

Evaluación del riesgo de depresión postparto en un hospital ginecoobstétrico

María del Carmen Morales-Lozano,* Iduna Garay-Hernández,* Diego Alonso González-Azuara,*
María Esther Meza-López,* Minerva Beatriz Ixtla-Pérez,† María de Lourdes Martínez-Zúñiga,§
José Jesús Prado-Alcázar,* Nilson Agustín Contreras-Carreto*

RESUMEN

Introducción: La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica a nivel mundial, además de ser también una de las más importantes causas de incapacidad y de alta probabilidad de generar suicidio. **Objetivo:** Evaluar el riesgo de depresión postparto (DPP) en el Hospital de la Mujer mediante la aplicación del instrumento de tamizaje EPDS. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, transversal y descriptivo realizado en una muestra de 131 pacientes en puerperio durante el periodo comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre de 2013. El estudio se realizó en la sala de espera de Medicina Preventiva del Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud, México, DF. **Resultados:** Se obtuvo una muestra de 131 pacientes, a las cuales se les aplicó el instrumento Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS). La media de edad fue de 24.73 ± 6.55 años, el 51.1% ($n = 67$) eran primigestas, 48.9% ($n = 64$), multigestas. La media general obtenida en el instrumento EPDS fue 4.87 ± 4.80 puntos, rango entre 0-23 puntos. La detección de riesgo de DPP fue del 15.26% ($n = 20$). Clasificadas por DPP, riesgo de DPP: 60% ($n = 12$), e indicador probable de DPP: 40% ($n = 8$). Análisis por categorías EPDS en pacientes de riesgo: disforia: 1.26 ± 1.08 puntos, rango de 0-3 puntos; ansiedad: 1.65 ± 1.05 puntos, rango de 0-4 puntos; sentimiento de culpa: 1.60 ± 1.04 puntos, rango de 0-3 puntos, dificultad de concentración: 1.80 ± 0.05 puntos, rango de 0-3 puntos; ideación suicida: 0.50 ± 0.52 puntos, rango de 0-2 puntos. **Conclusiones:** El instrumento EPDS no es una prueba diagnóstica, sino un medio de tamizaje que, de salir positivo, requiere confirmación diagnóstica y tratamiento especializado en centros de salud y atención mental.

Palabras clave: Depresión, puerperio patológico, psicopatología, riesgo de depresión, evaluación del riesgo.

ABSTRACT

Introduction: Depression is one of the most common mental disorders in worldwide psychiatric pathology, besides being also one of the most important causes of disability and high probability of generating suicide. **Objective:** Assess risk of Post Partum Depression (PPD) in the Hospital de la Mujer by applying the EPDS screening tool. **Material and methods:** Prospective, cross-

Recibido para publicación: 02 julio 2014. **Aceptado para publicación:** 15 septiembre 2014.

* División de Enseñanza e Investigación.

† Servicio de Psicología.

§ Dirección.

Hospital de la Mujer. Secretaría de Salud. México, D.F.

Correspondencia:

Mtro. Nilson Agustín Contreras Carreto
Hospital de la Mujer. Jefatura de Investigación. 1er piso.
Prolongación Salvador Díaz Mirón Núm. 374,
Colonia Santo Tomás, Delegación Miguel Hidalgo,
11340, México, D.F.
E-mail: itzmard@yahoo.com.mx

