Artículo original
Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (4): 227-240.

https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.8456

Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana

Postpartum depression: prevalence and associated risk factors in a sample of the Mexican population.

Leopoldo Santiago-Sanabria, Pamela María Ibarra-Gussi, Mario Enrique Rendón-Macías, Paulina Treviño-Villarreal, David Islas-Tezpa, Gina Daniela Porras-Ibarra, Ximena van Tienhoven

Resumen

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de depresión posparto en una muestra de población mexicana por medio de la Escala de Edimburgo y los factores de riesgo asociados con su inicio

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, relacional y analítico efectuado en una muestra de población mexicana atendida entre los meses de marzo a julio del 2022 en cuatro hospitales de segundo y tercer nivel de cuatro entidades de la República Mexicana. Se aplicó la escala de Edimburgo a pacientes en el puerperio. Los datos obtenidos se procesaron con una técnica de regresión logística binaria ajustada para identificar los factores de riesgo más importantes de depresión posparto.

RESULTADOS: De una muestra de 717 pacientes a quienes se aplicó la Escala de Edimburgo, 106 resultaron positivas a depresión posparto, lo que da una prevalencia del 14.9%. La edad promedio de las pacientes fue de 26 años (límites de 12 y 46). El estado civil soltera resultó un factor protector de depresión posparto y, en su contraparte, quienes estaban casadas tuvieron cierta predisposición a la depresión posparto. A mayor grado de escolaridad menor predisposición a la depresión posparto.

CONCLUSIONES: Los principales factores de riesgo de depresión posparto fueron: el antecedente de trastornos psiquiátricos en la familia, depresión previa, dificultades económicas y ser soltera. Las pacientes pueden cursar con diversos factores de riesgo simultáneos, circunstancia que potencia el riesgo de depresión. Es primordial que el obstetra identifique los factores de riesgo desde el control prenatal, a fin de prevenir que el estado depresivo se agudice durante el puerperio.

PALABRAS CLAVE: Depresión posparto; prevalencia; factores de riesgo; factores protectores; Escala de Edimburgo.

Abstract

OBJECTIVE: To determine the prevalence of postpartum depression in a Mexican population sample by means of the Edinburgh Scale and the risk factors associated with its onset.

MATERIALS AND METHODS: Observational, cross-sectional, relational and analytical study carried out in a sample of Mexican population attended from March to July 2022 in four second and third level hospitals in four Mexican states. The Edinburgh scale was applied to postpartum patients. The data obtained were processed with a binary logistic regression technique adjusted to identify the most important risk factors for postpartum depression.

ORCID
0000-0002-6287-5932

Recibido: diciembre 2022
Aceptado: febrero 2023

Correspondencia
Leopoldo Santiago Sanabria
leopoldosantiagosanabria@gmail.com

Este artículo debe citarse como:
Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME, Treviño-Villarreal P, Islas-Tezpa D, Porras-Ibarra GD, van Tienhoven X. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (4): 227-240.

RESULTS: From a sample of 717 patients to whom the Edinburgh Scale was applied, 106 were positive for postpartum depression, giving a prevalence of 14.9%. The average age of the patients was 26 years (range 12 and 46). Unmarried marital status was a protective factor for postpartum depression and, on the other hand, those who were married had a certain predisposition to postpartum depression. The higher the level of schooling the lower the predisposition to postpartum depression.

CONCLUSIONS: The main risk factors for postpartum depression were: history of psychiatric disorders in the family, previous depression, economic difficulties and being single. Patients may have several simultaneous risk factors, a circumstance that increases the risk of depression. It is essential for the obstetrician to identify the risk factors from the prenatal check-up, to prevent the depressive state from worsening during the puerperium.

KEYWORDS: Postpartum depression; Prevalence; Risk factors; Protective factors; Edinburgh Scale.

ANTECEDENTES

Los trastornos del estado de ánimo en el puerperio afectan a alrededor del 10 al 20% de las mujeres durante el primer año y a 25% más allá de éste.[1,2,3] Casi siempre desaparecen espontáneamente en los primeros 3 a 6 meses.[4] La depresión posparto no siempre se diagnostica y, por ende, no se trata, aun a pesar de ser un problema de salud pública en todo el mundo.[5,6,7]

Su prevalencia no está debidamente definida; en los países industrializados se estima en 1.9 a 82.1% mientras que en los que están en vías de desarrollo se menciona que es de entre 5.2 y 74%; estas variaciones tan amplias solo pueden reflejar debilidad en el tamaño de las muestras.[8] La prevalencia reportada para México es de entre 13.9 y 32.6%. Para brindar una mejor calidad de vida a la paciente y su familia lo primero es reconocer este estado de ánimo, diagnosticarlo y tratarlo no solo por el bienestar de la madre sino por lo que pueda afectar a su hijo.[9,10]

El riesgo de depresión durante el puerperio es del doble en comparación con el de cualquier otra etapa de la vida, entre otras razones por los grandes cambios fisiológicos, bioquímicos y hormonales.[10,11,12]

Puesto que la depresión puede tener varias causas su diagnóstico es complejo. Desde el punto de vista hormonal, el embarazo implica una readaptación posterior al nacimiento, con repercusiones en las áreas cognitiva y emocional y en otros sistemas que participan en el origen de la depresión posparto: función tiroidea, hormonas lactogénicas, el eje hipotálamo-pituitaria-adrenal y el sistema inmunitario.[6,13,14]

