

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA ^[1]

Manifestación de depresión postparto en madres durante la hospitalización neonatal

Manifestation of postpartum depression in mothers during neonatal hospitalization

Titulo corto: Depresión postparto en puérperas, depresión postparto en área neonatal.

Juan Camilo Loaiza Salazar ^[2]
Jessica Valeria Sánchez López ^[3]

^[1] Artículo de investigación, resultado de la asistencia de investigación del estudiante Juan Camilo Loaiza Salazar. Se espera publicar el artículo en la revista *Duazary* editada por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Magdalena-Colombia, cuyo objetivo es difundir investigaciones originales e inéditas que contribuyan con la comprensión del proceso salud-enfermedad en el ámbito local, nacional e internacional. La revista solicita las citas en el estilo Vancouver

^[2] Estudiante Psicología último semestre Universidad de Manizales. Colombia

^[3] Ph.D. en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Universidad de Manizales - Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud. Magíster en Desarrollo Infantil y Psicóloga de la Universidad de Manizales. Docente tiempo completo Universidad de Manizales. Colombia.
Correo: jsanchez@umanizales.edu.co - <https://orcid.org/0000-0002-5699-1304>

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal, que tuvo como objetivo principal identificar la manifestación de características de depresión postparto en madres que se encontraban en puerperio mediano y que tenían a su recién nacido hospitalizado en el área neonatal de la Clínica Versalles, Caldas, Colombia. La muestra consistió de 39 puérperas con edades que oscilaban entre los 14 y los 39 años evaluadas durante diciembre del año 2018 y febrero del 2019. Se aplicó escala de depresión postparto de Edimburgo, la MINI entrevista psiquiátrica internacional en su apartado de depresión mayor y un cuestionario para evaluar variables sociodemográficas y clínicas. Los resultados indican que, de las 39 madres participantes en esta investigación, 10 de ellas (26%) obtuvieron una puntuación clínicamente significativa para depresión post-parto en la Escala de Edimburgo; mientras que 29 de ellas (74%) obtuvieron puntuaciones sin significancia clínica. En el estudio se evidenció que 2 de las 10 madres que atravesaban por depresión post-parto (DPP), la experimentaban de manera tan aguda que cumplieron con los criterios diagnósticos para episodio depresivo mayor, según la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica (valor $p=0,013$). Por otra parte, se encontró que la mayoría de las mujeres que atravesaban por DPP, tuvieron parto normal (N=6), seguido de cesárea programada (N=3) y cesárea por emergencia (N=1) (valor $p=0,013$). 6 de las mujeres con DPP tuvieron un embarazo no deseado, mientras que las 4 restantes sí lo habían deseado (valor $p=0,020$).

Palabras clave: depresión postparto, puerperio mediano, área neonatal

ABSTRACT

A cross sectional descriptive study was undertaken to identify the manifestation of postpartum depressive characteristics in mothers who were in the mediate puerperium and who had their newborn hospitalized in the neonatal area of the Versalles Clinic, Caldas, Colombia. The sample consisted of 39 puerperal women aged between 14 and 39 evaluated from December of 2018 and February of 2019 using the Edinburgh Postnatal Depression Scale, the section of major depression of the MINI-International Neuropsychiatric Interview and a questionnaire to evaluate sociodemographic and clinical variables. Results indicate that 10 (26%) of the 39 mothers who participated in this study, obtained a clinically significant score for postpartum depression in the Edinburgh Scale; while 29 of them (74%) obtained scores without clinical significance. The study showed that 2 of the 10 mothers who were going through postpartum depression (PPD), experienced it so acutely that they met the diagnostic criteria for major depressive episode, according to the MINI-International Neuropsychiatric Interview (p -value = 0.013). On the other hand, it was found that the majority of women who were going through PPD had vaginal delivery (N = 6), followed by a planned cesarean (N = 3) and emergency cesarean (N = 1) (p -value = 0.013). 6 of the women with PPD had an unwanted pregnancy, while the remaining 4 had wanted it (p -value = 0.020).