sectional descriptive study in a sample of 131 puerperal patients during the period from October 1 to December 31, 2013. The study was conducted in the waiting room of Preventive Medicine, Hospital de la Mujer, Ministry of Health, Mexico, D.F. **Results:** A sample of 131 patients which were administered the EPDS instrument was obtained. The mean age was 24.73 ± 6.55 years, 51.1% ($n = 67$) were primiparous, 48.9% ($n = 64$) multiparous. The overall average obtained in the EPDS instrument was 4.87 ± 4.80 points, range 0-23 points. Risk detection PPD was 15.26% ($n = 20$). Sort by PPD: PPD risk of 60% ($n = 12$) and; PPD likely indicator: 40% ($n = 8$). Analysis by category EPDS in patients at risk: dysphoria: 1.26 ± 1.08 points, range 0-3 points; anxiety: 1.65 ± 1.05 points, range 0-4 points; guilt: 1.60 ± 1.04 points, range 0-3 points, difficulty in concentration: 1.80 ± 0.05 points, range 0-3 points; suicidal ideation: 0.50 ± 0.52 points, range 0-2 points. **Conclusions:** The EPDS instrument is not a diagnostic tool, but a mean of screening that if positive, requires diagnostic confirmation and specialized treatment in a mental health care unit.

Key words: Depression, postpartum pathology, psychopathology, depression risk, risk assessment.

INTRODUCCIÓN

La depresión postparto (DPP) consiste en la aparición de rasgos depresivos en la paciente, usualmente en los primeros dos a cinco días postparto. La incidencia es variable, pero se refiere en la literatura entre el 20 y el 50% de las púerperas y se caracteriza por periodos de llanto fácil intercalados con periodos de irritabilidad, descuido del aspecto personal y poca interacción con el recién nacido.¹ Diferentes estimaciones de la prevalencia de la depresión postparto dependen de si la depresión se definió como depresión mayor únicamente o incluyó depresión menor, y si la depresión postparto se midió en población general o en un hospital general o de referencia.² Además, la longitud de tiempo después del parto que constituye el periodo postparto varía entre los estudios, de 1 a 12 meses.^{1,3,4} El espectro clínico de la DPP incluye al *baby blues*, depresión postparto sin psicosis, depresión postparto con psicosis y depresión postaborto.⁴

La «tristeza postparto» o *baby blues* se refiere a una condición transitoria que se caracteriza por síntomas depresivos leves, como disforia, tristeza, llanto, irritabilidad, ansiedad, insomnio y disminución de la concentración.³ Estos síntomas se desarrollan en el 40 a 80% de las mujeres dos o tres días posteriores al nacimiento.^{2,4,5} Los síntomas típicamente se agudizan en los siguientes días y se resuelven, regularmente, en un periodo de dos semanas, pero no son lo suficientemente intensos para producir un deterioro significativo en la mujer que los padece.⁵

La depresión postparto sin psicosis se presenta aproximadamente en el 10 al 20% de las púerperas durante los primeros seis meses postparto. Este trastorno generalmente aparece durante la sexta semana y dura entre tres y catorce meses.^{1,6}

Se habla de depresión postparto con psicosis cuando se han descartado los casos de psicosis relacionados con enfermedad médica y/o con fármacos. Los síntomas psicóticos durante la DPP son, en su mayoría, síntomas de un trastorno afectivo uni- o bipolar y ocurren en el 0.1 a 0.2%; corresponden a alucinaciones visuales, olfativas y

táctiles, labilidad afectiva, desorientación y confusión. Estos síntomas son oscilantes y se relacionan con una mayor probabilidad de presentar agresividad hacia el neonato; se han documentado como causa del 60% del total de los filicidios.^{7,8}

Las mujeres que presentan pérdida del producto de la gestación, ya sea por aborto o por el nacimiento de un mortinato, poseen también riesgo de desarrollar depresión, principalmente dentro de los primeros tres meses posteriores a la pérdida. Sin embargo, se ha documentado que el riesgo de presentar trastornos psiquiátricos permanece aumentado hasta los cuatro años postaborto.^{7,9}

Entre los principales factores de riesgo de DPP se han identificado: a) antecedente de depresión, b) antecedente de abuso físico o sexual, c) síntomas depresivos actuales, d) embarazo adolescente, e) estado de inmigrante, f) embarazo no planeado, g) pensamientos de interrumpir el embarazo, h) falta de apoyo social y financiero, i) violencia intrafamiliar y de pareja, j) diabetes gestacional o pregestacional, k) malformación congénita en el recién nacido, l) no amamantar, n) antecedentes psiquiátricos familiares, y o) disfunción familiar.^{7,9}