Existen diversos factores de riesgo que pueden predisponer a la depresión: antecedente de padecimientos psiquiátricos, red familiar decadente, mal apego a la lactancia, entre otros. Para identificar a las pacientes en riesgo de depresión es imprescindible comprender el proceso de la gestación hasta su finalización.[15,16,17] Está

https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.8456

documentado que la vía de finalización del embarazo es un factor que puede predisponer a la depresión posparto, sobre todo en las pacientes en quienes se practicó cesárea de urgencia.[18]

La Asociación Americana de Psiquiatría, en su Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-V), define al episodio depresivo mayor como el que sobreviene durante el periodo perinatal e inicio de los síntomas en el trascurso del embarazo o en las primeras cuatro semanas posteriores al nacimiento.[19,20] Para su correcto diagnóstico deben descartarse otras afecciones, como el abuso de sustancias o, incluso, causas orgánicas como la disfunción tiroidea.[6,20,21]

La importancia del diagnóstico recae en las posibles repercusiones graves que pueden sufrir la madre y el neonato.[16] La atención médica de la paciente con depresión debe ser multidisciplinaria, con un grupo integrado por obstetras, psiquiatras, pediatras y psicólogos. Debe practicarse el tamizaje temprano valiéndode de instrumentos validados, como la Escala de Edimburgo, que es la de mayor recomendación internacional.[22-25] Para México se recomienda tomar un punto de corte de 10 a 12 puntos, lo que deriva en una sensibilidad del 75% y especificidad del 93%.[4,26,27]

Infortunadamente, son pocas las mujeres que buscan atención médica cuando sufren depresión. El personal de salud debe motivar a las pacientes puérperas a continuar un seguimiento, porque hay enfermedades que sobrevienen durante esta etapa que pueden tener una repercusión negativa en la salud de la paciente y de los miembros de su entorno que la rodea.[14,28,29]

Existen tres medidas terapéuticas: farmacológica, no farmacológica y combinada.[1] En algunas pacientes será necesario indicar fármacos, en particular en quienes sufren depresión posparto severa. En esta variedad, la piedra angular son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, que no están contraindicados en la lactancia. El tratamiento debe extenderse hasta la completa remisión de los síntomas.[6,30,31]

El objetivo de este estudio fue: determinar la prevalencia de depresión posparto en una muestra de población mexicana por medio de la Escala de Edimburgo y los factores de riesgo asociados con su inicio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, relacional y analítico efectuado en una muestra de población mexicana atendida entre los meses de marzo a julio del 2022 en cuatro hospitales de segundo y tercer nivel de cuatro entidades de la República Mexicana (Puebla, Hidalgo, Estado de México y la Ciudad de México). Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula $Z^2*(p)*(1-p)/c^2$, con un IC95% (Z), una *p* de 0.5 y *c* con un margen de error de .04 = ± 4. El cálculo de muestra obtenido fue de 385 pacientes.[32]

Para la medición de la prevalencia de depresión posparto y factores de riesgo asociados se aplicó un cuestionario de dos secciones con 43 preguntas, previamente validado.[33] La primera sección constó de preguntas referentes a las características sociodemográficas: edad, estado civil, escolaridad, lugar de residencia, entre otros. Igualmente, se indagó en los antecedentes obstétricos y de algunas enfermedades y condiciones: depresión, ansiedad, hipotiroidismo, padecimientos psiquiátricos en familiares y antecedentes perinatales: complicaciones durante el embarazo, hospitalizaciones e ingreso del recién nacido a la unidad de cuidados intensivos neonatales. La segunda sección constó de la aplicación de la Escala de Edimburgo (**Anexo 1**), que es el patrón de referencia para el tamizaje de depresión posparto, que consta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta; su puntaje va del 0 al 3, con un puntaje máximo de 30 puntos,

tomando como punto de corte 10 para población mexicana.[34]

Criterios de inclusión: pacientes en el puerperio temprano, con recién nacido vivo, atendidas en alguna de las cuatro instituciones donde se efectuó el estudio.

Criterios de exclusión: pacientes analfabetas o con desenlace con óbito.

Criterios de eliminación: pacientes sin respuesta completa de la encuesta y quienes no autorizaron el uso de los datos.

La definición de depresión posparto fue: coexistencia de un episodio de trastorno depresivo mayor manifestado en las primeras cuatro semanas siguientes a la finalización del embarazo o en cualquier momento durante el primer año posnatal.[35]

Cada participante contestó el cuestionario en un ambiente privado, de manera aislada, a fin de evitar respuestas influidas por los familiares. A todas se les explicó el objetivo del estudio y la necesidad de firmar el consentimiento informado.

Variables del estudio: edad, estado civil, grado máximo de estudios, ocupación, calidad del vínculo familiar, violencia intrafamiliar, dificultades económicas y problemas familiares. *Antecedentes clínicos:* depresión, ansiedad, hipotiroidismo, síndrome premenstrual, tristeza posparto, trastorno bipolar, familiares con padecimientos psiquiátricos, tabaquismo, alcoholismo, toxicomanías y enfermedades conocidas. *Antecedentes obstétricos:* embarazos, complicaciones en el actual, hospitalizaciones durante el embarazo, cuidados médicos especiales, problemas con la lactancia, vía de finalización del embarazo, recién nacido con o sin ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Se aplicó una técnica de regresión logística binaria, con un valor de $p < 0.05$ como criterio de significación estadística; para indicar la fuerza de asociación se calculó el intervalo de confianza del 95% (IC95%). Las variables se asentaron en una base de datos de la hoja de cálculo del programa SPPS versión 19.0. El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética del Hospital Ángeles Lomas.

