

Prevalencia de depresión posparto en el Hospital de la Mujer del estado de Tlaxcala

Prevalence of postpartum depression in Hospital de la Mujer in Tlaxcala

Mauricio Juárez-Romero,* Carlos B. Nava-Cruz,** Pablo Méndez-Hernández,** Juan Cuacenetl Jiménez,** Elodia Rojas-Lima,** Mauricio Francisco-García**

* Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud, Tlaxcala, México.

** Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Tlaxcala, Tlaxcala, México.

RESUMEN

Introducción. Se ha reportado que la depresión ocurre con mayor frecuencia en mujeres en el posparto, por lo que el objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia de la depresión posparto en el Hospital de la Mujer del estado de Tlaxcala. **Material y métodos.** Se llevó a cabo un estudio transversal en el Hospital de la Mujer, con una muestra de 300 pacientes de 15 a 39 años, en puerperio fisiológico, que aceptaron libre e informadamente participar en el estudio. Se obtuvo la información a través de un cuestionario autoaplicable de tamizaje llamado escala de Edimburgo (EPDS). **Resultados.** En relación con la escala de depresión perinatal de Edimburgo, se obtuvo una prevalencia de 18.3%. **Conclusiones.** Por medio de la EPDS se demostró una prevalencia mayor a la reportada en estudios previos.

Palabras clave. Depresión. Diagnóstico. Escala. México.

ABSTRACT

Introduction. Depression is more prevalent among postpartum women. The aim was to evaluate the prevalence of post-partum depression at the Hospital de la Mujer in Tlaxcala. **Material and methods.** This study was conducted at the Hospital de la Mujer in Tlaxcala on 300 patients with diagnosis of post-partum, who accepted freely and with complete knowledge to participate in the study. The EPDS was applied. **Results.** In relation to the Perinatal depression of Edinburgh scale, a prevalence of 18.3% was obtained. This results are similar to the previous scores reported. **Conclusions.** With the use of the EPD an increased prevalence was shown compared to the prevalence reported in previous studies.

Key words. Depression. Diagnosis. Scale. Mexico.

INTRODUCCIÓN

El episodio depresivo mayor se manifiesta en un periodo de al menos dos semanas, en el que existe distimia o una pérdida de interés para casi todas las actividades. Las mujeres experimentan, además de los síntomas anteriores, al menos cuatro síntomas más de una lista que incluye: cambios en el apetito o peso corporal; alteraciones en el sueño y la actividad psicomotora; falta de energía y sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida y/o intentos sui-

cidas. Dicha sintomatología debe presentarse *de novo* o empeorar claramente, comparado con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas deben mantenerse la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas consecutivas. El evento debe acompañarse de un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.¹

Como puede observarse, la depresión como episodio y como trastorno es una entidad clínica claramente delimitada que para su tratamiento y diagnóstico requiere de una cuidadosa evaluación de la sintomatología, anamne-

Correspondencia:

Dr. Mauricio Juárez-Romero

Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud de Tlaxcala

20 de Noviembre s/n, Carretera a San Damián Tlacotalpan, km 2.5, San Matías Tepetomatitlán, Apetatitlán de Antonio Carvajal.

C.P. 90606, Tlaxcala, México. Tel.: (+52) 5246 464-3409

Correo electrónico: drmaumd@hotmail.com

Fecha de recibido: julio 15, 2015.

Fecha de aceptado: agosto 05, 2015.