La patogenia de la depresión postparto es desconocida, pero puede incluir cambios hormonales, susceptibilidad genética y los principales acontecimientos (experiencias) de la vida. Los cambios hormonales asociados con la depresión postparto pueden implicar al estrógeno, la progesterona, la hormona estimulante de la tiroides, la testosterona, el colesterol, la hormona liberadora de corticotropina (CRH) y el cortisol.⁴

Las manifestaciones clínicas de la depresión postparto incluyen cambios en las funciones somáticas como el sueño, la energía, el apetito, el peso corporal y la libido. El inicio de la DPP se produce antes o durante el embarazo en aproximadamente el 50%.^{8,10,11}

La evaluación inicial de las mujeres con sospecha de DPP es similar a la de la población general. Dicha evaluación debe abordar las tendencias suicidas y la psicosis. Las pacientes con síntomas graves (ideación suicida o alucinaciones auditivas) deben ser referidas con urgencia para atención psiquiátrica e internamiento.^{2,7}

El tamizaje del riesgo de DPP se realiza con la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), que es el instrumento más utilizado. La EPDS es una encuesta autoadministrada, desarrollada para la detección de síntomas depresivos en mujeres que hayan dado a luz recientemente. Consta de 10 preguntas de selección múltiple, con cuatro alternativas cada una, puntuada de 0 a 3 de acuerdo con la severidad creciente de los síntomas.^{2,12} La EPDS tiene una puntuación mínima de 0 y máxima de 30. La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; cinco de estos ítems incluyen la disforia, dos ítems están relacionados con ansiedad, uno con sentimiento de culpa, uno con ideas suicidas y uno con dificultad de concentración. Según los resultados obtenidos, la puérpera puede ser clasificada en tres grupos: a) EPDS < 10 puntos: sin riesgo de DPP, b) EPDS 10-12: riesgo de DPP, y c) EPDS \geq 13: probable depresión.^{7,11,13}

El instrumento EPDS presenta una sensibilidad de 76.7% y una especificidad de 92.5% para depresión perinatal. Una puntuación de 12 o más indica una posible depresión de diversa gravedad. Es un instrumento muy fiable para las evaluaciones secuenciales de síntomas depresivos. El mejor momento para aplicar la Escala de Depresión de Edimburgo es a las ocho semanas postparto, ya que coincide con el periodo de máxima incidencia de la depresión puerperal y además, con la disminución de los síntomas atribuibles a un periodo adaptativo normal. Puede ser autoaplicado y contestarse en un periodo de tiempo aproximado de cinco minutos.^{13,14}

El diagnóstico diferencial de la DPP es similar al de la depresión mayor no puerperal. El tratamiento requiere un abordaje transdisciplinario que abarque todos los factores involucrados en etiopatogenia. Los antidepresivos son la piedra angular del tratamiento de la depresión postparto, principalmente, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. La hospitalización está indicada en alto riesgo suicida o alto riesgo de infanticidio.¹⁵ La psicoterapia, individual o grupal, debe incluir a la pareja o familia de la puérpera. La terapia de grupo permite trabajar en la psicoeducación, fomentar el apoyo entre mujeres que se encuentran viviendo situaciones similares, así como explorar la red social y comunitaria disponible.¹⁶

El objetivo de este estudio fue evaluar el riesgo de DPP en el Hospital de la Mujer mediante la aplicación del instrumento de tamizaje EPDS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trató de un estudio prospectivo, transversal y descriptivo realizado en una muestra de pacientes en puerperio durante el periodo comprendido del 1° de octubre al 31 de diciembre de 2013.