RESULTADOS

Se reunieron 717 pacientes de 4 centros de atención obstétrica a quienes se aplicó una encuesta que englobó determinantes demográficas, antecedentes clínicos y obstétricos. Se aplicó la Escala de Edimburgo, con punto de corte de 10 puntos para tamizaje de depresión posparto.[34] De acuerdo con lo anterior, se obtuvieron 106 pacientes que representaron una prevalencia del 14.9%.

La edad promedio de las pacientes fue de 26 años (límites de 12 y 46). La mayoría vivía en unión libre (65%), con nivel máximo de estudios de preparatoria (38%) y ocupación principal labores domésticas (80%).

Luego de analizar los datos por medio de regresión logística binaria, con IC95%, se obtuvieron los siguientes resultados: el estado civil soltera resultó un factor protector de depresión posparto y, en su contraparte, quienes estaban casadas tuvieron cierta predisposición a la depresión posparto. A mayor grado de escolaridad menor predisposición a ésta. Las variables de dificultad económica y problemas familiares representaron, de manera significativa, un riesgo de depresión posparto. (**Cuadro 1**) En cuanto a la ocupación, red familiar y violencia intrafamiliar no se observaron resultados estadísticamente significativos. **Cuadro 2**

En relación con las variables de antecedentes clínicos, las de mayor significación estadística fueron

https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.8456

Cuadro 1. Análisis de los datos por medio de regresión logística binaria

Factor	Categoría	OR univariado	IC95%	p	OR ajustado	IC95%
Factores sociales						
Edad	(años)	1.02	[0.9 a 1.06]	0.29		
Estado civil	Soltera Unión libre Casada	7.6 2 1	[2.3 a 24.5] [0.8 a 5]	**0.001** 0.12	6.7	[1.7 a 26.1]
Ocupación	Profesionista Hogar Empleada	4 2.3 1	[0.5 a 30.2] [0.7 a 7.7]	0.18 **0.01**		
Ausencia de	Red familiar	0.8	[0.3 a 2.1]	0.78		
Violencia	Intrafamiliar	1.5	[0.7 a 3.2]	0.32		
Dificultades	Económicas	4.7	[2.5 a 8.7]	**<0.001**	3	[1.4 a 6.3]
Problemas	Familiares	2.6	[1.3 a 5.4]	0.008		
Factores clínicos						
Antecedente	Depresión	5.6	[2.2 a 14.2]	**<0.001**	5.4	[1.6 a 18.8]
Antecedente	Ansiedad	2.5	[0.9 a 7.1]	0.07		
Antecedente	Hipotiroidismo	1.2	[0.1 a 10.8]	0.87		
Síndrome	Premenstrual	1.9	[0.8 a 4.6]	0.13		
Antecedente de tristeza	Posparto	3.3	[0.9 a 12.2]	0.07		
Trastorno	Bipolar	5	[1.2 a 20.8]	**0.02**	6.6	[1 a 45.5]
Familiares	Con enfermedad psiquiátrica	1.9	[0.8 a 4.9]	0.15		
Tabaquismo		1.2	[0.3 a 4.4]	0.78		
Alcoholismo		1.5	[0.5 a 3.8]	0.43		
Comorbilidad		0.8	[0.3 a 2.4]	0.81		
Antecedentes obstétricos						
Embarazo	Primípara-multípara	0.4	[0.25 a 0.9]	0.03		
Embarazo	Complicado	2.8	[1.5 a 5.3]	0.001		
	Hospitalización	2.3	[1.02 a 5.1]	0.04		
Cuidado	Médico especial	2.9	[1.4 a 5.8]	0.003		
Nacimiento	Por cesárea	0.8	[0.4 a 1.6]	0.63		
	No lactancia	2.9	[1.5 a 5.7]	0.001		
Recién nacido	En cuidados intensivos	2.8	[1.2 a 6.7]	0.02		

las de pacientes con antecedente de depresión y ansiedad antes del embarazo. Otras variables con significación para depresión posparto fueron: los antecedentes de síndrome premenstrual, tristeza posparto, trastorno bipolar y familiares con padecimientos psiquiátricos. (**Figura 1**) En cambio, las variables de antecedentes de hipotiroidismo, tabaquismo, alcoholismo, toxicomanías y enfermedad conocida no tuvieron una asociación estrecha con la depresión posparto. **Cuadro 3**

Cuadro 2. Características demográficas de las pacientes puérperas tamizadas para depresión posparto

