atención materno-infantil. Su estudio es aún limitado en nuestro medio.

Objetivo. Determinar incidencia de depresión posparto y sus factores de riesgo asociados en puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer (CEM).

Material y método. Estudio descriptivo y correlacional en 500 pacientes puérperas mediante la aplicación de la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo. Los análisis incluyeron estadística descriptiva, correlacional, bivariada, y análisis multivariado de regresión logística.

Resultados. La prevalencia de depresión posparto es de 18%, con asociación a multiparidad, embarazo no deseado, baja escolaridad, antecedente de aborto u óbito, nivel socioeconómico bajo

Discusión. Los presentes hallazgos son congruentes con los reportados en otros estudios y son contrastados con los mismos.

Conclusiones. La prevalencia de depresión posparto en puérperas de la CEM es de 18% y ocurre en mujeres con embarazos no deseados, sin pareja estable, con historia de aborto, con baja escolaridad y bajo nivel socioeconómico. Es necesario continuar con esta línea de investigación ampliando la muestra poblacional para confirmar estos resultados.

Palabras clave: Depresión posparto, Escala de Depresión Posparto de Edinburgo.

Prevalence of postpartum depression and associated factors in puerperal patients at the Clinical of Women's Specialties

ABSTRACT

Introduction. Postpartum depression is a clinical syndrome that begins in the first four weeks after birth, with sadness, crying, despair, anxiety and feelings of inadequacy, particularly in regard to newborn care and is often underdiagnosed in maternal care centers and child. Their study is still limited in our environment.

Objective. Determine incidence of postpartum depression and associated risk factors of postpartum Specialty Clinic for Women (CMS).

Material and method. Descriptive and correlational study of 500 postpartum patients through the application of Postpartum Depression Scale Edinburgh. The analysis included descriptive statistics, correlation, bivariate and multivariate logistic regression analysis.

Results. The prevalence of postpartum depression is 18%, with association with multiparity, unwanted pregnancy, low education, history of abortion or stillbirth, low socioeconomic status

Discussion. These findings are consistent with those reported in other studies and are contrasted with them.

Conclusions. The prevalence of postpartum depression in postpartum women CMS is 18% and occurs in women with unwanted pregnancies, no stable partner, with a history of abortion, low education and low socioeconomic status is necessary to continue this line of research extending the sample population to confirm these results.

Key words: Postpartum Depression Scale, Edinburgh Postnatal Depression.

* Psiquiatra de Enlace, Jefe del Servicio de Psiquiatría, Clínica de Especialidades de la Mujer, SEDENA. ** Graduada de la Especialidad y Residencia de Psiquiatría General, Escuela Militar de Graduados de Sanidad. *** Especialista en Ginecología y Obstetricia, Director General de Sanidad.

[†] Aprobado con Mención Honorífica en el Examen de Trabajo de Investigación, sustentado el día 2 de febrero del año 2011 en la Sala de Juntas de la Dirección General de Sanidad.

Correspondencia: Dr. José de Jesús Almanza-Muñoz
Correo electrónico: jalmanzam@yahoo.com.mx

Recibido: Abril 1, 2011.

Aceptado: Abril 2, 2011.

Introducción

La Depresión Posparto o “depresión puerperal” se caracteriza por iniciar en las primeras cuatro semanas después del alumbramiento de un hijo.¹ El cuadro se caracteriza por llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne a los cuidados del recién nacido y a las tareas domésticas. Son frecuentes también los sentimientos de culpa y autocensura por no estar cuidando o amando a su hijo lo suficiente, y casi siempre están presentes síntomas de ansiedad acompañando o inclusive superando a los síntomas de depresión del humor. Otra característica de éste cuadro es que la mujer afectada raramente comenta su estado con los profesionales de la salud, y se esfuerza por seguir desempeñando sus obligaciones de cuidado de sus hijos y marido.² La depresión posparto no psicótica o simplemente depresión posparto (DPP) es habitualmente subdiagnosticada en centros de atención materno-infantil, pese a que su prevalencia supera la correspondiente a enfermedades obstétricas como preeclampsia, parto prematuro o diabetes gestacional.

Los datos de prevalencia mostraron datos variables: O'Hara y Swain refirieron 13%,³ Lee reportó 5.5%,⁴ Cooper en cambio refirió 34.7%,⁵ mientras que en mujeres brasileñas se ha reportado 20.7%.⁶ Entre los pocos estudios realizados en México, Ortega y cols. informaron una prevalencia de 22% con base en una escala de autorreporte.⁷ En un estudio multicéntrico de depresión perinatal, en donde se incluyó población de la Clínica de Especialidades de la Mujer, se encontró una media de 11.25% de depresión perinatal según la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos, incidencia que quedó por debajo de las otras dos instituciones estudiadas.⁸

Factores de riesgo

La historia pasada de psicopatología, alteraciones psicológicas durante el embarazo, una pobre relación marital, bajo apoyo social y eventos estresantes de la vida, como lo son un bajo ingreso familiar, bajo *status* ocupacional, egreso temprano hospitalario,⁹ óbito,¹⁰ re-embarazo antes del primer año después de un óbito¹⁰ y estrés financiero.^{1,3,11} En otro sentido, la DPP tiene un impacto adverso sobre el desarrollo cognitivo y emocional de hijo de madres afectadas.^{12,13}

