



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “DR. RAFAEL SERRANO”

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL HOSPITAL DE LA
MUJER DE LA CIUDAD DE PUEBLA, MÉXICO

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN:

PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

MARIA FERNANDA ROCHA ARGÜELLES

ASESOR EXPERTO:

DR. IRVIN GARAY SALINAS

ASESOR METODOLÓGICO:

DRA. MINOU DEL CARMEN ARÉVALO RAMÍREZ

PUEBLA, PUE; 2021

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

- Antecedentes generales
- Antecedentes específicos

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

OBJETIVOS

- Objetivos generales
- Objetivos particulares

MATERIAL Y MÉTODOS

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN:

La importancia de este trabajo es el contribuir a una visión más amplia de la prevalencia de Depresión postparto (DPP) en la ciudad de Puebla. Se sabe que de los 48 millones de mujeres mayores de 15 años, 73.3% son madres a nivel nacional; y que de ellas, aproximadamente el 24% tienen sintomatología depresiva moderada en el embarazo, sin embargo no se cuenta con estadísticas al respecto a la presencia de los trastornos afectivos durante el embarazo en dicha entidad federativa.

Tomando en cuenta el considerable número de complicaciones relacionadas a la depresión postparto, como por ejemplo dificultades en el apego entre la madre y el producto que pueden desencadenar en más episodios depresivos de la madre y problemas conductuales a futuro en el hijo, disminución en la capacidad de atención de la madre hacia la pareja y/o resto de la familia e incluso suicidio o infanticidio, se busca generar un reporte más actualizado sobre la presencia de este trastorno en la población.

Finalmente, se proponen métodos de tamizaje que estén validados en población hispanohablante y mexicana, y que sean de fácil aplicación, para poder detectar oportunamente aquellas madres con patología psiquiátrica y se les pueda brindar un tratamiento integral psiquiátrico y psicológico, tomando en cuenta la red de apoyo de la mujer embarazada, la seguridad de la usuaria y del producto, así como proporcionar psicoeducación a aquellas usuarias que no cumplen con criterios diagnósticos de depresión, pero que se encuentran en el periodo de embarazo y/o postparto.

INTRODUCCIÓN:

El periodo de la gestación es una etapa del ciclo vital en el que existen diversas alteraciones psicoemocionales tales como temor, ansiedad o incluso rechazo hacia el producto que se pueden considerar normales sobre todo si la madre se encuentra cursando el primer embarazo.

Se acepta que hasta un 80% de las mujeres en el periodo del embarazo y postparto pueden presentar dichas manifestaciones psicoemocionales relacionadas con la llegada del bebé, teniendo una duración de aproximadamente dos semanas; sin embargo, de acuerdo a diversas guías internacionales, estas manifestaciones pueden evolucionar a sintomatología depresiva, llegando a presentarse hasta un 24% síntomas depresivos moderados en las mujeres durante el periparto a nivel mundial.

En este trabajo se buscó determinar la prevalencia de depresión durante el postparto, en las mujeres que acudieron a recibir atención obstétrica en el Hospital de la Mujer de la Ciudad de Puebla; se aplicó una ficha de identificación donde se recolectaron datos tales como edad, estado civil, nivel de escolaridad y número de gestas entre otras variables, con la finalidad de conocer los factores psicosociales de las mujeres que decidieron participar en este trabajo.

De igual manera se aplicó la Escala de Depresión Postparto de Edinburgo para determinar la prevalencia y gravedad de síntomas depresivos en dichas mujeres con la finalidad de detectar de forma temprana aquellos trastornos afectivos tipo depresivos que, de acuerdo a diversas fuentes bibliográficas, implican el desarrollo de apegos inseguros en el producto, así como alteraciones en la conducta o aumento en la gravedad de los síntomas depresivos.

Se obtuvo una población inicial de 213 mujeres que se encontraban en el periodo del postparto quirúrgico o fisiológico inmediato de las cuales, 3 durante la entrevista retiraron su consentimiento para continuar con el cuestionario, quedando un total de 210 mujeres que completaron el instrumento de evaluación.