sis e historia del paciente. En los últimos años el diagnóstico de depresión posparto ha sido punto de controversia en las diversas instituciones de salud de todo el mundo. Dicho diagnóstico se caracteriza por iniciar en las cuatro primeras semanas después del alumbramiento. Su sintomatología no difiere en general de la sintomatología de los episodios afectivos que no cuentan con esta característica de inicio. Sin embargo, puede ser más frecuente el curso fluctuante y la labilidad del estado de ánimo. Cuando existen ideas delirantes, es frecuente que éstas se refieran al recién nacido; en pacientes sin características psicóticas puede haber pensamientos obsesivos de agresión al niño, falta de concentración y agitación psicomotora. Es frecuente que estas mujeres presenten un cuadro clínico de gran ansiedad, crisis de angustia, llanto espontáneo (incluso mucho tiempo después de lo que suele durar la tristeza posparto o *baby blues*), así como desinterés por el nuevo hijo e insomnio.² La depresión posparto no debe ser considerada únicamente como un abatimiento o disminución en la energía o del estado de ánimo, sino que se trata en gran medida de una serie de manifestaciones claramente identificables que responden a diversos diagnósticos diferenciales y que debe ser atendida por los servicios de salud. La confusión diagnóstica de este padecimiento puede traer consecuencias considerables a la madre y al hijo. Como se sabe, los diversos medicamentos antidepressivos, en su generalidad, están contraindicados durante el embarazo y la lactancia. Por lo que si una madre es mal diagnosticada será sometida a un tratamiento farmacológico innecesario, por lo que tendrá que suspender la lactancia de su hijo a cambio de un tratamiento injustificado.³ Ésta y otras razones, tales como la elevada prevalencia que se ha informado de dicho diagnóstico en estudios en el mundo, hacen que este padecimiento deba ser estudiado en forma cuidadosa, por lo que el objetivo de este trabajo fue conocer la prevalencia de la depresión posparto en el Hospital de la Mujer del estado de Tlaxcala.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se eligió una muestra de 300 mujeres de 15 a 39 años, en posparto, que acudieron a la atención en el Hospital de la Mujer en el estado de Tlaxcala durante el primer semestre de 2013. Todas las participantes brindaron su consentimiento informado por escrito. Los criterios de exclusión fueron contar con enfermedades psiquiátricas previas, presentar un embarazo de alto riesgo. Se eliminaron los casos con cuestionarios incompletos o que retiraron su consentimiento informado. A todas la participantes se les

aplicó la escala de depresión perinatal llamada escala de Edimburgo (EPDS) y una encuesta sociodemográfica para contextualizar el espacio muestral. La EPDS se ubica dentro de las escalas de autorreporte y comprende diez 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 calificó en un intervalo de 0 a 3 puntos de acuerdo con la severidad o duración. La encuesta sociodemográfica incluyó variables como edad, escolaridad, ocupación, estado civil, número de gestas, municipio, si el embarazo fue deseado y/o planeado y nivel socioeconómico asignado por el investigador de acuerdo con el tipo de población.

El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico Stata 12, aplicando métodos de estadística descriptiva y la obtención de prevalencia.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestran las características demográficas de las pacientes que participaron en este trabajo. El promedio de edad de las mujeres encuestadas fue de 24.4 ± 5.43 años, la mayoría eran casadas, dedicadas al hogar, primigestas, con escolaridad de secundaria que no habían planeado el embarazo y, por lo tanto, no lo deseaban (Tabla 1).

En lo referente a los puntajes obtenidos en la escala de depresión perinatal de Edimburgo, se obtuvo un total de 55 pacientes positivas al tamizaje (18.3% del total de la muestra).

DISCUSIÓN

En este trabajo se evaluó la prevalencia de la depresión posparto en un grupo de 300 mujeres que acudieron al Hospital de la Mujer de Tlaxcala. El diagnóstico de depresión posparto se realizó mediante la escala EPDS y encontramos una prevalencia de 18.3%. Se observó, por otro lado, que a menor escolaridad y número de gestas, además de la presencia de un muy bajo ingreso económico, las pacientes presentan mayores probabilidades de puntuar por arriba del punto de corte.

Las cifras de prevalencia de depresión posparto reportadas por diversos autores en occidente^{3,4} oscilan entre 10 y 15%; mientras que las reportadas por Gubash y Abou-Saleh⁵ oscilan en 15.8% en mujeres árabes; en tanto que Nhiwatiwa⁶ informó que 16% de las mujeres de Zimbabwe tienen dicho padecimiento. Cooper,⁷ por su parte, refirió una prevalencia de 34.7% en las mujeres sudafricanas.

Tabla 1. Resultados de proporciones de variables en pacientes con depresión posparto.