Detección y tratamiento de la Depresión Posparto

A pesar de la evidencia disponible sobre la importancia de la detección y manejo oportuno, éste todavía es limitado, la frecuencia de detección aún baja, alrededor de 2%.¹⁴ En otro estudio, se señala que 14.5% de pacientes a quienes se aplicó la EDPP de Edinburgo, mostraban puntajes altos, y 8.4% tenían una depresión clínica,¹⁵ lo cual enfatiza que la conducta de búsqueda de evaluación en salud puede proveer oportunidades para mejorar la detección de los casos,¹⁵ y coadyuvar a su tratamiento, el cual ha sido poco sistemático. Los estudios actuales advierten sobre probable riesgo

de bajo peso al nacer tras el uso de antidepresivos, pero descartan riesgo de muerte intrauterina o defectos mayores intrauterinos,¹⁶ de tal modo que la utilidad del uso de dichos medicamentos tiene mayor beneficio que riesgo.^{17,18} Por otra parte, las intervenciones no farmacológicas tales como la psicoterapia cognitivo conductual, la psicoterapia interpersonal y existencial, así como la psicoterapia de grupo son de gran utilidad y no implican riesgos asociados al uso de psicofármacos.¹⁹ Ellis (2002) enfatiza que todo lo anterior debe ser precedido de una excelente relación médico-paciente y una adecuada alianza terapéutica, y que el Gineco-Obstetra y el Psiquiatra deben establecer Enlace, y procurar la flexibilidad suficiente para la atención de las pacientes en esta etapa vital del posparto, de modo que las guías no restrinjan el esquema de tratamiento.²⁰

La investigación sobre depresión posparto en el Servicio de Sanidad

Se ha desarrollado fundamentalmente en la Clínica de Especialidades de la Mujer (CEM), mediante la medición de sintomatología depresiva en el embarazo (Lara y cols., 2006)⁸ y la validación de la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo (Rosario y cols.).²¹ El primer estudio mostró que casi una tercera parte de las embarazadas de tres instituciones de salud, entre ellas la CEM cursa con sintomatología depresiva significativa, la cual se asoció a diversos factores psicosociales, mientras que el segundo describe el proceso de validación de la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo en 50 mujeres embarazadas y 50 púrpas, lo cual mostró una consistencia interna de 0.81 con una estructura factorial de tres dimensiones.

Objetivos

Determinar la prevalencia de depresión posparto en pacientes púrpas de la Clínica de Especialidades de la Mujer, así como determinar los factores de riesgo asociados, explorando su correlación con el número de embarazo, aborto u óbito previos, planeación y deseo del embarazo, edad materna, escolaridad materna, estado civil, vía de terminación del embarazo, sexo del recién nacido y nivel socioeconómico.

Método

Se efectuó un estudio observacional, transversal y prospectivo en pacientes púrpas mediante la aplicación de la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo.

Los criterios de selección fueron:

- Pacientes de cualquier edad en etapa puerperal.
- Haber concebido un producto vivo por vía vaginal o por cesárea.
- Supiesen leer y escribir en español.
- Aceptar participar mediante su consentimiento informado.

Los criterios de salida incluyeron:

- Complicaciones agudas antes, durante o después del alumbramiento (preeclampsia, eclampsia, parto pretérmino).
- Cambio de decisión con negativa a cooperar en el estudio.

Instrumentos

Cédula de registro: Fue elaborada “*ad hoc*” para el presente proyecto y consta de un apartado de datos personales, uno de datos gineco-obstétricos y la consignación de diversas variables psicosociales para su análisis.

Escala de Depresión Posparto de Edinburgo: Fue desarrollada por Cox y cols., en 1987,²² para detectar síntomas depresivos y depresión clínica específicamente en mujeres puérperas buscando discriminar aquellos síntomas físicos propios de la gestación de los síntomas físicos asociados a la depresión.^{7,23-26} Es una escala de autorreporte y comprende 10 preguntas que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo mayor o menor, que haya ocurrido quince días anteriores a su aplicación. Cada pregunta o reactivo se califica en un intervalo de 0 a 3 puntos, por lo cual su puntaje tiene un rango de 0 a 30 y a mayor puntuación mayor severidad.

La consistencia interna de la Escala de Depresión Posnatal de Edinburgo reportada por Cox y cols.²² fue de un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.87. Otros reportes señalan Coeficientes Alfa de 0.81,⁷ y 0.85,¹ y el reporte más reciente efectuado en población clínica de embarazadas y puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer, efectuado por Rosario y cols.,²¹ arrojó una consistencia interna de 0.86 y una estructura factorial de tres dimensiones (depresión, ansiedad e ideación suicida).

Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV: La entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV, es un instrumento desarrollado por First, Spitzer y cols.,²⁷ en congruencia con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR,²⁸ y ha sido previamente validada por Williams y cols.²⁹ En este proyecto dicho instrumento tuvo el propósito de confirmar la presencia de depresión en las pacientes detectadas por el punto de corte de la EDPPE.

Plan de análisis

El análisis incluyó estadística descriptiva, correlacional, bivariada, y análisis multivariado de regresión logística. La significancia estadística se estableció con un nivel de confianza de 95% y un error máximo aceptable de 5%. Para el procesamiento de datos y la ejecución del análisis estadístico, se utilizó Microsoft Office Excel 2010 v. 12.0 (Microsoft Corp Redmond WA) y el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales v. 18.0.³²

Procedimiento

Previo aprobación del proyecto por los Comités de investigación de la Escuela Militar de Graduados de Sanidad y de la Clínica de Especialidades de la Mujer, se efectuó la coordi-

nación correspondiente, se impartió un “Curso-Taller de capacitación sobre Depresión Posparto y sobre la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo” a la totalidad del personal de psicólogos, pasantes de psicología y enfermeras de la consulta externa de puerperio; con el propósito de homogeneizar los conocimientos y estandarizar la aplicación del instrumento. La aplicación se efectuó en la Consulta Externa de Puerperio, donde se convocó e invitó a las pacientes a participar en el estudio explicándoles los beneficios del mismo, y recabando su consentimiento informado.