De ellas, 9.5% cursaron sin síntomas depresivos, mientras que un 65.2% de las encuestadas reportaron presencia de síntomas leves de depresión obteniendo

un puntaje menor a 6 puntos; el 22.3% de las entrevistadas cumplieron con síntomas compatibles con depresión moderada y un 2.9% de las madres informaron síntomas compatibles con depresión severa.

Dicha información concordó con lo reportado por la bibliografía a nivel internacional y nacional sobre la prevalencia de síntomas depresivos moderados en la población embarazada y además demostró la eficacia de la Escala de Depresión Postparto de Edinburgo para poder detectar psicopatología afectiva de forma temprana, para poder ofrecer un tratamiento oportuno a aquellas mujeres que lo necesitan.

A todas las mujeres entrevistadas se les proporcionó información respecto a las manifestaciones psicoemocionales esperadas durante la gestación y el postparto; a aquellas mujeres con síntomas depresivos moderados se les ofreció abordaje psicológico para completar el diagnóstico de trastorno depresivo moderado y a aquellas mujeres que reportaron depresión grave se les proporcionó una referencia al Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano”, con la finalidad de ampliar la detección un trastorno depresivo grave que pudieran implicar conductas de gravedad o riesgo hacia la madre y el producto.

ANTECEDENTES GENERALES:

El embarazo es un estado fisiológico de la mujer, que dejado a su evolución espontánea, en la mayoría de los casos no supone un problema de salud para la madre como para el feto, pero que precisa de un seguimiento adecuado, con el fin de controlar las posibles alteraciones que pudieran aparecer, con la intención de prevenirlas o diagnosticarlas precozmente (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2018).

En México, de acuerdo con la información de la Encuesta Nacional Demográfica de 2014 (ENADID), la tasa global de fecundidad es de 2.21 hijos por mujer y cerca del 90% de las mujeres mayores de 20 años al menos han tenido un hijo nacido, recalcando que de acuerdo a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2017 (ENOE), del total de 48 millones de mujeres mayores de 15, 73.3% han sido madres; de ellas, el 41.1% de las madres mayores de 15 años, no cuenta con educación básica terminada. En contraparte, solo el 23.9% de las madres tiene educación media superior o superior (Instituto Nacional de las Mujeres, 2018). De hecho Mota Sanhua y colaboradores, explican que cada año, a nivel global, mueren alrededor de tres millones de recién nacidos en el primer mes de vida; y es en este periodo, cuando ocurren la mayoría de las muertes maternas, sobre todo en países en desarrollo, por lo que uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio del año 2020, incluyen disminuir cifras mundiales de mortalidad materno-infantil (Mota Sanhua, Suárez Hesketh, & Ruíz Speare, 2019), y la disminución de la tasa de mortalidad, dependerá de acciones preventivas, como tener atención prenatal durante el embarazo, parto y postparto.

Es importante tener conocimiento de la situación real de cada mujer embarazada con el fin de detectar los posibles riesgos no solo obstétricos y clínicos, sino también los riesgos psicosociales, involucrando a las mujeres y sus parejas en la toma de decisiones, una vez que se han informado de manera adecuada e individualizada. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sugiere que cada pareja debe conocer que cada embarazo tiene sus peculiaridades y que no se puede catalogar simple en “embarazo de alto riesgo” con un mejor control

asistencial y de “bajo riesgo” con una atención menos eficiente; los conocimientos científicos actuales y los distintos cribados de patología en la gestación nos permitirán realizar una individualización del riesgo materno y/o fetal, teniendo como consecuencia una atención precisa para cada gestación en función de la diversa disponibilidad asistencial en cada entidad, ya sean públicos o privados (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2018).