Keywords: postpartum depression, mediate puerperium, neonatal area

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS),^[1] aproximadamente 121 millones de personas se encuentran afectadas por esta condición, la cual es responsable alrededor de 850 mil muertes cada año, teniendo como variable principal el suicidio. La OMS declara que las mujeres tienen mayor probabilidad que padecer este trastorno mental con un 20.25% con respecto a los hombres con un 7.12% de presentar algún episodio depresivo durante el transcurso de su vida. Teniendo en cuenta lo anterior, se estima que los trastornos mentales y neurológicos pueden representar hasta el 22% del índice total de las enfermedades en América latina y el Caribe, según la organización panamericana de salud (OPS),^[2] lo cual representa un factor de riesgo en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad; considerando lo anterior, se puede tener en cuenta que la depresión en sus distintos tipos se ha convertido en un diagnóstico cada vez más frecuente en los servicios de atención primaria en salud y según información brindada por la OMS, este trastorno se encuentra entre los primeros cinco trastornos que generan mayor discapacidad de largo plazo y dependencia, puesto que puede ser tanto de larga duración o considerablemente recurrente, lo cual perjudica notablemente la capacidad de la persona de llevar a cabo sus actividades laborales o académicas y de afrontar la vida cotidiana, lo que en su estado más grave, puede conducir al suicidio.

En Colombia la información actualmente accesible con respecto a la manifestación de depresión postparto (DPP) es casi nula, sin embargo, se puede tener en cuenta como predecesor principal a nivel nacional el análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2010 (Rincón y Ramírez, 2014),^[3] el cual tuvo como propósito examinar la prevalencia de depresión posparto en una muestra representativa de 53.521 mujeres entre los 13 y 49 años. Considerando lo anterior, encontraron como resultado que, a nivel nacional, la prevalencia de depresión postparto fue de 12,9 %, estando con mayor frecuencia estadística en mujeres de 20 a 34 años con un 13,4 % de prevalencia y siendo considerablemente mayor en zonas urbanas con un 15,1% que en zonas rurales 6,8%, observándose también que las mujeres primigestantes, presentan la mayor prevalencia de depresión postparto con 15,4 %, seguido de las mujeres con segundo y tercer parto con 12,5 %. Este estudio advierte de una alta prevalencia de depresión posparto en Colombia, y también representa como diversos factores sociodemográficos y geográficos contribuyeron al desarrollo del trastorno, lo cual ejemplifica la necesidad de una investigación que apoye la identificación temprana y la intervención de las mujeres que padecen depresión postparto, teniendo en cuenta también que este estudio describe como para el año 2014, Caldas es el sexto departamento con más prevalencia a la depresión postparto con un 15.2% en relación a otros departamentos de Colombia. Observando lo anterior, se expone como la poca existencia de investigaciones a nivel nacional y sobre todo en el departamento de Caldas que permitan determinar los factores de riesgo relevantes en la presencia de depresión postparto y la falta de estadísticas diferenciales actualizadas representan carencias importantes que tienen como consecuencia una no detección temprana del problema y, por ende, una falta de acción preventiva y de intervención eficaz de este trastorno.

En la actualidad, es posible que al menos el 60% al 85% de más madres gestantes puedan llegar a presentar algo llamado “melancolía materna” o “postpartum blues” principalmente evidenciados por una sintomatología similar al de un evento depresivo el cual se manifiesta al menos durante los primeros días después del parto, sin embargo, cuando se habla de

DPP el índice tiende a ser menor, entre 10 y 15% el cual puede llegar a incrementarse hasta un 50% si la mujer tiene antecedentes de depresión, considerado lo anterior el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales en su quinta edición (DSM-V) incluyó como novedad frente a la versión anterior, el trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto, que se suele desarrollar durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas del postparto, considerándolo una especificación en el diagnóstico que permita sustentarlo a mayor cabalidad. En definición, la DPP se caracteriza por presentarse entre las cuatro primeras semanas del puerperio y se evidencia puesto que presenta una sintomatología similar a cualquier episodio depresivo mayor y puede acompañarse de ideas obsesivas respecto del bienestar del recién nacido, ansiedad, pobre percepción del rol materno, y mayores alteraciones motoras o cognitivas en comparación con las depresiones no ligadas al postparto y que estén afectando el funcionamiento cotidiano y el cuidado del recién nacido. (Mendoza y Saldivia, 2015).^[4]

Se tiene en cuenta igualmente el área neonatal debido a que las familias y sobre todo las madres que tienen su recién nacido hospitalizado representan un grupo vulnerable, puesto que si se tiene en cuenta que la DPP de mujeres con hijos ingresados en el área neonatal por lo general es subdiagnosticada o subtratada, ello puede propiciar consecuencias negativas en las relaciones de pareja y en el desarrollo infantil a corto, mediano y largo plazo por lo que su pronta y oportuna evaluación, diagnóstico y tratamiento es prioridad para que de esta manera se pueda prevenir cualquier efecto inesperado que pueda influir en el desarrollo integro de la maternidad, por tanto, todos aquellos posibles factores de riesgo deben ser detectados a tiempo para así ser intervenidos oportunamente, aplicando las medidas adecuadas y así contribuir al vínculo afectivo de la madre con su recién nacido. (Wormald y col, 2015).^[5] También se tiene en cuenta una variable importante, el puerperio mediato, el cual está comprendido entre el tercer y el décimo día después del parto. Se toma principalmente esta característica con el fin de evitar posibles variables intervinientes que afecten el desarrollo y la evaluación objetiva, válida y confiable de la investigación, evitando posibles eventos tales como: el cansancio acumulado después del parto, la falta de sueño de la noche anterior por parte de las maternas, la acumulación de ruido, las posibles interrupciones, etc. Por ende, se planea en dar un tiempo prudente de asimilación y adaptación al proceso de maternidad, con el fin de generar un espacio integro que no interfiera con el proceso evaluativo concordando igualmente con las semanas propiciadas de posible manifestación de características de depresión postparto.