Las pacientes con puntaje positivo de depresión posparto según la escala de Edinburgo con un punto de corte de 10, fueron canalizadas al Servicio de Psiquiatría, en donde se efectuó la aplicación de la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del eje I del DSM IV (SCID-I),²⁷ confirmándose o descartándose la existencia de depresión posparto, a partir de lo cual se determinó su inclusión o exclusión del proyecto. Después de su captura y procesamiento, se procedió a efectuar el análisis correspondiente, utilizando la versión 18 del paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS).³² A partir de la revisión de resultados, la discusión crítica y la argumentación, se formularon las conclusiones y recomendaciones, así como las líneas futuras de trabajo para integrar el reporte final con el propósito de difundirlo.

Resultados

Se estudiaron 500 pacientes puérperas de la CEM, mismas que cubrieron los criterios de selección, de dicho universo, 29 pacientes tuvieron criterios de salida; tres (0.6%) por no contestar los cuestionarios, ocho (1.6%) preeclampsia, 15 (3%) parto pretérmino y tres (0.6%) por óbito, lo cual redujo la muestra a un total de 471 pacientes, lo cual da un factor de atrición de 5.8% (*Cuadro 1*).

Características socio-demográficas

Fueron estudiadas un total de 471 puérperas, cuyo promedio de edad fue de 26.3 años, con una mediana de 26 años, una moda de 28 años y una desviación estándar de 5.5 con un rango de 27 años (mínimo de 15 y máximo de 42). El estado civil predominante fue de casada para 298 pacientes (63.3%), seguido de unión libre en 159 (33.8 %) y de 14 solteras (2.9%). El nivel de estudios reportado estuvo encabezado por escolaridad secundaria con 202 (43%), seguido de bachillerato en 146 (31%), licenciatura con 79 (16.8%), primaria con 39 (8.2%) y finalmente maestría y/o posgrado con cinco (1%) (*Cuadro 1*).

Respecto a la clasificación de derechohabencia 399 pacientes fueron derechohabientes, lo cual equivale a 84.7%, 70 fueron militares lo que corresponde a 14.8% y dos civiles que representa a 0.5%. El subgrupo de militares estuvo integrado por 54 elementos de tropa (77.1%), 15 oficiales (21.4%) y un jefe (1.5%). En relación con el nivel socioeconómico, 405 (85.9%) pacientes correspondieron a un nivel socioeconómico bajo y 66 (14.1%) a un nivel socioeconómico medio/alto (*Cuadro 1*).

Cuadro 1. Características demográficas y flujo para asignación, derivación y eliminación de pacientes de la muestra estudiada.

Característica	No.	%
Población global	500	100
Población excluida		Total de excluidos
Por no contestar los cuestionarios: 3 (0.6 %)		29 (5.8 %)
Por diagnóstico de preeclampsia: 8 (1.6 %)		
Por parto pretérmino : 15 (3 %)		
Por óbito: 3 (0.6 %)		
Factor de atrición		5.8%
Edad		
Promedio		26.3 años
Desviación estándar		5.5 años
Mediana		26 años
Moda		28 años
Rango (Mínimo: 15 años Máximo: 42 años)		27 años
Estado civil		
Casada	298	63.3
Unión libre	159	33.8
Soltera	14	2.9
Escolaridad		
Primaria	39	8.2
Secundaria	202	43
Bachillerato	146	31
Licenciatura	79	16.8
Maestría o Posgrado	5	1
Clasificación de Derechohabencia		
Derechohabientes	399	84.7
Militares	70	14.8
Jefes	1	1.4
Oficiales	15	21.4
Tropa	54	77.2
Civiles	2	0.5
Nivel Socioeconómico		
Bajo	405	85.9
Medio/Alto	66	14.1

Fuente: Directa.

Características clínicas y obstétricas

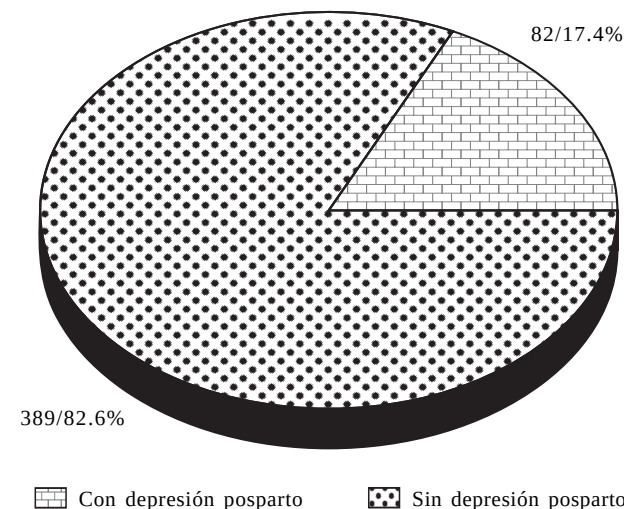
Desde el punto de vista obstétrico, 180 pacientes fueron primigestas (38.2%), 161 pacientes secundigestas (34.1%), 90 trigestas (19.1%), 25 cursaban su cuarto embarazo (5.2%), 11 su quinto embarazo (2.2%), y cuatro su sexto embarazo (1.2%). En relación con la planeación del embarazo, 323 puérperas (68.6%) manifestaron haberlo planeado y 148 (31.4%) no haberlo hecho (*Cuadro 2*). En relación con el deseo de embarazarse, 457 pacientes (97%) manifestaron que deseaban el embarazo y 14 (3%) expresaron que no fue así (*Cuadro 2*).