La atención centrada en la paciente y la familia es un enfoque para la planificación del parto y evaluación de la atención de la salud que se basa en el entendimiento de que la familia juega un papel vital en asegurar la salud y el bienestar de pacientes de todas las edades. El control prenatal implica no sólo el número de visitas, sino cuando fueron realizadas durante el transcurso del embarazo y la calidad de las mismas; inicia en el primer trimestre del embarazo, con consultas médicas una vez por mes hasta el parto, lo que permite identificar infecciones cervicovaginales, diabetes gestacional, preeclampsia, infecciones sistémicas (VIH y otras), y establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la embarazada (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017).

Debido a que la gestación es un periodo en la vida de la mujer que la expone a diversos cambios físicos y psíquicos, se considera que es en este periodo cuando es más susceptible a desarrollar trastornos mentales, los cuales pueden estar relacionados con bajo nivel de escolaridad y/o socioeconómicos, no tener empleo o tener antecedentes familiares de enfermedad mental (Joge Guimaraes, y otros, 2019).

Pérez Padilla y colaboradores establecen que la depresión mayor representa un problema de salud pública ¹ debido a su alta prevalencia; teniendo una etiología compleja, en la que intervienen diversos factores psicosociales, genéticos y biológicos, se ha observado que los primeros episodios que aparecen como respuesta a algún evento estresante, produce cambios a largo plazo a nivel cerebral que pueden producir variaciones a nivel estructural y en el funcionamiento de

¹ situación que afecta negativamente el bienestar de los individuos y de la población y puede analizarse desde su magnitud o su letalidad.

diferentes áreas cerebrales (Pérez Padill, Cervantes Ramírez, Hijuelos García, Pineda Cortés, & Salgado Burgos, 2017).

El trastorno depresivo mayor se presenta con episodios de al menos dos semanas de duración, con cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, alternando con remisiones inter episódicas (APA, 2013). Es la causa principal de morbilidad en mujeres y su prevalencia es el doble, comparativamente con hombres. El DSM-5 describe que la sintomatología de la depresión perinatal es clínicamente equivalente a un episodio depresivo mayor, que sucede durante y posterior a cuatro semanas al parto (Lara & Patiño, 2017); dicho subtipo depresivo es reconocido mundialmente como un problema de salud pública por su frecuencia y consecuencias negativas sobre la salud y bienestar del binomio (Tebeka, Strat, & Dubertret, 2016).

Debido a que el embarazo es un evento vital mayor, que inevitablemente se acompaña de cambios sociales, psicológicos y hormonales, se pueden desencadenar episodios depresivos con serias implicaciones hacia la madre e infante (Galaye, Rondon, Araya, & Williams, 2016), siendo la más sobresaliente, el sufrimiento que provoca en la madre.

Socialmente la maternidad se percibe como una experiencia positiva, sin embargo muchas madres experimentan sentimientos contrarios al goce y alegría esperada, dificultando la detección de la depresión perinatal; además se describen síntomas de ansiedad severa, ideación suicida y una preocupación excesiva por el bebé (Lara & Patiño, 2017).

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS:

A pesar de que la depresión postparto (DPP) y un episodio depresivo comparten sintomatología, se han observado cambios neuronales únicos durante el periodo del postparto, comparado cuando ocurren en cualquier otro momento en la vida de la mujer; esto que explicaría las deficiencias afectivas en la diada, además del resto de los síntomas depresivos.

Pawluski y colaboradores, reportaron que las madres deprimidas frecuentemente muestran hipoactividad neuronal en reposo tanto en las regiones límbicas corticales, como en las subcorticales, en comparación con los controles sanos postparto. Las madres con esta disminución en la función de la amígdala, hipocampo, corteza cingulada anterior y corteza dorsolateral prefrontal suelen irritarse fácilmente con su bebé, respondiendo de manera menos sensible y más agresivas con ellos, al ser comparadas con madres no deprimidas (Pawluski, Lonstein, & Fleming, 2017).