	Pacientes con depresión n =106	Pacientes sin depresión n =611		
Edad en años; media (min-max)	26 (12-46)	26 (12-46)		
	% (n)	% (n)	Dif %	[IC95%]
Estado civil				
Soltera	18 (19)	27 (165)	**-9**	**[-17.1 a -0.8]**
Casada	16 (17)	9 (52)	7	[-0.3 a 14.3]
Unión libre	66 (70)	64 (394)	2	[-7.8 a 11.8]
Grado de estudios				
Primaria	19 (20)	9 (55)	**10**	**[2.2 a 17.8]**
Secundaria	39 (41)	35 (214)	4	[-6 a 14]
Preparatoria	32 (34)	39 (236)	-7	[-16.7 a 2.7]
Licenciatura o mayor	10 (11)	17 (106)	**-7**	**[-13.4 a -0.6]**
Ocupación				
Hogar	86 (91)	79 (484)	7	[-0.3 a 14.3]
Empleada	8 (8)	13 (80)	-5	[-10.8 a 0.8]
Profesionista	6 (7)	6 (37)	0	[-4.9 a 4.9]
Estudiante	-	2 (10)	-2	[-3.1 a 0.8]
Buena red familiar				
No	15 (16)	13 (81)	2	[-9.4 a 5.4]
Sí	85 (90)	87 (230)		
Violencia intrafamiliar				
Sí	15 (16)	10 (59)	5	[-2.2 a 12.2]
No	85 (90)	90 (552)		
Dificultad económica				
Sí	52 (55)	22 (135)	**30**	**[23 a 43]**
No	48 (51)	78 (476)		
Problemas familiares				
Sí	26 (28)	8 (50)	**18**	**[9.4 a 26.6]**
No	74 (78)	92 (561)		

En relación con los antecedentes obstétricos, las variables con mayor significación estadística fueron: complicaciones en el embarazo actual, cuidados médicos especiales, problemas con la lactancia y madres con recién nacidos ingresados a unidades de cuidados intensivos neonatales. **Cuadro 4**

DISCUSIÓN

La depresión posparto es una condición que repercute negativamente en el entorno familiar y, a pesar de ello, no siempre se diagnostica. La Organización Mundial de la Salud reporta que alrededor del 20 al 40% de las mujeres

https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.8456

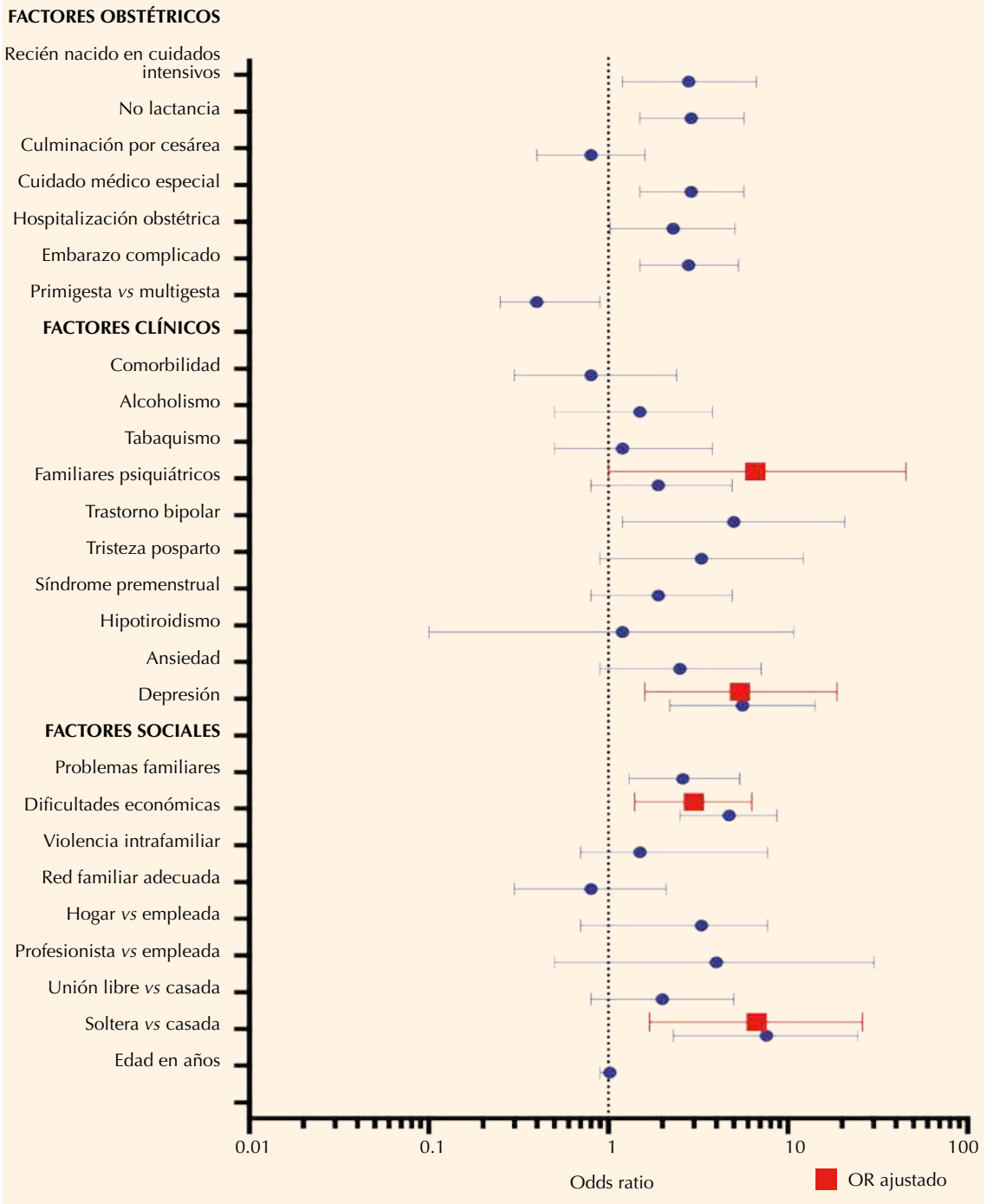


Figura 1. Se muestra la razón de momios (OR) ajustada en donde se aprecian los antecedentes de familiares con problemas psiquiátricos, antecedente personal de depresión, dificultades económicas y el estado civil soltera jugaron un papel sumamente importante para PADECER depresión durante el puerperio.