Se realizó un muestreo por conveniencia. El estudio incluyó a pacientes puérperas que acudieron al Servicio de Medicina Preventiva a recibir el resultado del tamiz neonatal o auditivo, o que acudieron a la aplicación de la vacuna de los dos meses de edad del infante. Una vez brindada información suficiente y clara, se procedió a firmar el consentimiento informado y se invitó a la paciente a pasar a un consultorio para mayor privacidad en la aplicación del instrumento EPDS. Se excluyeron del estudio aquellas pacientes con más de ocho semanas postparto o que mediante deseo explícito de no participar en el estudio, no procedieron a la firma del consentimiento informado.

Las variables del estudio incluyeron: a) sociodemográficas: edad, estado civil, escolaridad y ocupación; b) clínicas: paridad, comorbilidades, patologías durante la gestación y vía de resolución del embarazo, y c) resultado del riesgo de DPP mediante el instrumento EPDS.

Los datos se concentraron en Excel®, y para el análisis estadístico, se utilizó el programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®) versión 20.0 para Windows®, determinándose proporciones y rangos, medidas de tendencia central (media muestral) y de dispersión (desviación estándar).

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 131 pacientes a las cuales se les aplicó el instrumento EPDS. La media de edad fue de 24.73 ± 6.55 años, con un rango entre 15-43 años. El 34.4% (n = 45) de las mujeres eran solteras, 48.1% (n = 63) en unión libre y el 17.6% (n = 23), casadas.

El 1.5% (n = 2) de las puérperas eran analfabetas, 53.4% (n = 70) tenían educación básica, 32.1% (n = 42) tenían educación media superior, y únicamente 13.0% (n = 17), educación superior.

El 76.3% (n = 100) eran amas de casa, 9.2% (n = 12) eran estudiantes, 5.3% (n = 7) eran comerciantes, y 9.2% (n = 12) tenían otras ocupaciones.

El 51.1% (n = 67) eran primigestas y 48.9% (n = 64) eran multigestas. De la muestra, 96.95% (n = 127) no tenían comorbilidades. De las pacientes con comorbilidades, éstas correspondieron a epilepsia en el 1.53% (n = 2), cáncer de mama en el 0.76% (n = 1) e hipotiroidismo en el 0.76% (n = 1).

En cuanto a las patologías que presentaron las pacientes durante el embarazo, el 6.10% (n = 8) padeció preeclampsia, el 6.10% (n = 8), ruptura prematura de membranas (RPM), el 3.05% (n = 4), oligohidramnios severo, un 3.05% (n = 4), amenaza de parto pretérmino, y el 1.52% (n = 2) padeció trombocitopenia gestacional.

En el 65.6% ($n = 86$), la vía de resolución del embarazo fue parto, y en el 34.4% ($n = 45$), fue mediante cesárea.

La media de puntaje general obtenida en el instrumento EPDS fue de 4.87 ± 4.80 puntos, con un rango entre 0-23 puntos. Un 84.73% ($n = 111$) no se detectaron en riesgo tras la aplicación del instrumento. La detección de riesgo de DPP fue del 15.26% ($n = 20$), integrado por riesgo de DPP: 9.16% ($n = 12$) e indicador probable de DPP: 6.11% ($n = 8$) (Figura 1).

Análisis por categorías EPDS en pacientes de riesgo: disforia 1.26 ± 1.08 puntos, con un rango entre 0-3 puntos; ansiedad 1.65 ± 1.05 puntos, con un rango entre 0-4 puntos; sentimiento de culpa 1.60 ± 1.04 puntos, con un rango entre 0-3 puntos; dificultad de concentración 1.80 ± 0.05 puntos, con un rango entre 0-3 puntos; ideación suicida 0.50 ± 0.52 puntos, con un rango entre 0-2 puntos (Figura 2).

DISCUSIÓN

Los trastornos de la afectividad son frecuentes durante el puerperio y tienen su mayor incidencia entre la segunda y la cuarta semana después de la resolución del embarazo. A pesar de que la sintomatología puede ser similar a la de los trastornos depresivos fuera del postparto, las características propias de este grupo de pacientes en todas las dimensiones humanas le dan connotaciones especiales que la traducen en una entidad nosológica propia de gran importancia para la salud pública.