En las últimas décadas, se ha documentado ampliamente al periodo perinatal como un periodo de alto riesgo para el inicio de síntomas depresivos y, debido a la diferencia en la incidencia entre ambos sexos, se ha propuesto que las hormonas sexuales y los eventos reproductivos tienen importancia en la etiología de la depresión (Brummelte & Galea, 2016).

Durante el embarazo, los niveles de progesterona se encuentran aproximadamente 20 veces más altos que lo normal; a partir de la semana 20 de gestación y hasta el nacimiento, los niveles de estradiol se encuentran hasta 300 veces más arriba de lo normal. Al ser expulsada la placenta, estos niveles disminuyen abruptamente (Rai, Pathak, & Sharma, 2019).

Así, la hipótesis de un estado de abstinencia a niveles suprafisiológicos de progesterona y estradiol durante las primeras semanas postparto, se propone como etiología de DPP por el aumento en los transportadores SERT, disminuyendo las concentraciones de serotonina (Brummelte & Galea, 2016).

La oxitocina también se encuentra implicada en la DPP. Es sabido que la oxitocina tiene un papel bien establecido en la interacción social, estrés y en la relación madre e hijo, que incluye el lazo del parto y la lactancia. Durante la lactancia, los niveles de oxitocina mostraron una correlación inversa con los síntomas de depresión, por lo que la disminución de los niveles plasmáticos de oxitocina se sugiere como predictor de DPP (Brummelte & Galea, 2016).

Payne y colaboradores sugieren que además de las fluctuaciones en las concentraciones de hormonas ováricas, los glucocorticoides están implicados en la génesis de la DPP. El periodo de embarazo y postparto está asociado a niveles constantemente elevados de glucocorticoides. Estos cambios también se observan en pacientes deprimidos, proponiendo otro mecanismo para desarrollar de DPP (Payne & Maguire, 2019).

Debido a que las señales de estrógeno tienen un impacto en la función del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA), se sugiere que esta alteración podría provocar cambios en las hormonas reguladoras del estrés, las cuales se piensa también tienen un papel importante en el desarrollo de DPP, a causa de una secreción diurna anormal de cortisol (Brummelte & Galea, 2016).

Putnam y colaboradores proponen que las mujeres que se deprimen durante el embarazo, tendrán una presentación diferente, en comparación con aquellas mujeres que se deprimen después del embarazo. Lo anterior debido a las bases fisiopatológicas previamente comentadas, como las fluctuaciones hormonales que caracterizan al embarazo (Putnam, Wilcox, & Robertson-Blackmore, 2017).

La clasificación de Putnam y colaboradores, se realiza a través de las condiciones demográficas, características del embarazo, complicaciones perinatales y antecedentes de trastorno afectivo o ansioso. Se identificaron cinco subtipos de depresión perinatal que difirieron en severidad y tipo de síntomas.

El subtipo 1 está caracterizado por ansiedad y depresión severa; este subtipo, tuvo niveles de ansiedad y depresión significativamente altos, comparados con el resto de los subtipos. El subtipo 2 se presenta con ansiedad y depresión

moderada; el subtipo 3 se define por ansiedad y anhedonia; el subtipo 4 se muestra con pura anhedonia. En el subtipo 5 se incluyeron a aquellas mujeres con resolución del cuadro depresivo, que reportaron síntomas durante el periodo perinatal que se resolvieron cuando se les aplicó la escala de Edinburgo (Putnam, Wilcox, & Robertson-Blackmore, 2017).

La duración del episodio depresivo genera un impacto negativo en el desarrollo emocional y cognitivo del recién nacido, con la posible consecuencia de desarrollar relaciones de apego ansioso, trastornos conductuales, accidentes, ingresos hospitalarios y maltrato infantil. Las posibles causas en el retraso en la detección de DPP puede deberse a: 1) una mayor atención al bienestar del bebé en este período; 2) dificultad de la mujer para asumir y priorizar su condición emocional y 3) el estigma, la vergüenza y el temor a la crítica (Mendoza B & Saldivia, 2015).