Cuadro 3. Antecedentes clínicos relevantes implicados en la depresión posparto

	Pacientes con depresión n = 106	Pacientes sin depresión n = 611		
	% (n)	% (n)		
Antecedente de depresión			Dif %	[IC 95%]
Sí	21 (22)	4 (27)	**17**	**[9 a 25]**
No	79 (84)	96 (584)		
Antecedente de ansiedad				
Sí	20 (21)	5 (29)	**15**	**[7.2 a 22.8]**
No	80 (85)	95 (582)		
Antecedente de hipotiroidismo				
Sí	5 (5)	2 (10)	3	[-1.3 a 7.3]
No	95 (101)	98 (601)		
Antecedente de síndrome premenstrual				
Sí	16 (17)	8 (48)	**8**	**[0.7 a 15.3]**
No	84 (89)	92 (563)		
Antecedente de tristeza posparto (solo pacientes con más de 2 embarazos)				
Sí	18 (13)	0.7 (18)	**17**	**[2.7 a 21.3]**
No	82 (59)	99 (371)		
Antecedente de trastorno bipolar				
Sí	8 (8)	2 (10)	**6**	**[0.7 a 11.3]**
No	92 (98)	98 (601)		
Familiares con padecimientos psiquiátricos				
Sí	17 (18)	8 (51)	**9**	**[1.5 a 116.4]**
No	83 (88)	92 (560)		
Tabaquismo				
Sí	7 (7)	4 (23)	3	[-2.1 a 8.1]
No	93 (99)	96 (588)		
Alcoholismo				
Sí	9 (10)	8 (49)	1	[-4.8 a 6.8]
No	91 (96)	92 (562)		
Toxicomanías				
Sí	0	1 (8)	-1	[-1.8 a 0.2]
No	100 (106)	99 (603)		
Enfermedad conocida				
Sí	8 (9)	10 (63)	-2	[-7.7 a 3.7]
No	92 (97)	90 (548)		

https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.8456

Cuadro 4. Variables obstétricas antes y después a la finalización del embarazo

	Pacientes con depresión n = 106	Pacientes sin depresión n = 611		
	% (n)	% (n)	Dif %	[IC95%]
Embarazos				
1	32 (34)	36 (222)	-4	[-13.7 a 5.7]
≥2	68 (72)	64 (389)		
Complicación en el embarazo actual				
Sí	34 (36)	20 (122)	**14**	**[4.4 a 23.6]**
No	66 (70)	80 (489)		
Hospitalizaciones durante el embarazo				
Sí	16 (17)	9 (55)	7	[-0.3 a 14.3]
No	84 (89)	91 (556)		
Cuidado médico especial				
Sí	19 (20)	11 (67)	**8**	**[0.1 a 15.9]**
No	81 (86)	89 (544)		
Problemas con la lactancia				
Sí	35 (37)	13 (80)	**22**	**[12.5 a 31.4]**
No	65 (69)	87 (531)		
Vía de finalización del embarazo				
Parto	57 (60)	56 (344)	1	[-9.2 a 11.2]
Cesárea	43 (46)	44 (267)		
Recién nacido en cuidados intensivos				
Sí	20 (21)	7 (41)	**13**	**[5.1 a 20.9]**
No	80 (85)	93 (570)		

padecen depresión posparto en países en vías de desarrollo.[33,36] En México existen diversas cifras reportadas que van del 13 al 24% de prevalencia. En el estudio aquí publicado se obtuvo una prevalencia del 14.9%, porcentaje cercano al reportado por Genchi-Gallardo y su grupo del 16% en un estudio de pacientes del sur de México.[17]

La Escala de Edimburgo es la herramienta de tamizaje más aceptada por psiquiatras y ginecoobstetras porque, al igual que depresión identifica trastornos de ansiedad.[1] Está reportado que la Escala de Edimburgo, aplicada en población mexicana, tiene una sensibilidad del 75% y especificidad del 93%, con un puntaje de corte de 10 a 12 puntos.[4] Para integrar el diagnóstico definitivo de depresión posparto en pacientes que han resultado positivas al momento de aplicar la escala debe efectuarse una entrevista diagnóstica en una segunda etapa.[34]

Es imprescindible estudiar a la depresión posparto como una entidad biopsicosocial y no solo desde el punto de vista médico.[25] De las variables sociales analizadas, la dificultad económica y los problemas familiares tuvieron una sólida significación estadística como claros factores de riesgo de depresión posparto. El desempleo de ambos miembros de la pareja o el solo hecho

de dedicarse a labores del hogar, como fue en la mayoría de la muestra de este estudio, fue otro factor importante vinculado con el riesgo de depresión posparto. La posible explicación de este último factor puede ser que, al dedicarse a labores del hogar, el círculo social se reduce y traduce en red de apoyo mínima, con tendencia al aislamiento.[37,38]

De lo aquí observado puede desprenderse que el mayor grado de escolaridad puede convertirse en un factor protector en contra de la depresión posparto. Por el contrario, un bajo nivel de escolaridad se ha asociado con depresión antenatal, lo que a su vez puede explicarse por su relación con el bajo nivel adquisitivo o de empleos poco remunerados.[37] Sin embargo, en la muestra aquí estudiada, las pacientes con altos estándares educativos fueron quienes tuvieron mayor riesgo. Las pacientes dedicadas a las labores del hogar no estaban exentas de riesgo porque se obtuvo una significación estadística, con un riesgo incrementado de 1.3 veces más (p = 0.01).