Campo-Arias y colaboradores enfatizan que el instrumento EPDS no es una prueba diagnóstica, sino un medio de tamizaje que, de salir positivo, requiere confirmación diagnóstica y tratamiento especializado en centros de salud y atención mental a la mayor brevedad posible. En nuestro estudio, la positividad a riesgo de DPP fue del 15.26%. Las pacientes detectadas fueron referidas al Servicio de Psicología del hospital para confirmación diagnóstica y referencia a un centro especializado en salud mental más cercano a su domicilio, ya que no contamos con servicio de psiquiatría y nuestro servicio de psicología es exclusivo para pacientes hospitalizadas.

El principal problema es que la DPP es una patología subdiagnosticada y subestimada en su verdadera dimensión humana y de salud. Ello puede advertirse en que los medios de tamizaje (como lo es el EPDS) no se aplican de modo rutinario a pesar de haber demostrado una alta sensibilidad y especificidad ($\geq 80\%$). Un problema mayor es la falta de seguimiento, ya sea por desinterés del personal de salud o de la propia paciente o sus familiares.

La positividad al tamizaje mediante el instrumento EPDS es muy variable, dependiendo del autor y del centro

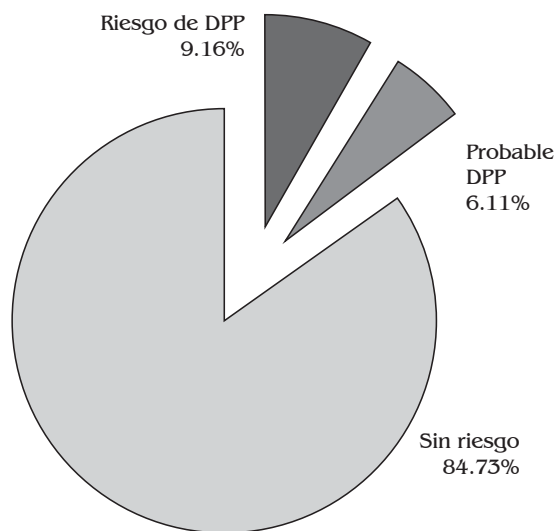


Figura 1. Clasificación de pacientes mediante el instrumento EPDS.

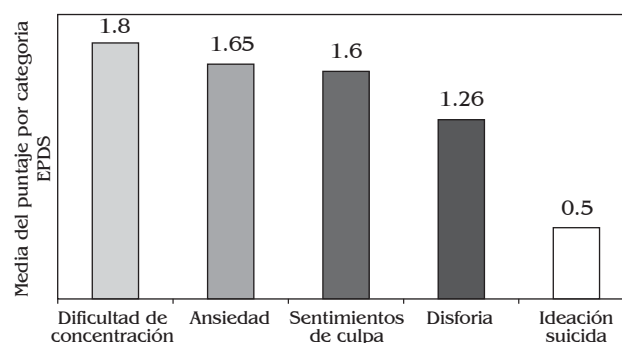


Figura 2. Resultados agrupados por categorías EPDS.

hospitalario que reporta. Morris y su equipo (Venezuela) reportan una detección mayor al 40%. Otros autores, como Moreno y Pérez (Brasil), reportaron una detección mediante este instrumento de aproximadamente un 22%. En nuestro estudio, la detección fue del 15.26%, lo cual es menor a lo reportado a nivel internacional.

Los anteriores autores mencionan como principales factores de riesgo el nivel socioeconómico, la escolaridad y la presencia de patologías durante el embarazo. En nuestro estudio, el 55% de las pacientes tenían escolaridad básica, un 30%, media superior y el 15%, escolaridad superior. Llama la atención que ninguna de las pacientes con tamizaje positivo tenía comorbilidades y que, de todas las pacientes que sufrieron alguna patología del embarazo 19.8% ($n = 26$), sólo el 15.3% ($n = 4$) se encontraron en algún grupo de riesgo para DPP. Estos resultados sugieren la importancia de identificar los posibles factores

de riesgo involucrados en la génesis de la depresión postparto y la necesidad de un tamizaje sistemático en este grupo de pacientes.