A nivel mundial la prevalencia a los dos meses postnatales, se estima en 12% a 14%. En México, la prevalencia de DPP va de 6.6% a 24.6% en poblaciones urbanas, con datos obtenidos por entrevista clínica, y de 10% a 20% de acuerdo a los resultados obtenidos por autoinforme; en la población rural solo existen dos estudios que estiman la prevalencia de DPP entre un 11% a 12.9%.

En cuanto a la depresión durante el embarazo, en nuestro país se estimó entre un 9% a 14% (por entrevista clínica) y de 6.4% a 30% (por autoinforme) (Lara & Patiño, 2017). Se ha identificado que la mayoría de las mujeres afectadas puede tener síntomas durante seis meses y 25% de ellas durante un año si no reciben tratamiento. De igual manera, el riesgo de recurrencia de DPP se aproxima al 25% y aumenta la probabilidad de depresión no ligada al postparto, especialmente cuando existen antecedentes personales de este tipo (Mendoza B & Saldivia, 2015).

A nivel nacional la DPP se asoció en un 18% a multiparidad, embarazo no deseado, baja escolaridad, antecedente de aborto u óbito y nivel socioeconómico bajo (Meléndez & Díaz, 2017).

En EE.UU el 64.6% de la población latina son mexicanos; se estima que la prevalencia de DPP en latinas en EE.UU es tres a cuatro veces más alta (30%-

43%), en comparación con la población de madres de otras etnias (Lara-Cinisomo, Girdler, Grewen, & Meltzer-Brody, 2016).

En 2016 se publicó un estudio donde el objetivo principal era determinar la presencia de factores de riesgo para DPP, estudiando los factores de riesgo proximales (eventos negativos ocurridos en el último año), así como la presencia de factores de riesgo durante la niñez, adolescencia y edad adulta que pudieran influir en la presencia de DPP en una muestra de 1085 mujeres (Tebeka, Strat, & Dubertret, 2016).

Tebeka y colaboradores, reportaron que más de un tercio de las mujeres en el periparto (37.44%) mencionaron antecedente familiar de depresión y cerca de la mitad de las mujeres que participaron (48.85%) cumplían con criterios diagnósticos para patología psiquiátrica; de estos trastornos los frecuentemente asociados fueron los trastornos de ansiedad, trastorno bipolar y el consumo de sustancias.

En la población latina que reside en EE.UU, las condiciones de pobreza en las que se encuentra la madre, son un importante factor de riesgo para desarrollar DPP; esto es probablemente atribuible a las demandas del embarazo y la crianza de un niño en condiciones estresantes, sobretodo porque esta población tiene un acceso limitado, o definitivamente restringido a los servicios de salud. (Lara-Cinisomo, Girdler, Grewen, & Meltzer-Brody, 2016).

Lara-Cinisomo y colaboradores, también reportaron como población de riesgo para desarrollar DPP a aquellas mujeres que tuvieron experiencias traumáticas durante la infancia o durante la edad adulta (estos eventos traumáticos incluyen, pero no se limitan al abuso sexual y físico durante la niñez o violencia de pareja ya sea física o sexual particularmente durante el embarazo); e incluso las experiencias traumáticas que se puedan vivir durante el periodo en que se cruza ilegalmente a la frontera con EE. UU, debido a que pueden experimentar discriminación racial y posibles problemas en la culturización estadounidense (que incluyen las dificultades para la comunicación o para el transporte) (Lara-Cinisomo, Girdler, Grewen, & Meltzer-Brody, 2016).

Además de los factores de riesgo para desarrollar DPP previamente mencionados, Meléndez y colaboradores, encontraron que el desempleo, estrato social, embarazo no deseado, el embarazo en la adolescencia, multiparidad, rechazo familiar, abuso sexual, ser madre soltera, conflictos familiares, bajo ingreso económico y complicaciones perinatales, también son factores de riesgo.