En cuanto a la vía de terminación del embarazo, 313 pacientes (66.6%), lo concluyeron vía vaginal y 158 (33.4%) por cesárea (*Cuadro 2*). Con respecto al antecedente de aborto u óbito, 110 pacientes (23.2%) refirieron dicha complicación en embarazos previos y 361 (66.8%) no la presentaron. El sexo del recién nacido fue femenino en 252 casos (53.5%) y masculino en 219 (46.5%) (*Cuadro 2*).

Incidencia de depresión posparto

La incidencia de depresión posparto evaluada a través de la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo (EDPPE) con un punto de corte de 10 fue de 18% (85 pacientes), el prome-

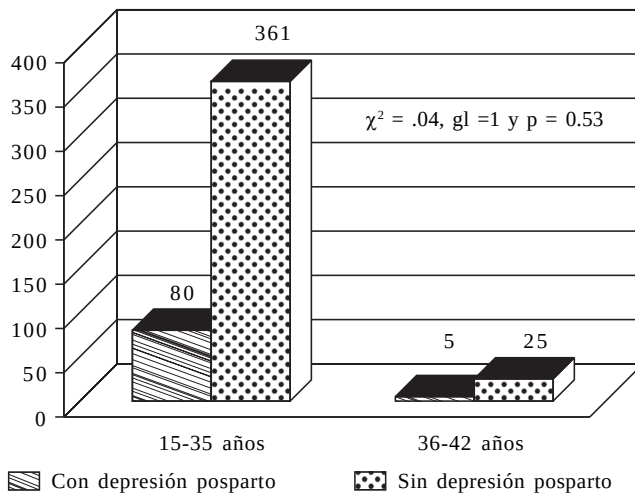
dio del puntaje fue de 5.83 (DE = 4.7), mediana de 5, moda de 0, varianza de 22.2 y un rango de 28 (0-28), el promedio del puntaje fue de 7.5 (DE = 6.6), mediana de 6, moda de 0 y varianza de 43.9, con un rango de 34 (0-34). La entrevista


Figura 1. Prevalencia de depresión posparto según la escala de Edinburgo. Fuente: Directa.

Cuadro 2. Características clínicas y obstétricas para asignación, derivación y eliminación de pacientes de la muestra estudiada.

Característica	No.	%
No. de Embarazo		
Primigestas	180	38.2
Secundigestas	161	34.1
Trigestas	90	19.1
Cuarto embarazo	25	5.2
Quinto embarazo	11	2.2
Sexto embarazo	4	1.2
Planeación del embarazo		
Embarazo planeado	323	68.6
Embarazo no planeado	148	31.4
Deseo del embarazo		
Embarazo deseado	457	97
Embarazo no deseado	14	3%
Vía de Terminación del embarazo		
Vaginal	313	66.6
Cesárea	158	33.4
Antecedente de aborto u óbito		
Sí	110	23.2
No	361	66.8
Sexo del recién nacido		
Femenino	252	53.5
Masculino	219	46.5

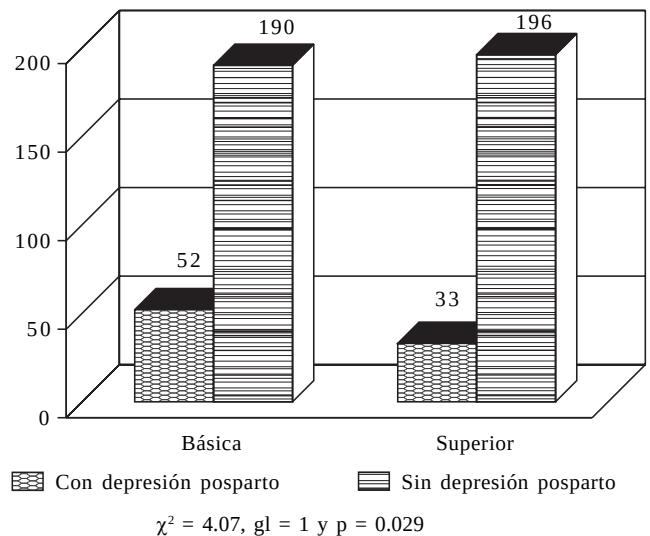
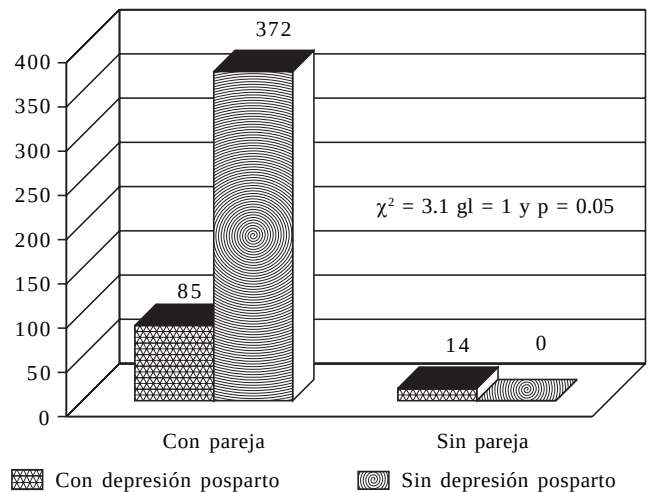
Fuente: Directa.

**Figura 2.** Depresión posparto en relación con la edad en la muestra estudiada. Fuente: Directa.

clínica psiquiátrica semiestructurada (SCID I) confirmó el diagnóstico de depresión posparto en 17.4% (82 pacientes) (Figura 1).