También, Wolff y su grupo han identificado al embarazo adolescente como factor de riesgo para DPP. En nuestro estudio, de las pacientes con tamizaje positivo, el 25% fueron adolescentes. El embarazo en esta edad *per se* torna a la mujer en un ser más vulnerable a hechos vitales, como la maternidad postparto.

Dentro de las recomendaciones de la aplicación del instrumento EPDS, se establece que cualquier puntuación diferente de 0 en el ítem 10, «ideas suicidas», debe ser referida con urgencia a un servicio de salud mental para resguardar la seguridad de la paciente y la del hijo(a). En nuestro estudio, tres pacientes fueron detectadas con ideación suicida y se refirieron a un hospital psiquiátrico para su pronta atención.

El seguir minimizando el riesgo de padecer DPP puede conllevar a graves consecuencias tanto para la madre como para el hijo(a) y la familia en general; entre ellas, se encuentra el suicidio y/o maltrato infantil e, incluso, el filicidio. A este respecto, la creación de una consulta postparto sistemática y la difusión del uso de este tipo de instrumentos de tamizaje puede impactar favorablemente en la calidad de vida y seguridad tanto de la madre como de su hijo(a).

CONCLUSIÓN

La DPP es una enfermedad médica que produce una seria discapacidad materna, pero con la intervención correcta puede resolverse adecuadamente sin secuelas en la madre, en su hijo(a) y en la relación entre ambos. Por tanto, es un imperativo moral para los profesionales de la salud asumir un rol activo tanto en su prevención como en la detección precoz y el diseño de estrategias de intervención temprana.

El instrumento de tamizaje EPDS ha demostrado en varios estudios ser altamente sensible para el diagnóstico de DPP, con una especificidad aceptable; sin embargo, es necesario confirmar el diagnóstico con otras pruebas complementarias. La recomendación es incluir dentro de la evaluación postnatal la aplicación de este tipo de ins-

trumentos de tamizaje para detectar oportunamente síntomas depresivos durante el puerperio y, así, evitar sus graves consecuencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*. 2004; 363: 303.
2. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord*. 2008; 108: 147.
3. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48: 801.
4. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005; 106: 1071.
5. Cohen LS, Wang B, Nonacs R et al. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatr Clin North Am*. 2010; 33: 273.
6. Pearson RM, Evans J, Kounali D et al. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70: 1312.
7. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2013; 33 (8): 1205-1217.
8. Wolff LC, Valenzuela XP, Esteffan SK, Zapata BD. Depresión postparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2009; 74 (3): 151-158.
9. Dois-Castellón A. Actualizaciones en depresión postparto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012; 38 (4): 576-586.
10. Crawford-Faucher A. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Am Fam Physician*. 2014; 89 (11): 871.
11. Banker JE, LaCoursiere DY. Postpartum depression: risks, protective factors, and the couple's relationship. *Issues Ment Health Nurs*. 2014; 35 (7): 503-508.
12. Wisner KL, Sit DK, McShea MC et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*. 2013; 70: 490.
13. Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión postparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión postparto de Edimburgo. *Rev Méd Chile*. 2008; 136 (7): 851-858.
14. Stuart-Parrigon K, Stuart S. Perinatal depression: an update and overview. *Curr Psychiatry Rep*. 2014; 16 (9): 468-476.
15. Hall P. Current considerations of the effects of untreated maternal perinatal depression and the National Perinatal Depression Initiative. *J Dev Orig Health Dis*. 2012; 3 (4): 293-295.
16. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Alvarez A, Salas-Martinez C. Validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a population of adult pregnant women in Mexico. *J Clin Med Res*. 2014; 6 (5): 374-378.