Respecto a las complicaciones perinatales, las madres con el antecedente de parto pretérmino y que requirió atención del producto en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), muestran mayor vulnerabilidad para desarrollar DPP, debido a que la experiencia en UCIN incluye separación del binomio, incapacidad de cuidado y establecer un vínculo con el mismo.

En un estudio realizado por Hawes y colaboradores, se observó que las madres con parto pretérmino cuyo producto ameritó estancia en UCIN, se encontraban en mayor riesgo para DPP (1 mes después del alta del producto), especialmente en aquellas madres con antecedente de patología psiquiátrica, baja percepción del bienestar materno (referido como el grado de preparación emocional y competencia de la madre) y baja comodidad materna (entendido como el grado de preocupación de la madre por el estado de salud y desarrollo del producto), aunado a red de apoyo deficiente, soltería y días de estancia en UCIN (Hawes, McGowan, O'Donnell, Tucker, & Vohr, 2016).

Las complicaciones que acompañan esta patología, llegan a afectar todas las dimensiones de la madre: dificultades para mantener la comunicación con la pareja, disminución en la atención al resto de los hijos y en algunos casos la sintomatología puede llegar a ser tan severa que pone en peligro la salud de la madre y del bebé; es por eso que es necesario que la atención de la consulta prenatal se complete con un tamizaje a todas las mujeres embarazadas para evitar las complicaciones anteriormente comentadas.

Sin embargo, a pesar de los diferentes instrumentos clinimétricos para detectar DPP en servicios primarios de salud, algunos implican un tiempo de aplicación mayor, siendo necesaria la aplicación de herramientas de tamizaje para poder canalizar oportunamente a la madre a un servicio de salud mental.

Dentro de los instrumentos de detección, la National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomienda las preguntas Whooley como herramienta de detección de síntomas depresivos durante el periodo perinatal; es una versión abreviada del PRIME-MD (que consiste en dos etapas de tamizaje para los cinco principales síntomas de atención primaria, incluyendo depresión).

Las dos preguntas originales incluían los síntomas principales para diagnóstico de depresión mayor de acuerdo a los criterios de depresión de DMS-5 (ánimo deprimido y pérdida del interés en actividades previamente placenteras) y posteriormente se sugirió agregar una tercera pregunta relacionada a la necesidad de ayuda con una respuesta que es dicotómica (SÍ/NO).

En México las preguntas Whooley están validadas como instrumentos de tamizaje, con una sensibilidad de 94.7% (respondiendo positivo a cualquiera de las preguntas) y una especificidad de 90% (respondiendo positivamente a la pregunta sobre la necesidad de ayuda), siendo aplicadas después de las 26 semanas de gestación y hasta 6 meses posterior al parto. La NICE sugiere que en caso de un tamizaje positivo, se realice la aplicación de la Escala de depresión perinatal de Edinburgo (Navarrete, Lara, & Lara, 2019).

La escala de depresión postparto de Edinburgo (EPDS), es una escala heteroaplicada, utilizada internacionalmente, validada y diseñada para evaluar la presencia de sintomatología depresiva durante el periodo perinatal (Vázquez & Míguez, 2018). Se ha validado con su aplicación en las semanas 28 a 34 de gestación; en el año 2000 fue validada en población mexicana en un estudio realizado en el INPer (Instituto Nacional de Perinatología) (Oquendo C, González-Pacheco, & Méndez C, 2008).

Este es un instrumento que consta de diez preguntas que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo; cada pregunta se califica en un rango de 0 a 3 puntos (severidad o duración de los síntomas); en 2004 se volvió a llevar a cabo un estudio por parte del INPer buscando la calibración de un punto de corte para la población mexicana, encontrándose que con un punto de

corte de 14, se alcanzaron valores de 0.74 para la sensibilidad y 0.83 para la especificidad, siendo este el punto de mejor equilibrio entre ambas.