El ser madre soltera, o no vivir con alguna pareja, o tener problemas maritales da lugar a un riesgo incrementado de sufrir depresión posparto. A esto se añade, en la mayor parte de las ocasiones, una peor situación económica y menor apoyo social.[37] De los resultados obtenidos, las madres solteras fueron quienes tuvieron un mayor riesgo incrementado en comparación con las casadas o que vivían en unión libre.

Por lo que se refiere a los antecedentes clínicos, el de depresión fuera del embarazo y el trastorno de ansiedad generalizada, resultaron determinantes, con significación estadística para depresión posparto. Romero y su grupo reportaron que los factores clínicos más relevantes para depresión posparto fueron: haber tenido un familiar con depresión, tristeza durante el embarazo, haber vivido un evento estresante a lo largo del embarazo, el trastorno de ansiedad generalizada y el antecedente de depresión posparto.[33] En el estudio aquí publicado el factor clínico más relevante fue el antecedente de depresión, que incrementó el riesgo 4.6 veces más (p = < 0.001). Otras variables con significación estadística fueron los antecedentes de: ansiedad, tristeza posparto y trastorno bipolar.

En las variables de antecedentes obstétricos, las que mostraron una fuerte significación estadística fueron las pacientes con complicaciones durante el embarazo, quienes tuvieron problemas con la lactancia y las madres cuyos recién nacidos ingresaron a la unidad de cuidados intensivos neonatales.

En cuanto al abandono de la lactancia materna, Lugo y coautores reportaron que existió 3.3 veces más riesgo de depresión posparto luego de no amamantar al hijo. En este estudio se encontró un riesgo 1.9 veces mayor en las pacientes que abandonaron la lactancia materna (p = 0.001). Esto hace ver la convenincia de fomentar la lactancia materna por parte del personal de salud porque, además de considerarse la forma más adecuada y segura de alimentación en los primeros meses de vida, ésta crea un vínculo afectivo entre la madre y su hijo.[34]

En otro estudio publicado por Lora y colaboradores se reportó que el 58.3% de las madres cuyos recién nacidos ingresaron a cuidados intensivos neonatales experimentaron una depresión moderada. En el estudio aquí publicado se encontró un riesgo incrementado de 1.8 veces más luego del ingreso del recién nacido a la unidad de cuidados intensivos (p = 0.02). Sin duda, este episodio genera estrés y ansiedad tanto por las precauciones y cuidados para ingresar al sitio donde permanecen los neonatos, en donde la madre puede experimentar una sensación de fracaso, responsabilidad o culpabilidad por el estado de su hijo.[28]

En la bibliografía se reporta que la vía del nacimiento puede influir en la aparición de depresión

https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.8456

posparto leve. En un metanálisis publicado por Sun y su grupo se reportó que la vía de nacimiento es otro factor que puede predisponer a la depresión posparto leve, sobre todo en las pacientes intervenidas por alguna urgencia, lo que puede incrementarse hasta en un 53%. Estos autores encontraron que existen 0.38 veces más el riesgo de depresión posparto en las pacientes que finalizan el embarazo mediante cesárea en comparación con las de parto ($p = 0.05$).[18] La base fisiológica explica que las concentraciones de interleucina 6 (IL-6) se elevan luego del procedimiento obstétrico y esa citocina se ha visto implicada en la depresión.[9] Sobra apuntar la conveniencia de evitar las cesáreas sin indicación justificada porque predisponen a mayor morbilidad materno-infantil durante el puerperio. En los desenlaces del presente estudio, la vía de nacimiento no obtuvo relevancia estadística.

El tamizaje ideal es el que se practica a lo largo de los trimetres del embarazo para identificar factores de riesgo en una primera instancia y, posteriormente, complementarse después del nacimiento. Es importante identificar a las pacientes en riesgo de depresión posparto desde el control prenatal y darles un seguimiento estrecho durante seis semanas posteriores a la finalización del embarazo.[5]

La importancia de identificar a las pacientes con riesgo de depresión radica en que los trastornos del estado del ánimo pueden evolucionar rápidamente durante el puerperio y, en casos avanzados, pueden atentar tanto en la paciente como en el recién nacido. En Estados Unidos se reporta un riesgo incrementado de suicidio del 1.6 a 4.5 por cada 100, 000 casos. De igual forma, las pacientes con antecedentes de depresión y de trastorno de ansiedad generalizado tienen mayor riesgo de padecer psicosis posparto.[39,40] En los desenlaces de nuestro estudio se observó que esas variables tienen una asociación muy estrecha con depresión posparto por lo que no deben subestimarse en las consultas subsecuentes durante el puerperio. De las fortalezas de este estudio resaltan: las diversas variables asociadas con depresión posparto, su carácter de estudio multicéntrico y la posibilidad de extrapolar lo aquí encontrado a otras entidades de la República Mexicana.