Análisis correlacional

Se efectuó el análisis de púrpuras que obtuvieron un puntaje de 10 o más en la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo mediante la prueba de χ^2 y la "t" de Student de dos colas con un nivel de significancia de 0.05, mediante el paquete estadístico SPSS versión 18.0. El análisis correlacional me-

**Figura 3.** Depresión posparto en relación con la escolaridad en la muestra estudiada. Fuente: Directa.**Figura 4.** Depresión posparto en relación con el estado civil en la muestra estudiada. Fuente: Directa.

dante χ^2 mostró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de depresión posparto con el número de embarazo (primigesta o multigesta) ($\chi^2 = 9.5$, gl = 1 y p = 0.001), con el deseo de embarazarse ($\chi^2 = 11.5$, gl = 2 y p = 0.003) (Figura 2); con la edad, ($\chi^2 = 0.04$, gl = 1 y p = 0.53) (Figura 2); con la escolaridad ($\chi^2 = 4.07$, gl = 1 y p = 0.029) (Figura 3); con el estado civil (con pareja o sin pareja) (Figura 4) ($\chi^2 = 3.1$, gl = 1 y p = 0.05); con el antecedente de aborto u óbito previos ($\chi^2 = 3.3$, gl = 1 y p = 0.047) (Figura 5); y con el nivel socioeconómico ($\chi^2 = 3.9$, gl = 1 y p = 0.029) (Figura 6), (Cuadros 3 y 4).

Por otra parte, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la depresión posparto con el embarazo planeado ($\chi^2 = 1.4$, gl = 2 y p = 0.48) (Figura 7), sexo del recién nacido (Figura 8) ($\chi^2 = 1.1$, gl = 1 y p = 0.175), y vía de termina-

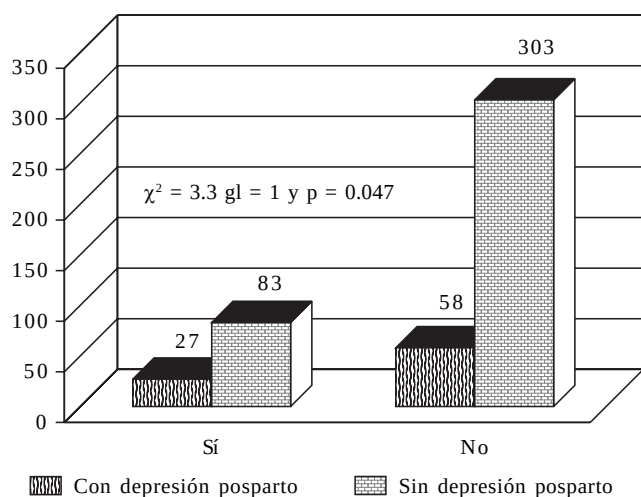


Figura 5. Depresión posparto en relación con aborto u óbito previos en la muestra estudiada. Fuente: Directa.

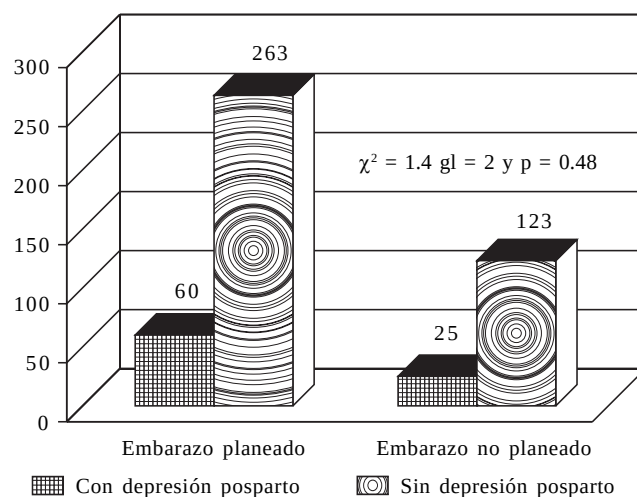


Figura 7. Depresión posparto en relación con la planeación del embarazo en la muestra estudiada. Fuente: Directa.

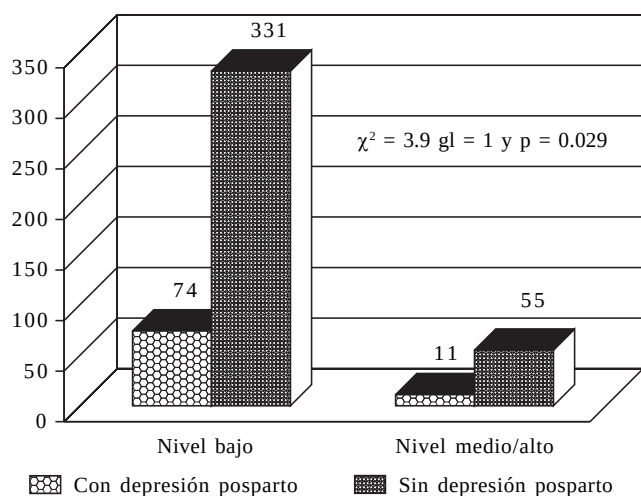


Figura 6. Depresión posparto en relación con el nivel socioeconómico en la muestra estudiada. Fuente: Directa.

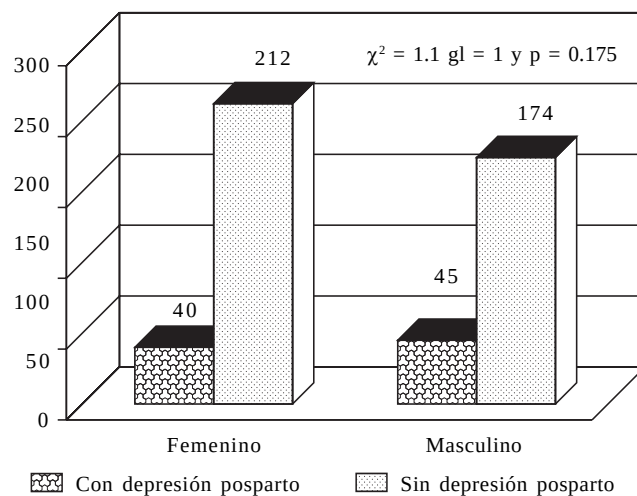


Figura 8. Depresión posparto en relación con el sexo del recién nacido en la muestra estudiada. Fuente: Directa.