De esta manera, la presencia o no de depresión se clasifica como: sin depresión = 0-9 puntos, depresión leve a moderada = 10-16 puntos, moderada a severa: 17-21 puntos y severa = 22-30 puntos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Durante el embarazo y el postparto es necesario reconocer que existen cambios no sólo físicos, sino psicológicos y sociales; y que estos, a su vez, pueden desencadenar trastornos mentales, ya sean psicóticos y/o afectivos, con posibles alteraciones en el comportamiento del niño, posteriores episodios depresivos en la madre o poner en riesgo al binomio y al resto de personas que los rodean.

El hecho de tener un buen apoyo social por parte de la familia, amigos y/o pareja puede ayudar a reducir la gravedad de la depresión postparto, pero es posible que no la prevenga; por lo tanto, el diagnóstico temprano de la patología, a través de diversos métodos de tamizaje, es esencial para poder proporcionar un tratamiento inmediato, que pueda ayudar a controlar los síntomas y que ayude a disminuir efectos negativos de la enfermedad tanto en la madre, como en el producto.

Por lo que nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de DPP en mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en un centro de salud urbano de la ciudad de Puebla?

OBJETIVOS:

OBJETIVOS GENERALES:

- Determinar la prevalencia de DPP en el Hospital General de la mujer, de la ciudad de Puebla.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer las características sociodemográficas de las mujeres en periodo de puerperio del Hospital General de la mujer, de la ciudad de Puebla.
- Determinar la gravedad de síntomas depresivos a través de la escala de Edinburgo

MATERIAL Y MÉTODOS:

- **Diseño del estudio:** escrutinio descriptivo, observacional, transversal, prolectivo y homodémico.
- **Ubicación espacio temporal:** el estudio se llevó a cabo en el Hospital General de la Mujer en la ciudad de Puebla, entre abril, mayo y junio de 2021.
- **Muestreo:** No probabilístico, por conveniencia.
 - **Población:** Usuaris del Hospital General de la Mujer, en Puebla.
 - **Muestra:** mujeres en el periodo de puerperio.
- **Criterios de inclusión:**
 - Mujeres, en edad fértil
 - En cualquier periodo del puerperio (inmediato, temprano o tardío)
 - Puerperio no patológico
 - Que puedan expresar verbalmente su deseo por participar.
- **Criterios de exclusión:**
 - Mujeres con discapacidad intelectual
 - Con patología no psiquiátrica
 - Con consumo de sustancias en los últimos 3 meses
 - Con un cuadro psicótico
- **Criterios de eliminación:**
 - mujeres que eventualmente decidieron no participar en el estudio o cuyo puerperio se complique con patología psiquiátrica o no psiquiátrica.
- **Estrategia de trabajo:** A las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se les aplicó un encuesta *ad hoc* con la ficha de identificación que incluía datos sociodemográficos tales como edad, estado civil, grado de estudios, semana de gestación en las que se resolvió el embarazo (ya fuera de forma fisiológico o quirúrgico) y que se encontraban en el puerperio inmediato. También se recolectaron datos respecto al número de embarazos, partos, cesáreas, abortos; se interrogó sobre el deseo o no del embarazo actual, muerte perinatal del embarazo actual, antecedente de psicopatología

previo o durante el embarazo actual y finalmente la red de apoyo con la que contaba la madre durante este embarazo.

- **Variables y escalas de medición:** Aunque se propone el uso de las Preguntas Whooley y Arroll como forma de tamizaje y dependiendo del resultado se aplica la EPDS, a todas aquellas mujeres que desearon participar se les aplicaron estas preguntas e independientemente del resultado se aplicó la EPDS; en el anexo 1 y 2 se muestran las herramientas de tamizaje utilizadas.