En los últimos años se han realizado numerosas investigaciones relacionadas a depresión postparto, dentro de las cuales encontramos un estudio de Melendez y col en el año 2017^[1] que se orienta a determinar la incidencia de depresión postparto en pacientes maternas hospitalizadas a través de la escala de Edimburgo y su relación con los factores de riesgo más frecuentes. Determinan que, de 592 pacientes evaluadas, 204 pacientes presentan características de depresión postparto lo cual representa 34,46% de incidencia, se observa igualmente que la aparición de depresión postparto fue mayor en adolescentes (16.86%) comparado con madres adultas (12.16%) teniendo más frecuencia en puerperas multiparas con un 22,13% lo cual es asociado a factores de riesgo como el desempleo, las complicaciones obstétricas, el estrato socioeconómico y el embarazo no deseado. Teniendo en cuenta lo anterior, se presenta la gran necesidad que se tiene en instituciones de salud a nivel primario de identificar factores de riesgo que pueda representar una detección precoz del trastorno, con hincapié en un examen psicológico a profundidad que

permita prestar atención especializada a este tipo de pacientes y a partir de ello formular planes de prevención en salud.

Por otra parte, Borrero y Castro en el año 2017 ^[6] determinaron la frecuencia de depresión postparto en 203 púerperas de Ecuador a través de una encuesta de dos partes, una de datos sociodemográficos y otra con la escala de Edimburgo. Dentro de los datos evaluados se obtuvo una prevalencia de depresión postparto de 49,8% de las madres evaluadas, entre las cuales 48,3% se encontraban en unión libre con un 60,1%, en la evaluación se determinó que la prevalencia de DPP fue mayor en el grupo con edades comprendidas entre 20-24 años con un 26,6% en donde el mayor porcentaje se encontró en aquellas madres las cuales no planificaron su embarazo y tuvieron parto por vía vaginal en comparación a quienes se realizó cesárea.

En un estudio de Zhuzhingo, Peñaloza, Ajila y Aguirre en el año 2018^[7] demostraron la prevalencia de depresión postparto a través de la escala de Edimburgo como una prueba de tamizaje aplicado a la población púerpera del primer nivel de atención en salud en Navarra, España. Se encontró una prevalencia de características de DPP del 27% con un índice de 50 casos en un total de 182 púerperas que fueron evaluadas a través de la escala y dieron positivo con un corte de 9 puntos con edades comprendidas entre los 13 y los 39 años. Considerando lo anterior, se evidencio que la depresión postparto fue uno de los trastornos del estado de ánimo más frecuente durante el puerperio en la población de estudio evaluada, teniendo en cuenta que el afrontar la situación de embarazo y el puerperio en una relación sentimental inestable con el padre del recién nacido no implicó mayor riesgo de desarrollar depresión postparto. Se observó igualmente que el ser madre primigesta aumenta el riesgo a desarrollar depresión postparto, por la nueva experiencia que se genera durante el vínculo madre-hijo y la relación familiar que rodea al mismo y por último, el prolongar la estancia hospitalaria de la madre ya sea por haber sido sometido a parto por cesárea, enfermedad del puerperio que requieran hospitalización o por hospitalización del recién nacido constituyeron factores de riesgo relevantes para el desarrollo de estados depresivos durante el puerperio.

Otra investigación realizada por Castilla y Tite en el año 2017^[8] evaluó la depresión postparto en madres de neonatos hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo neonatal y no hospitalizados en los hospitales de Nueva Autora en Quito Ecuador. El estudio fue realizado en 150 mujeres púerperas a quienes se les realizó un seguimiento desde las 30 semanas de gestación, se encontró que la frecuencia de depresión postparto en las mujeres que tuvieron a sus hijos hospitalizados en UCIN fue del 90%, mientras que en las madres cuyos hijos no fueron admitidos en UCIN fue del 50% y que, en lo que respecta a la depresión postparto teniendo como antecedente un episodio depresivo desde el embarazo se encontró una frecuencia del 81%. Estos resultados obtuvieron asociaciones estéticamente significativas con datos sociodemográficos como son la instrucción y la condición socioeconómica.