Variables	Frecuencia (%)
Edad	
15 a 20 años	6.4
21 a 39 años	93.6
Embarazos (n)	
Primigestas	12.7
Multigestas	87.3
Estado civil	
Soltera	24.2
Casada	56.9
Unión libre	18.9
Escolaridad	
Primaria	22.3
Secundaria	55.3
Preparatoria	18.3
Licenciatura	3.3
Analfabeta	0.8
Ocupación	
Ama de casa	83
Empleada	6
Estudiante	8
Profesionista	3
Comerciante	
Ingresos mensuales	
Menos de \$1,000	0
De \$1,000 a \$3,000	98.2
De \$3,000 a \$5,000	1.8
Embarazo deseado	
Sí	27.6
No	72.4
Embarazo planeado	
Sí	8.7
No	91.3

En tanto que en México, la prevalencia de depresión en mujeres informada es de 14.1%.⁸ Estos hallazgos exigen que los servicios de salud mental desarrollen los instrumentos diagnósticos que proporcionen la sensibilidad y especificidad para un adecuado diagnóstico y atención de las pacientes con tal afección.

La depresión posparto es un fenómeno complejo de etiología variada y con factores de riesgo identificables en función de investigaciones previas. Dicha depresión exige la comprensión del proceso gestacional y la resolución del mismo, ligado a un fenómeno patológico que será matizado por las condiciones de vida por las que pasa la nueva madre. Los cuadros depresivos dentro de este proceso

pueden pasar desapercibidos o manifestarse de forma aguda y reactiva, por lo que el diagnóstico debe ser claro y el tratamiento adecuado a las especificaciones diagnósticas de cada caso.⁴

Los resultados obtenidos sugieren que la escala de depresión perinatal de Edimburgo es un instrumento confiable y válido para ser utilizado como tamiz en la detección de trastornos depresivos, mayores y menores, en la población del Hospital de la Mujer. Dichas características pueden ser un foco explicativo de los incrementos informados en cuanto a la prevalencia de la depresión (4.1 y 5%) en mujeres y la depresión posparto (15-22.5%). En cuanto al instrumento (EPDS) los puntajes obtenidos en los diversos análisis estadísticos sugieren que esta escala puede ser utilizada en las mujeres que cursan un embarazo del segundo trimestre en adelante. Sin embargo, pareciera que la depresión presente dentro del periodo gestacional y puerperal responde a las características de cualquier trastorno depresivo y sólo es matizada por los contenidos emocionales, cognitivos y representacionales propios de la gestación y el puerperio.⁹⁻¹¹

Los resultados de este trabajo pueden contribuir a mostrar la importancia de tomar acciones para la búsqueda del diagnóstico para iniciar oportunidad de tratamiento a corto o mediano plazo para evitar así las complicaciones futuras tanto para la madre como para el recién nacido.

REFERENCIAS

1. José Urdaneta M, Ana Rivera S, José García I, Mery Guerra V, Nasser Baabel Z, Alfi Contreras B. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2010; 75(5): 312-20.
2. Evans G, Mcjohn Vicuña M, Marín R. Depresión Postparto Realidad en el Sistema Público de Atención de Salud. Servicio de obstetricia y Ginecología, Hospital clínico regional de Antofagasta, Abril 2009. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003; 68(6): 491-4.
3. Aramburu P, Arellano R, Jáuregui S, Pari L. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención. Lima, Perú. Perú, 2010.
4. Maalouf FT, Atwi M. Treatment-resistant depression postnatal in adolescents: review and updates on clinical management. Santiago: MINSAL, 2009. Ministerio de Salud. Guía Clínica Tratamiento de Personas con Depresión.
5. Ghubash R, Abou-Saleh MT. Postpartum psychiatric illness in Arab culture: prevalence and psychosocial correlates. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 65-8.
6. Nhiwatiwa S, Patel V, Acuda W. Predicting postnatal mental disorder with a screening questionnaire: a prospective cohort study from Zimbabwe. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52(4): 262-6.
7. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Post-partum depression and the mother-infant relationship

- in a South African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 554-8.
8. Berenzon S, Medina-Mora ME, López EK, González J. Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades al sur de la Ciudad de México. *Rev Mex Psicol* 1998; 15: 177-85.
 9. Lee HH, Kim TH. Screening depression during and after pregnancy using the EPDS. *Arch Gynecol Obstet* 2014; 290(4): 601-2.
 10. Thombs BD, Benedetti A, Kloda LA, Levis B, Riehm KE, Azar M, Cuijpers P, et al. Diagnostic accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting major depression in pregnant and postnatal women: protocol for a systematic review and individual patient data meta-analyses. *BMJ Open* 2015; 5(10): e009742.
 11. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91.