Cuadro 3. Factores de riesgo sociodemográficos asociados a depresión posparto en la muestra estudiada.

Características socio demográficas	Depresión postparto Positivo	Depresión postparto Negativo	OR (95% CI)	χ^2	gl	P
Edad						
15 a 35 años	80	361	0.900(0.334-2.423)	0.04	1	0.53
36 a 42 años	5	25				
Estado Civil (Con pareja o sin pareja)						
Con Pareja	85	372	0.814 (0.779-0.850)	3.1	1	0.049
Sin Pareja	14	0				
Escolaridad						
Básica	52	190	0.612 (0.379-0.989)	4.07	1	0.029
Superior	33	196				
Nivel Socioeconómico						
Nivel Bajo	74	331	2.034 (1.001-4.135)	3.9	1	0.029
Nivel Medio-Alto	11	55				

Fuente: Directa.

Cuadro 4. Factores de riesgo clínicos y obstétricos asociados a depresión posparto.

Características socio demográficas	Depresión Positivo	Depresión postparto Negativo	OR (95% CI)	χ^2	gl	P
Numero de embarazo						
Primigestas	20	161	2.3 (1.3-3.9)	9.5	1	0.001
Multigestas	65	225				
Planeación del embarazo						
Embarazo planeado	60	263	1.1 (0.658-1.839)	1.4	2	0.48
Embarazo no planeado	25	123				
Deseo del embarazo						
Embarazo deseado	72	385	2.8 (1.9-4.6)	11.5	2	0.003
Embarazo no deseado	13	1				
Vía de terminación del embarazo						
Vaginal	57	256	1.095 (0.662-1.811)	.125	1	0.41
Cesárea	28	130				
Antecedente de aborto u óbito						
Si	27	83	1.628 (.966-2.744)	3.3	1	0.047
No	58	303				
Sexo del recién nacido						
Femenino	40	212	1.2 (0.805-2.061)	0.125	1	0.41
Masculino	45	174				

Fuente: Directa

ción del embarazo ($\chi^2 = 0.125$, gl = 1 y p = 0.41). La correlación efectuada mediante la prueba de "t" de Student mostró una asociación estadísticamente significativa entre la edad (t = 102.5, gl = 469 y p = 0.0001), número de embarazo (t = 36.8, gl = 469 y p = 0.0001), aborto u óbito previos (t = 1.94, gl = 469 y p = 0.053), embarazo planeado (t = 16.5, gl = 469 y p = 0.0001), embarazo deseado (t = 27.1, gl = 469 y p = 0.0001). (Cuadros 3 y 4).

La Escala de Depresión Posparto de Edinburgo mostró un Alpha de Cronbach de 0.83 y una estructura factorial de tres dimensiones:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Desesperanza e ideación suicida.

Discusión

La muestra estudiada corresponde a 500 pacientes que disminuyeron a 471 debido a la exclusión de 29 de ellas por diferentes motivos, con un Factor de Atrición resultante de 5.8%, mismo que por su magnitud no afecta significativamente el número de la muestra, pues ésta representa ampliamente al total de 1,780 partos que se atienden en un periodo de cinco meses, que es el de la duración del estudio (La Clínica de Especialidades de la Mujer atiende 4,200 partos por año, conforme a los registros anuales proporcionados por el Archivo del nosocomio en su Anuario Estadístico del año 2009).³³

Las características de la muestra estudiada corresponden al universo de pacientes derechohabientes y militares en

activo que reciben atención gineco-obstétrica en la Clínica de Especialidades de la Mujer, mismas que no difieren en forma significativa de otras muestras poblacionales estudiadas en México⁷ y en la propia institución,^{8, 21, 33} lo cual reafirma la representatividad de la muestra respecto al universo estudiado.

La incidencia de 18% de depresión posparto en el presente estudio es significativamente más alta que la reportada por autores como Lee⁴ de 5.5% en mujeres chinas y Milgrom,³⁴ quien encontró 7.5% en mujeres australianas. En el mismo sentido, la incidencia del presente estudio es mayor que la reportada por Lee en un estudio posterior,³⁵ de 13%; que la encontrada por Henshaw,³⁶ de 13% en mujeres del Reino Unido; y Pantangui³⁷ de 17.8% en los Estados Unidos de América.

Por otra parte, varios autores reportan incidencias mayores a 18%; tales como Tannous⁶ con 20.7% en mujeres brasileñas; Chaaya³⁸ con 21% en Líbano; Moreno² con 22.2% en otra muestra de mujeres brasileñas; Patel³⁹ con 23% en la India; Figueira⁴⁰ con 26.9% en una muestra más de mujeres brasileñas; y, finalmente, Inandi⁴¹ con un reporte de 27.2% para mujeres de Turquía.

El primer reporte sobre incidencia de depresión posparto en nuestro país fue hecho por García Fonseca y cols.,⁴² en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", en 1991, mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck y una entrevista semiestructurada, encontrando una incidencia de 22.5%. Reportes posteriores que ya incluyeron la aplicación de la Escala de Depresión Posparto de Edinbur-

go, fueron publicados casi diez años después, así, Ortega⁷ reportó 21.7% en una muestra de 360 mujeres del Instituto Nacional de Perinatología; y, posteriormente, Espíndola¹ reportó 18.5% en esa misma institución.