Considerando lo anterior, se define como la depresión postparto y su investigación tiene una gran influencia a nivel social, permitiendo establecer planes de acción especializados y priorizando tanto la vida como el bienestar físico y emocional de las pacientes y de los recién nacidos, por ende, se plantea este proyecto de investigación basados en la necesidad primaria ya explicada de identificar factores de riesgo relevantes que permitan

realizar un diagnóstico y abordaje precoz del trastorno en puérperas, que se encuentran en puerperio mediato, considerando sus factores de riesgo más frecuentes y manteniendo un acompañamiento constante que permita fortalecer las estrategias de las puerperas para generar una mayor capacidad de afrontamiento ante estas situaciones, potenciando la habilidad de adaptación y el vínculo materno-filial.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación

Se realizó un estudio de corte descriptivo transversal. Se evaluó la manifestación y distribución de las características de depresión postparto en 39 puérperas con sus recién nacidos hospitalizados en el área neonatal de la Clínica Versalles, Caldas, Colombia durante diciembre del año 2018 y febrero del 2019, quienes accedieron a vincularse a la investigación por medio de la firma del consentimiento informado.

Instrumentos

La Escala postnatal de Edimburgo (EPDS),^[9] “MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional”^[10] y cuestionario creado para la investigación en el que se incluyó datos informativos acerca de las variables sociodemográficas y clínicas basado en el protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento del Ministerio de Salud de Chile.^[11]

Procedimiento

Durante el periodo de diciembre del 2018 y febrero del 2019 se evaluó a través de la EPDS, la MINI y el cuestionario sociodemográfico a las pacientes maternas las cuales se encontraban cursando su puerperio mediato y tenían su recién nacido hospitalizado en el área neonatal de la Clínica Versalles. Se tuvo en cuenta pacientes entre los 14 y los 40 años, teniendo un punto de corte para la EPDS mayor a 9 como fue considerado en los puntos de corte propuestos por Zhuzhingo-Vásquez, Peñalosa-Buele, Ajila-Vacacela y Aguirre-Carrión (2018)^[7]. Se considera que cada prueba se realizó en el área de neonatos en la cual se brindó un espacio que facilitara la obtención de datos sin variables que influyeran significativamente en la realización de la prueba. Previo al ser evaluada, se le explicó a madre el consentimiento informado y sus implicaciones a nivel legal en donde se facilita la obtención de datos bajo la privacidad de la información brindada, de igual forma, se pasó a explicar cada una de las pruebas respondiendo cada pregunta que se presentara durante la aplicación de estas. Una vez realizado el proceso de evaluación, se le pidió a las madres su número de contacto con el fin de facilitar la comunicación para la entrega de resultados de las pruebas, no obstante, se calificó cada prueba el mismo día de la aplicación y se retroalimentaron los resultados junto a la paciente, una vez realizado lo anterior, se tuvo en cuenta que a las pacientes que obtuvieron un punto de corte >9 se les realizó un proceso de psicoeducación frente a la DPP junto a un acompañamiento diario brindado por el área de psicología y se estableció un seguimiento por parte de psicología a nivel ambulatorio solicitado desde la clínica con el fin de mantener un seguimiento constante de su proceso de cuidado posterior al proceso de hospitalización del neonato.

Declaración sobre aspectos éticos

Este estudio adaptó las normas establecidas en la Declaración de Helsinki de 1975 y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia para la investigación con

seres humanos. Se presentó el consentimiento informado y se protegió el bienestar e integridad de las participantes, a través de la confidencialidad, derecho a la no participación, retiro y devolución de resultados. La investigación fue avalada por el comité de ética de la Clínica Versalles en la ciudad de Manizales, Caldas, Colombia.

ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Con el objetivo de determinar la fiabilidad de los datos recolectados, se aplicó el Índice Alfa de Cronbach, para lo cual se obtuvo un índice de 0,824; esto quiere decir que los datos resultaron ser confiables para someterlos al análisis respectivo (véase Tabla 1).

Tabla 1. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,824	10

Análisis descriptivo

Con el ánimo de dar cumplimiento al objetivo planteado, se realizaron estadísticos donde se tuvieron en cuenta medidas de tendencia central, valores mínimos, máximos y frecuencias.