CONCLUSIONES

La salud mental debe contemplarse como parte de una atención integral del embarazo. Hoy en día, la depresión posparto sigue subdiagnosticándose. En población mexicana se recomienda tomar un punto de corte de 10 puntos en la Escala de Edimburgo porque está demostrada su buena sensibilidad y especificidad para su diagnóstico. En el estudio aquí reportado se encontró una prevalencia de depresión posparto del 14.9%.

Los principales factores de riesgo fueron: el antecedente de trastornos psiquiátricos en la familia, depresión previa, dificultades económicas y el estado civil soltera. Las pacientes pueden cursar con diversos factores de riesgo simultáneos, circunstancia que potencia el riesgo de depresión. La condición de soltera y las dificultades económicas, que en múltiples ocasiones coexisten, son también factores a considerar en las causas de la enfermedad. Es primordial que el obstetra identifique los factores de riesgo desde el control prenatal, a fin de prevenir que el estado depresivo se agudice durante el puerperio.

Es imprescindible que durante la consulta de seguimiento posterior al parto se indaguen los síntomas relacionados con la depresión posparto porque hay que tener en cuenta que la prevalencia es alta, y que no siempre se diagnostica.

Cuando sí se establece el diagnóstico debe ofrecerse tratamiento oportuno y vigilancia estrecha, a fin de evitar su progresión hacia otros padecimientos, como la psicosis posparto. Los esfuerzos deben centrarse en su prevención e

identificación temprana, a fin de facilitar los medios para una mejor calidad de vida, no solo para la paciente sino también para su entorno familiar.

REFERENCIAS

1. Falana SD, Carrington JM. Postpartum Depression: Are You Listening? Nurs Clin North Am 2019; 54 (4): 561-67. doi:10.1016/j.cnur.2019.07.006
2. Bina R. Predictors of postpartum depression service use : A theory-informed , integrative systematic review. Women and Birth 2019; (2018). doi:10.1016/j.wombi.2019.01.006
3. Smith EK, Gopalan P, Glance JB, Azzam PN. Postpartum depression screening: A review for psychiatrists. Harv Rev Psychiatry 2016; 24 (3): 173-87. doi:10.1097/HRP.0000000000000103
4. Macías-Cortés E del C, Lima-Gómez V, Asbun-Bojalil J. Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas. Gac México 2020; 156 (3): 202-8. doi:10.24875/gmm.19005424
5. O'Hara MW, Engeldinger J. Treatment of postpartum depression: recommendations for the clinician. Clin Obstet Gynecol 2018; 61 (3): 604-14. doi:10.1097/GRF.0000000000000353
6. Stewart DE, Vigod AN. Annual review of medicine postpartum depression: pathophysiology, treatment, and emerging therapeutics. Annu Rev Med 2019. 2019; 70: 183-196. https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217
7. Learman LA. Screening for depression in pregnancy and the postpartum period. Clin Obstet Gynecol 2018; 61 (3): 525-32. doi:10.1097/GRF.0000000000000359
8. Atuhaire C, Brennaman L, Cumber SN, Rukundo GZ, Nambozi G. The magnitude of postpartum depression among mothers in Africa: A literature review. Pan Afr Med J 2020; 37 (89): 1-11. doi:10.11604/pamj.2020.37.89.23572
9. Zhao X Hu, Zhang Z Hua. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. Asian J Psychiatr 2020; 53: 102353. doi:10.1016/j.ajp.2020.102353
10. Santiago SL, Islas TD, Flores RM. Trastornos del estado de ánimo. Acta Médica GA 2022; 20 (2): 173-77. doi:https://dx.doi.org/10.35366/104280
11. Ambriz-López R, Flores-Venegas SR, Soria-López JA, Guerrero-González G, Kawas-Morales A, Álvarez-Lozada LA. Depresión posparto durante la pandemia de COVID-19. Ginecol Obs Mex 2022; 90 (1): 8-20. https://doi.org/10.24245/gom.v90i1.6985
12. Do TKL, Nguyen THI, Huong TT. No Postpartum Depression and Risk Factors. Biomed Res Int 2018; 2018 (4028913): 1-5. doi: 10.1155/2018/4028913
13. Batt MM, Duffy KA, Novick AM, Metcalf CA, Epperson CN, et al. Is Postpartum Depression Different From Depression Occurring Outside of the Perinatal Period ? A Review of the Evidence. 2020;18(2). doi:10.1176/appi.focus.20190045
14. Brummelte S, Galea LAM. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. Horm Behav. 2016;77:153-166. doi:10.1016/j.yhbeh.2015.08.008
15. Juárez-Romero M, Nava-Cruz CB, Méndez-Hernández P, Jiménez JC, Rojas-Lima E, Francisco-García M. Prevalencia de depresión posparto en el Hospital de la Mujer del estado de Tlaxcala. Rev Invesigacion Medica Sur Mex. 2015;22(3):132-135.
16. Ukatu N, Clare CA, Brulja M. Postpartum Depression Screening Tools: A Review. Psychosomatics. 2018;59(3):211-219. doi:10.1016/j.psym.2017.11.005
17. Genchi-Gallardo F, et al. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México. Ginecol Obstet Mex 2021; 89 (12): 927-36. https://doi.org/10.24245/gom.v89i12.6947
18. Sun L, Wang S, Li XQ. Association between mode of delivery and postpartum depression: A systematic review and network meta-analysis. Aust N Z J Psychiatry. 2021;55(6):588-601. doi:10.1177/0004867420954284
19. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Editorial Panamericana. 5° ed. Arlington. 2013. https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf
20. Karabulut E. Health Care for Women International. Status of postpartum depression in Turkey : A. 2018;9332. doi:10.1080/07399332.2018.1466144
21. Dadi AF, Akalu TY, Baraki AG, Wolde HF. Epidemiology of postnatal depression and its associated factors in Africa: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2020;15(4). doi:10.1371/journal.pone.0231940
22. Mckean M, Caughey AB, Mckean MAY, Cabana MD, Flaherman VJ. Postpartum Depression : When Should Health Care Providers Identify Those at Risk ? Published online 2017. doi:10.1177/0009922817733696
23. González-González A, Casado-Méndez PR, Molero-Segrera M, Santos-Fonseca RS, López-Sánchez I. Factores asociados a depresión posparto. Arch méd Camaguey. 2019;23(6):770-779. http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v23n6/1025-0255-amc-23-06-770.pdf
24. Wilson N, Lee JJ, Bei B. Postpartum Fatigue and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Affect Disord. 2019; (1)246: 224-233. doi:10.1016/j.jad.2018.12.032
25. Cabada-Ramos E, Rincón-cabada F, García Cabrera K, Munguía Alamilla E, Torres, Iglesias E, Montoya-Rodríguez M. Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. Rev Esp Méd Quir. 2015; 20:18-23. http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq151d.pdf