En relación con la discrepancia o variabilidad que existen en los diversos estudios señalados para con los hallazgos del presente reporte, es importante señalar que el punto de corte utilizado como umbral para definir los casos detectados por la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo varía básicamente entre puntos de corte de 12/13, referido por varios autores en diversas partes del mundo, incluido México,^{1,2,4,6,7,21,35-40,42} y puntos de corte de 9/10, conforme a lo reportado por García-Esteve⁴³ y Figueira.⁴⁰

Para la presente investigación se utilizó un punto de corte de 10, de modo que todas las pacientes que puntuaron con 10 o más en la Escala de Depresión posparto de Edinburgo calificaron como casos de depresión posparto. Dicho umbral fue escogido por garantizar una mayor captación de casos positivos para depresión posparto, por lo que aún cuando ello incrementa el número de falsos positivos, es preferible, si se considera que el instrumento está diseñado para ser aplicado por profesionales de salud de cuidado primario.⁴⁴

A nivel correlacional, este estudio mostró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de depresión postparto con el número de embarazo (primigesta o multigesta) ($\chi^2 = 9.5$, $gl = 1$ y $p = 0.001$), lo cual es congruente con lo reportado por García Fonseca,⁴³ y discrepan Chaaya,³⁸ Tannous,⁸ y Figueira.⁴⁰ La depresión posparto se asocia en el presente estudio con el deseo de embarazarse ($\chi^2 = 11.5$, $gl = 2$ y $p = 0.003$) con la edad, ($\chi^2 = 0.04$, $gl = 1$ y $p = 0.53$), con la escolaridad ($\chi^2 = 4.07$, $gl = 1$ y $p = 0.029$), lo que va en línea con lo reportado por Chaaya³⁸ e incongruente con Figueira⁴⁰ y con Tannous.⁶ Nuestro estudio mostró significancia con el estado civil, en el sentido de existir mayor depresión posparto en mujeres sin pareja) ($\chi^2 = 3.1$, $gl = 1$ y $p = 0.05$), lo cual concuerda con lo publicado por Milgrom³⁴ y Patel (2002),³⁹ pero en desacuerdo con Figueira.⁴¹

La asociación encontrada entre la depresión posparto y la existencia de algún antecedente de aborto u óbito previos ($\chi^2 = 3.3$, $gl = 1$ y $p = 0.047$), no es congruente con lo referido por Moreno,² ni por Figueira.⁴⁰ El bajo nivel socioeconómico está asociado con depresión posparto ($\chi^2 = 3.9$, $gl = 1$ y $p = 0.029$), lo cual es congruente con lo reportado por Lee³⁵ y por Patel.³⁹

Por otra parte, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la depresión posparto con el embarazo planeado ($\chi^2 = 1.4$, $gl = 2$ y $p = 0.48$), lo cual es congruente con lo encontrado por Moreno (2004),² pero incongruente con Inandi (2002),⁴¹ quien reporta que hay más riesgo en el embarazo no planeado.

El presente estudio señala que el sexo del recién nacido se asocia más a depresión posparto en quienes tienen niños, aun cuando no es significativo ($\chi^2 = 1.1$, $gl = 1$ y $p = 0.175$), en contraste Patel³⁹ lo señala para quienes han tenido niñas, al igual que García-Fonseca y cols.⁴²

La asociación entre la existencia de depresión y la vía de terminación del embarazo no es significativa ($\chi^2 = 0.125$, $gl =$

1 y $p = 0.41$), lo cual es congruente con Moreno² y con Patel,⁴³ quienes reportan que no hay evidencia de que la cesárea electiva aumente el riesgo de depresión posnatal o posparto y tampoco es un factor de protección. Chaaya,³⁸ en cambio discrepa de esta conclusión, en virtud de que encontró asociación entre el parto vaginal y la depresión posparto.

Conclusiones

La incidencia de depresión posparto en la muestra estudiada de la Clínica de Especialidades de la Mujer fue de 18% mediante la aplicación de la escala de Edinburgo con un punto de corte de 10. Los factores de riesgo asociados con la depresión posparto fueron, multiparidad (2.3 veces más riesgo) embarazo no deseado (2.8 veces más riesgo), nivel bajo de escolaridad (0.6 veces más riesgo), no tener pareja (0.8 veces más riesgo), antecedente de aborto u óbito (1.6 veces más riesgo) y nivel socioeconómico bajo (dos veces más riesgo).

Los presentes hallazgos ponen de manifiesto la magnitud del problema de la DPP en la población de mujeres militares y derechohabientes de la CEM, así como la importancia de continuar con esta línea de investigación y de formular estrategias de prevención y manejo oportuni a fin de disminuir o eliminar el impacto negativo de dicha condición sobre la salud mental de la mujer y/o el desarrollo psicoemocional de los primeros años de vida.

Referencias

1. Espíndola JG, Morales F, Mota C. Calibración del punto de corte para la escala de depresión perinatal de Edinburgh, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18: 179-86.
2. Moreno ZA, Domínguez CML, Sergio FP. Depresión postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en púerperas del hospital universitario de Brasilia, Brasil. *Revista Chilena Obstrétrica* 2004 69(3): 209-13.
3. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risks of postpartum depression: a metaanalysis. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8: 37-54.
4. Lee D, Yip S, Chiu H, et al. Detecting postnatal depression in Chinese women: validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 433-7.
5. Cooper PJ, Tomlinson M, Schwartz L, et al. Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 554-8.
6. Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, et al. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants *BMC Psychiatry* 2008; 8:1 doi:10.1186/1471-244X-8-1.
7. Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. Prevalencia de depresión, a través de la escala de depresión perinatal de Edinburgo (EPDS). *Perinatología Reproducción Humana* 2001; 15: 11-20.
8. Lara MA, Navarro C, Navarrete L, Cabrera A, Almanza J. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental* 2006; 29: 4.
9. Hickey AR, Boyce PM, Ellwood D, et al. Early discharge a risk factor for postnatal depression. *Med J Australia* 1997; 167: 244-7.
10. Hughes PM, Turton P, Evans CD. Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. *BMJ* 1999; 318: 1721-4.
11. Cadzow SP, Armstrong KL. Stressed parents with infants: reassessing physical abuse risk factors. *Child Abuse Neglect* 1999; 23: 845-53.