Análisis correlacional

Se aplicó la prueba Chi Cuadrado de Pearson (X^2) para identificar relación entre variables demográficas categóricas y depresión post-parto. Además, se aplicaron los Coefficientes de Correlación de Pearson (r) y Spearman (rho) para identificar relación entre las puntuaciones directas obtenidas en la Escala de Edimburgo y variables demográficas cuantitativas. Es preciso aclarar que, se aplicaron ambos coeficientes de correlación, dado que según la prueba de normalidad Shapiro Wilk, hubo variables que se distribuyeron de manera normal y anormal.

El respectivo análisis se llevó a cabo con el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25.

RESULTADOS

Se evaluaron 39 madres con edades entre 14 y 39 años ($M=26,33$; $DT=6,87$) ver tabla 2. De las 39 madres participantes en esta investigación, 10 de ellas (26%) obtuvieron una puntuación clínicamente significativa para depresión post-parto en la Escala de Edimburgo; mientras que 29 de ellas (74%) obtuvieron puntuaciones sin significancia clínica; esto se concluyó a partir de los puntos de corte propuestos por Zhuzhingo-Vásquez, Peñalosa-Buele, Ajila-Vacacela y Aguirre-Carrión (2018)⁷¹. Ver tabla 3.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
PDEE	39	0	23	5,92	5,01
N válido (por lista)	39				

Nota: PDEE (puntuación directa Escala de Edimburgo).

Tabla 3. Frecuencia de depresión post-parto

Depresión post-parto	N	%
PDEE ≥ 9	10	26%
PDEE < 9	29	74%

Nota: PDEE (puntuación directa Escala de Edimburgo).

En el estudio se evidenció que 2 de las 10 madres que atravesaban por depresión post-parto (DPP), la experimentaban de manera tan aguda que cumplieron con los criterios diagnósticos para episodio depresivo mayor, según la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica (valor $p=0,013$). Por otra parte, se encontró que la mayoría de las mujeres que atravesaban por DPP, tuvieron parto normal (N=6), seguido de cesárea programada (N=3) y cesárea por emergencia (N=1) (valor $p=0,013$). 6 de las mujeres con DPP tuvieron un embarazo no deseado, mientras que las 4 restantes sí lo habían deseado (valor $p=0,020$). Ver tabla 4

Tabla 4. Relación entre depresión post-parto y variables demográficas

Variable	Categorías	Con depresión	Sin depresión	Valor p
		N (%)	N (%)	
Edad	14 - 20 años	2 (22)	7 (78)	0,541
	21 - 25 años	3 (30)	7 (70)	
	26 - 30 años	1 (11)	8 (89)	
	31 - 35 años	3 (50)	3 (50)	
	36 - 40 años	1 (20)	4 (80)	
MINI	Sí	2 (100)	0 (0)	0,013*
	No	8 (22)	29 (78)	
Estado civil	Casada	1 (17)	5 (83)	0,837
	Soltera	3 (30)	7 (70)	
	Unión libre	6 (26)	17 (74)	
Procedencia	Caldas	9 (27)	24 (73)	0,842
	Cundinamarca	0 (0)	1 (100)	
	Bolívar	0 (0)	1 (100)	
	Tolima	0 (0)	1 (100)	
	Risaralda	1 (50)	1 (50)	
	Venezuela	0 (0)	1 (100)	
Ocupación	Profesional	2 (100)	0 (0)	0,094

	Estudiante	1 (33)	2 (67)	
	Ama de Casa	5 (22)	18 (78)	
	Otras	2 (18)	9 (82)	
Tipo de parto	Ces/Emerg	1 (6)	15 (94)	0,013*
	Ces/Prog	3 (75)	1 (25)	
	Normal	6 (32)	13 (68)	
Nro. Controles	4 - 6 controles	4 (33)	8 (67)	0,463
	7 - 10 controles	6 (22)	21 (78)	
Paridad	Multigestante	2 (33)	4 (67)	0,149
	Secundigestante	6 (40)	9 (60)	
	Primigestante	2 (11)	16 (89)	
Periodo inter	NA	2 (10,5)	17 (89,5)	0,110
	≤ 1 año	2 (67)	1 (33)	
	1 a.1 d. - 4 años	2 (29)	5 (71)	
	> 4 años	4 (40)	6 (60)	
Deseado	Sí	4 (15)	23 (85)	0,020*
	No	6 (50)	6 (50)	
Planeado	Sí	3 (14)	19 (86)	0,051
	No	7 (41)	10 (59)	
Periodo post-parto	1 - 5 días	8 (30)	19 (70)	0,392
	6 - 10 días	2 (17)	10 (83)	
Antecedentes depresión	Sí	0 (0)	2 (100)	0,394
	No	10 (27)	27 (73)	
Consumo de SPA	Sí	2 (67)	1 (33)	0,090
	No	8 (22)	28 (78)	

Nota: *la relación es significativa a un nivel del 95% de confianza. MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica).