https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.8456

26. Juárez IR, Santos GR, Lara A, Almanza MJJ. Et al. Consistencia interna y análisis factorial de la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo en mujeres mexicanas embarazadas y puérperas. Reporte preliminar. Rev Neurol Neurocir Psiquiatr. 2009; 42(4):1-6.
27. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res. 2018;104:235-248. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.08.001
28. Lora-Loza MG, Castro-Cruz MJ H-AJ et al. Investigación Científica Morbilidad materna neonatal relacionado con la depresión y calidad de vida posparto. Rev ColombSaludLibr. 2020;15(1):1-10. doi.org/10.18041/1900-7841/rcslibre.2020v15n1.6998
29. Hazell Raine K, Thorpe K, Boyce P. Perinatal depression screening in Australia: A position paper. Nurs Heal Sci. 2021;23(1):279-287. doi:10.1111/nhs.12793
30. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of Maternal Postpartum Depression: A Systematic Review of Maternal and Infant Outcomes. SAGE. Vol 15.; 2019. doi:10.1177/1745506519844044
31. Brown JVE, Wilson CA, Ayre K, et al. Antidepressant treatment for postnatal depression. Cochrane Database Syst Rev. 2021;2021(2). doi:10.1002/14651858.CD013560.pub2
32. Cortés J, Gonzpalez J, Rufino H, Cobo L, Riba E. Tamaño muestral. *Bioestad para no estadísticos*. Published online 2014:1-38. http://www.ub.edu/ceea/sites/all/themes/ub/documents/Tamano_muestral.pdf
33. Romero D, Orozco LA, Ybarra JL, Gracia BI. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2017;82(2):152-162.
34. Lugo Anduaga Y, Guerrero Hernández RE, López Carbajal MJ. Depresión posparto como factor asociado al abandono de la lactancia materna. Aten Fam 2019; 23 (3): 90-94. http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.3.70033
35. Ayoub K, Shaheen A, Hajat S. Postpartum Depression in The Arab Region: A Systematic Literature Review. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2020:142-155. doi:10.2174/1745017902016010142.
36. World Health Organization (WHO). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. 2015;3. https://apps.who.int/iris/handle/10665/246208
37. Romero D, Orozco LA, Ybarra JL, Gracia BI. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. Rev Chil Obstet Ginecol. 2017;82(2):152-162. https://doi.org/10.31434/rms.v4i7.261
38. Míguez MC, Vázquez MB. Risk factors for antenatal depression: A review. World J Psychiatry. 2021;11(7):325-336. doi:10.5498/wjp.v11.i7.325.
39. Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of postpartum depression: a comprehensive review of the last decade of evidence. Clin Obstet Gynecol 2018; 61 (3): 591-603. doi:10.1097/GRF.0000000000000368
40. Rodriguez-Cabezas L, Clark C. Psychiatric emergencies in pregnancy and postpartum. Clin Obstet Gynecol 2018; 61 (3): 615-27. doi:10.1097/GRF.0000000000000377.

ANEXO

Anexo 1. Escala de Edimburgo.

Por favor señale la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:	**6. Las cosas me han estando abrumando:**
Tanto como siempre	Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
No tanto ahora	Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
Mucho menos ahora	No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
No, nada	No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre
2. He disfrutado mirar hacia delante:	**7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:**
Tanto como siempre	Sí, la mayor parte del tiempo
Menos que antes	Sí, a veces
Mucho menos que antes	No con mucha frecuencia
Casi nada	No, nunca
3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente:	**8. Me he sentido triste o desgraciada:**
Sí, la mayor parte del tiempo	Sí, la mayor parte del tiempo
Sí, a veces	Sí, bastante a menudo
No con mucha frecuencia	No con mucha frecuencia
No, nunca	No, nunca
4. He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:	**9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:**
No, nunca	Sí, la mayor parte del tiempo
Casi nunca	Sí, bastante a menudo
Sí, a veces	Solo ocasionalmente
Sí, con mucha frecuencia	No, nunca
5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:	**10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:**
Sí, bastante	Sí, bastante a menudo
Sí, a veces	A veces
No, no mucho	Casi nunca
No, nunca	Nunca

https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.8456