12. Sinclair D, Murray L. Effects of postnatal depression on children's adjustment to school. Teachers' reports. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 58-63.
13. Murray L, Sinclair D, Cooper P, et al. The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40: 1259-71.
14. Bagedahl-Strindlund M, Borjesson KM. Postnatal depression: a hidden illness. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98: 272-5.
15. Mandl KD, Tronick EZ, Brennan TA, et al. Infant health care use and maternal depression. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 808-13.
16. Wisner KL, Gelenberg AJ, Leonard H, et al. Pharmacologic treatment of depression during pregnancy. *JAMA* 1999; 282(13): 1264-9.
17. Yoshida K, Smith B, Kumar R. Psychotropic drugs in mothers' milk: a comprehensive review of assay methods, pharmacokinetics and of safety of breast-feeding. *J Psychopharmacol* 1999; 13: 64-80.
18. Hoffbrand S, Howard L, Crawley H. Tratamiento antidepressivo para la depresión postparto (Revisión Cochrane traducida). En: La biblioteca Cochrane Plus. 2008 Numero 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de: The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
19. Klier CM, Muzik M, Rosenblum KL, et al. Interpersonal Psychotherapy Adapted for the Group Setting in the Treatment of Postpartum Depression. *J Psych Prac Res* 2001; 10: 124-31.
20. Ellis PM, Smith DAR. Treating depression: the beyond guidelines for treating depression in primary care. *MJA* 2002; 170: S77-S83.
21. Rosario JI, Santos GR, Almanza MJJ, et al. Consistencia interna y análisis factorial de la escala de Depresión Posparto de Edinburgo en mujeres mexicanas embarazadas y púerperas. Reporte preliminar. *Rev Neurol Neurocir y Psiquiat* 2009; XLI (1-4): 1-6.
22. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-6.
23. Cox JL, Holden J. Perinatal mental health: a guide to the Edinburgh postnatal depression scale. London: Gaskell; 2003, p. 15-20.
24. Murray D, Cox JL. Screening for posnatal depression during pregnancy with the Edinburgh Posnatal Depression Scale. *J Reproduc Infant Psychol* 1990(8): 99-109.
25. Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006; 35: 491-8.
26. Gordon TE, Cardone IA, Kim JJ, Gordon SM, Silver RK. Universal perinatal depression screening in an Academic Medical Center. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 342-7.
27. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder-Patient Edition (SCID- I/P, Version 2.0) New York; Biometrics Research Department, New York: States Institute; 1995.
28. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders RT. 4th. Ed. American Psychiatric Association, Washington D.C. press; 2000.
29. Williams JB, Gibbon M, First MB, et al. The structured clinical interview for DSM-III-R(SCID). II. Multisite test retest reliability. *Arch Gen Psychiatr* 1992; 49: 630-6.
30. SPSS Inc. SPSS 18.0 for Windows. Chicago: SPSS Inc. 2010.
31. Clínica de Especialidades de la Mujer. Anuario Estadístico de la Clínica de Especialidades de la Mujer, SEDENA, México 2009.
32. Milgrom J, Gemmil AW, Bilszta JL, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *J Affect Dis* 2008; 108: 147-57.
33. Lee D, Yip S, Chiu H, et al. A Psychiatric Epidemiological Study of Postpartum Chinese Women. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 220-6.
34. Henshaw C. Clinical and biological aspects of postpartum blues and depression. *Field House Mental Health Resource Centre* 2000; 13: 635-8.
35. Panthangi V, West P, Savoy-Moore RT, et al. Is Seasonal Variation Another Risk Factor for Postpartum Depression. *J Am Board Fam Med* 2009; 22: 492-7.
36. Chaaya M, Campbell OM, El Kak F. et al. Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Arch Womens Ment Health* 2006; 5(2): 65-72.
37. Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender, Poverty, and Postnatal Depression: A Study of Mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 43-7.
38. Figueira P, Correa H, Malloy-Diniz L, et al. Edinburgh Postnatal Depression Scale for Screening in the public health system. *Rev Saude Publica* 2009, 43(Supl. 1).
39. Inandi T, Cinar EO, Ozturk A, et al. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Epidemiological Association* 2002; 31: 1201-7.
40. Garcia FL, Ortega-Soto HA, Ontiveros UM, et al. La incidencia de la depresión en el postparto. *Anales del Instituto Mexicano De Psiquiatria* 1991; 2: 54-9.
41. Patel RR, Murphy DJ, Peters TJ. Operative delivery and postnatal depression In. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38376.603426.D3 (published 25 February 2005).
42. Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Dis* 2003; 75: 71-6.
43. Nunnally JC. Psychometric Theory. Ed. McGraw Hill USA, 1978.
44. Adouard F, Glangeaud-Freudenthal NMC, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Womens Ment Health* 2005; 8: 89-95.
45. Campo AA, Ayola CC, Peinado VHM, et al. Escala de Edinburgo para depresión posparto: Consistencia interna y estructurada factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Rev Col Obstet Gin* 2007; 58(4): 277-83.
46. Phillips J, Charles M, Sharpe L, et al. Validation of the subscales of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in a sample of women with unsettled infants. *J Affect Dis* 2009; 118: 101-12.
47. Jomeen J, Martin CR. Replicability and stability of the multidimensional model of the Edinburgh postnatal depression scale in late pregnancy. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007; 14: 319-24.