DISCUSIÓN

La depresión postparto es una problemática a nivel social que se ha posicionado en ascenso durante los últimos años debido a su alto grado de frecuencia y pocos recursos de evaluación para ser diagnosticada durante su primera etapa lo cual puede ser consecuencia de los cambios socio-culturales a los cuales se enfrenta la sociedad actual, tales como el embarazo a temprana edad, la disminución en la asistencia a consultas preparto y postparto, la poca o a veces inexistente atención psicológica durante la etapa de gestación y múltiples factores de riesgo que hoy en día han formado parte de habitual vivir de la mujer en Colombia lo cual muchas veces es pasado por alto, no obstante, a través de este tipo de investigaciones se determina una base sobre la cual dar a conocer la necesidad de atención a este tipo de pacientes y a partir esto, preparar estrategias que fortalezcan la prevención e intervención temprana.

Se pudo constatar que la manifestación de depresión postparto en este estudio fue de 26% en donde 10 pacientes maternas obtuvieron una puntuación clínicamente significativa para depresión postparto en la EPDS; mientras que 29 de ellas, es decir, el 74% obtuvieron

puntuaciones sin significancia clínica según los datos evaluados. Estos resultados son menores comparados con la investigación de Casillas y Tite en el año 2017^[8] donde se investigó acerca de la incidencia de depresión postparto en madres de recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos en el área neonatal, en la cual se definió que a través de la evaluación de 150 pacientes maternas, la incidencia total de DPP fue del 68,7%, reafirmando como, a pesar de las diferencias en torno a los sujetos evaluados y la desemejanza frente al número de la muestra de maternas evaluadas, se considera que la depresión postparto se ha mantenido en un ascenso significativo en cuanto a incidencia y prevalencia los últimos años en las distintas poblaciones puérperas que hacen parte de ese cuidado inicial del recién nacido.

Dentro de esta investigación, se determinó que la variable de edad no fue estadísticamente considerativa en relación con la depresión postparto debido al número de maternas evaluadas, en donde de las 9 pacientes adolescentes solo dos de ellas fueron puntuadas con depresión según la EPDS, mientras que de las 30 pacientes adultas 8 de ellas obtuvieron una puntuación >9 en la misma prueba no obstante, según la tesis en prevalencia de depresión postparto de Gonzales^[13] realizada en el año 2017 se identificó una mayor incidencia de depresión postparto en pacientes adultas demostrando que, de acuerdo a la EPDS existe una prevalencia de 34,29% en las puérperas adolescentes y 46,67% para las mujeres adultas. En conclusión, se define que a pesar que en esta investigación no se determinaron relaciones considerativas, la DPP es más prevalente en las puérperas adultas que en las adolescentes lo cual se considera un aspecto de riesgo durante el proceso de evaluación de esta condición.

Por otra parte, se encontró en esta investigación que la mayoría de las mujeres que atravesaban por DPP, tuvieron parto normal (N=6), seguido de cesárea programada (N=3) y cesárea por emergencia (N=1) (valor $p=0,013$). Si bien estos resultados no son estadísticamente significativos para establecer una relación, estos resultados se pueden relacionar a una investigación realizada en el año 2016 por Romero^[14] En donde se trató de establecer la relación entre algunas características sociodemográficas y los riesgos de depresión postparto en puérperas, en donde, en una evaluación a 110 puérperas se determinó que los datos de una posible asociación entre el tipo de gestación y la depresión postparto no fueron significativos para hacer una correlación entre las dos variables, es decir, que a través de esta investigación se descartó que existiera algún tipo de relación entre esta variable sociodemográfica y la incidencia de depresión en pacientes puérperas en esa población.

De igual forma, teniendo en cuenta variables sociodemográficas tales como la planeación o el deseo de quedar en embarazo por parte de la materna, se define que, en esta investigación se identificó que 6 de las mujeres con manifestaciones de DPP tuvieron un embarazo no deseado, mientras que las 4 restantes sí lo habían deseado. Lo anterior, describe que estos resultados no son clínica ni estadísticamente correlacionales, no obstante, dentro de la investigación de antecedentes se encuentra la investigación de Meléndez y col^[15] en el año 2017 en la cual, a través de la evaluación de 592 puérperas se establece que a pesar de que existen características sociales frecuentes entre las pacientes con características de depresión postparto como el desempleo, las complicaciones obstétricas, la planeación del embarazo, el estrato social, entre otros, no se encontraron relaciones directas entre el desarrollo de esta patología y ninguna variable

sociodemográfica. Si se tiene en cuenta los resultados de esta investigación se puede evidenciar que encontraron una incidencia de 34,46% lo cual afirma que, a pesar de que no se encontrara una relación a nivel estadístico, de una u otra manera esta condición podría estar condicionada por dichos factores de riesgo, aunque no parece ser determinante para desencadenar una depresión postparto.

CONCLUSIONES

Los resultados implicaron que la manifestación de depresión postparto en esta población específica fue de 26% en donde 10 de las 39 puérperas evaluadas manifestaron características de DPP lo cual implica la gran necesidad o compromiso en la evaluación e intervención temprana de este tipo de patologías, puesto que constituye una afección a nivel psicológico importante que no se debe subestimar ya que implica tanto el compromiso que se tiene dentro de los cuidados del recién nacido, como la condición psicológica y de salud de la madre y la pareja. Por ende, se debe priorizar el establecimiento de factores preventivos que permitan establecer planes de acción en torno a la atención inicial de la paciente a nivel multidisciplinar con el fin de a pesar de identificar factores de riesgo que puedan desencadenar una afectación a nivel emocional, teniendo en cuenta que, a pesar de que no existe una relación estadísticamente considerativa dentro de los factores de riesgo socio-demográficos no se deben excluir dentro del desarrollo de dicha patología que puede condicionada por dichos factores de riesgo a pesar de que no sean determinantes.

A partir del estudio realizado y la búsqueda de antecedentes teóricos e investigativos se destaca el hecho de que a nivel de Colombia existen pocos referentes que permitan establecer una relación directa a lo evaluativo, por ende, se encuentra la necesidad de continuar con los métodos de investigación puesto que se encuentra un sesgo a nivel epidemiológico que puede tener como consecuente una atención no precoz al problema que desencadene que a manifestación de esta patología continúe en ascenso.

RECOMENDACIONES

En torno a lo anterior, la principal recomendación a nivel investigativo gira en torno a generar mayores espacios para la evaluación, convocando muestras con mayor representación estadística con el fin de facilitar una base epistemológica que funcione como sustento para próximas investigaciones y que a partir de este se permita un conocimiento más amplio acerca de esta problemática para empezar a generar estrategias de prevención e intervención efectivas. A nivel evaluativo y legal en Colombia también se recomienda tener en cuenta la implementación del RIAS según el lineamiento de atención materna perinatal brindado por el Ministerio de Salud y Protección Social^{15]} en donde por ley y seguimiento del protocolo establecido a todas las pacientes durante el puerperio se les debe realizar un tamizaje para depresión posparto. Se sugiere que en las diferentes visitas con la mujer tras el parto se le realicen las dos primeras preguntas de la MINI entrevista psiquiátrica internacional en su apartado de depresión mayor para identificar la posibilidad de una depresión posparto y a quienes hayan respondido afirmativamente estas dos preguntas se les deberá aplicar la EPDS con el fin de evaluar un corte mayor a

12 que funcione como sustento significativo para el diagnóstico, aparte se deberá tener un acompañamiento de personal de psicología y psiquiatría para hacer diagnóstico confirmatorio de depresión para brindar apoyo terapéutico que se requiera y se deberá realizar un seguimiento por el equipo de salud mental posterior al alta a aquellas mujeres que tengan un puntaje mayor a 12 puntos en la EPDS.

REFERENCIAS

- [1] Melendez, M., et al. (2017) *Depresión postparto y los factores de riesgo*. Revista Salus, vol 21, núm 3, septiembre-diciembre, 2017, pp. 7-12. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375955679003>
- [2] Ministerio de salud (2017) *Boletín de salud mental depresión subdirección de enfermedades no transmisibles*. Boletín informativo. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/bolet-in-depresion-marzo-2017.pdf>
- [3] Rincón, P. & Ramírez, R. (2014). Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. Revista de Salud Pública, 16 (4), 534-546. doi: 10.15446/rsap.v16n4.40673
- [4] Mendoza, C. & Saldivia, S. (2015). *Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje*. Revista Médica de Chile, 143: 887-894. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000700010
- [5] Wormald, F et al. (2015). *Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales*. Arch Argent Pediatr, 113(4),303-309. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v113n4/v113n4a05.pdf>
- [6] Borrero, I., Castro, S. (2017) Frecuencia de depresión postparto en puerperas en hospital vicente corral Moscoso. Repositorio Institucional de la Universidad Cuenca, Facultad de ciencias médicas. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/28274>
- [7] Zhuzhingo, C et al (2018) Tamizaje para depresión postparto aplicado a la población puerpera del primer nivel de atención en salud. Revista Psicología UNEMI Volumen. 2, N° 3, Julio - Diciembre 2018. pp. 21 - 29. Recuperado de: <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/view/740/674>
- [8] Casillas, I., Tite, P. (2017) *Depresión postparto en madres de neonatos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN) y no hospitalizados. Informe final de tesis*. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/13956>
- [9] Cox, J., Holden, J & Sagovsky, R. (1987) *Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo*. British Journal of Psychiatry, Volumen 150. Recuperado de: https://nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf

- [10] Sheehan, D. et al. (2000) *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional*. Recuperado de: <http://www.academia.cat/files/425-7297-DOCUMENT/MinientrevistaNeuropsiquiatricaInternacional.pdf>
- [11] Gobierno de Chile. (2014). *Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y parto y apoyo al tratamiento*. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypartofinal12032014.pdf>
- [12] Gonzales, M. (2017) *Prevalencia de depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales*. Tesis para optar el título profesional de licenciado en obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5685>
- [13] Romero, G. (2016) *Relación entre características sociodemográficas y riesgo de depresión postparto en puerperas de la clínica Good Hope*. Repositorio de la universidad Ricardo Palma, tesis para optar por el título de médico cirujano. Recuperado de: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/767>
- [14] Melendez, M. et al. (2017) *Depresión postparto y factores de riesgo*. Universidad de carabobo. *Salus*, vol 21, num 3. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375955679003.pdf>
- [15] Ministerio de salud y protección social (2017) *Lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud materno perinatal*. Recuperado de: achc.org.co/wp-content/uploads/2018/03/Lineamiento-Ruta-materno-perinatal.docx

ANEXOS

1.0 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado

Nombre del paciente: _____

Documento: _____ Ciudad: _____

Lugar: _____ Fecha: _____

Yo _____ De ____ años de edad, procedente de la ciudad de _____, manifiesto en forma expresa que voluntariamente he decidido participar en la investigación y que se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una serie de preguntas pertenecientes a una encuesta basada en la escala de Edimburgo sobre la depresión post parto, que servirá para determinar la incidencia (que tanto se da) del trastorno en las pacientes de la Clínica Versalles, en complemento se realizaran preguntas de la “MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional” en su apartado de depresión mayor y en adición a esto, se utilizara un cuestionario creado para la investigación en el que se incluirán variables sociodemográficas y clínicas teniendo en cuenta que los resultados servirán para la presentación de un artículo de investigación y que no se mostraran mis datos personales públicamente.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles, inconvenientes, molestias, resultados y beneficios derivados de mi participación en el estudio. El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier resultado y procedimiento adecuado que pudiera ser ventajoso para mí, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee sobre cualquier asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en la clínica. El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio.

Firma del paciente: _____

CC. No

De:

Testigo:

CC. No

De:

2.0 CUESTIONARIO DE DATOS CLINICOS Y SOCIALES

DATOS GENERALES

Nombre: _____

Edad: _____

Estado Civil: Casada: _____ Soltera: _____ Unión libre: _____

Procedencia: _____

Ocupación: _____

Parto natural: _____ Cesárea programada: _____ Cesárea de emergencia: _____

Asistió a la mayoría de los controles prenatales: Si: _____ No: _____ ¿Cuántos? _____

Paridad: Primigestante: _____ Secundígesta: _____ Multígestante: _____

Período Intergenésico: _____

Embarazo deseado: _____

Embarazo planeado: _____

Tiempo Post parto: _____

Presenta antecedentes psiquiátricos: Si _____ No _____ ¿Cuáles?

Hubo consumo de alcohol o alguna sustancia psicoactiva durante el embarazo:

Si _____ No _____

¿cual?

3.0 MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL (MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW, MINI)

A. Episodio depresivo mayor

<input type="checkbox"/> SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)			
A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	SI	NO
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	SI	NO
¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?		SI	NO <input type="checkbox"/>
A3	A) En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas: a ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR sí, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	SI	NO
	B) ¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	SI	NO
	C) ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	SI	NO
	D) ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	SI	NO
	E) ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	SI	NO
	F) ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	SI	NO
	G) ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	SI	NO
¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?		SI	NO
		EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	
SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4.			
A4	H) ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	SI	NO <input type="checkbox"/>
	I) ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	SI	NO
		EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECURRENTE	

4.0 ESCALA DE EDIMBURGO

Escala de depresión de Edimburgo para Embarazo y postparto.

Como usted está embarazada o hace poco tuvo su bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

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