Tabla de variables:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Edad	Cuantitativa/numérica discreta	Ordinal	14 – 18 años 19 – 30 años 31 – 43 años
Puntuación Escala Edinburgo	Cualitativa	Nominal	Sin depresión Depresión leve Depresión moderada Depresión severa
Escolaridad	Cualitativa/numérica discreta	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato Técnica/Profesional
Estado civil	Cualitativa/categórica politómica	Nominal	Soltera Casada Unión libre

Semanas de gestación	Cuantitativa/numérica continua	Ordinal	20 – 30 semanas 31 – 40 semanas
Embarazo deseado o no	Cualitativa/categórica dicotómica	Nominal	Si No
Red de apoyo	Cualitativa/ordinal politómica	Nominal	Si No
Antecedentes gineco-obstétricos	Cuantitativa/numérica discreta	Nominal	Gestas Partos Cesáreas Abortos
Muerte perinatal	Cualitativa/categórica dicotómica	Nominal	Si No
Enfermedad psiquiátrica previa al embarazo	Cualitativa/categórica politómica	Nominal	Si No

- **Análisis de datos:** Los datos obtenidos se procesaron mediante el programa de estadísticas SPSS.

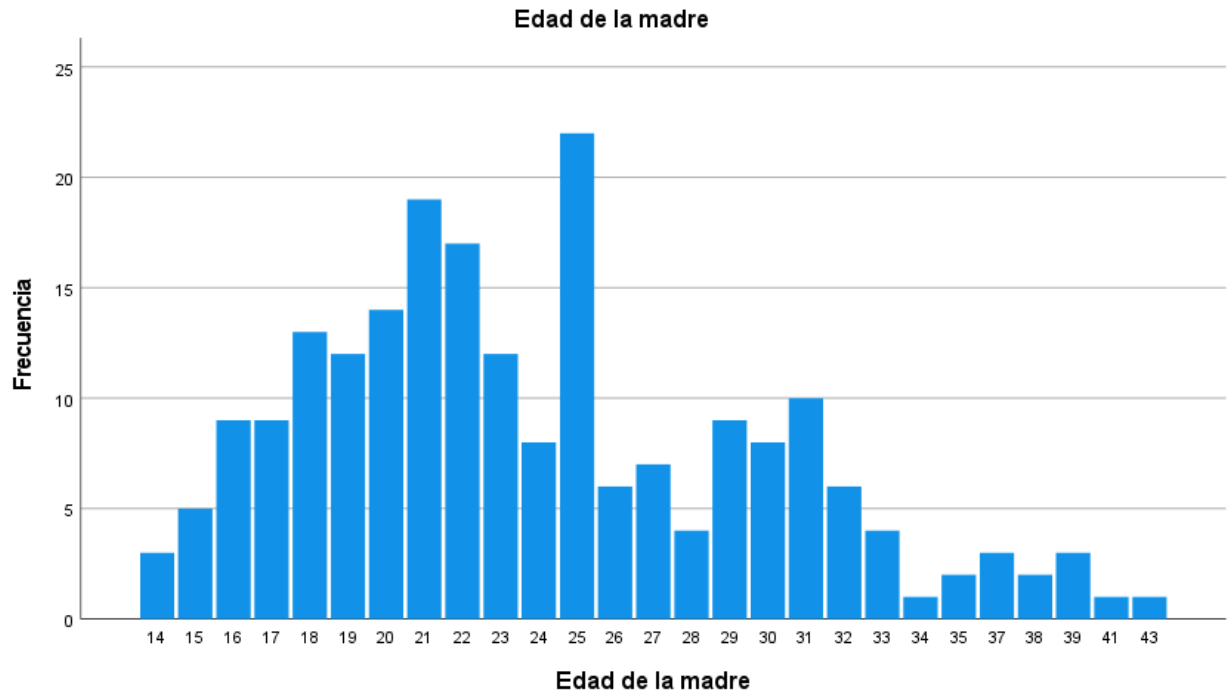
RESULTADOS:

Se contó con la participación de 213 mujeres de las cuales 3 retiraron su consentimiento para continuar con el tamizaje, quedando un total de 210 mujeres en el postparto inmediato

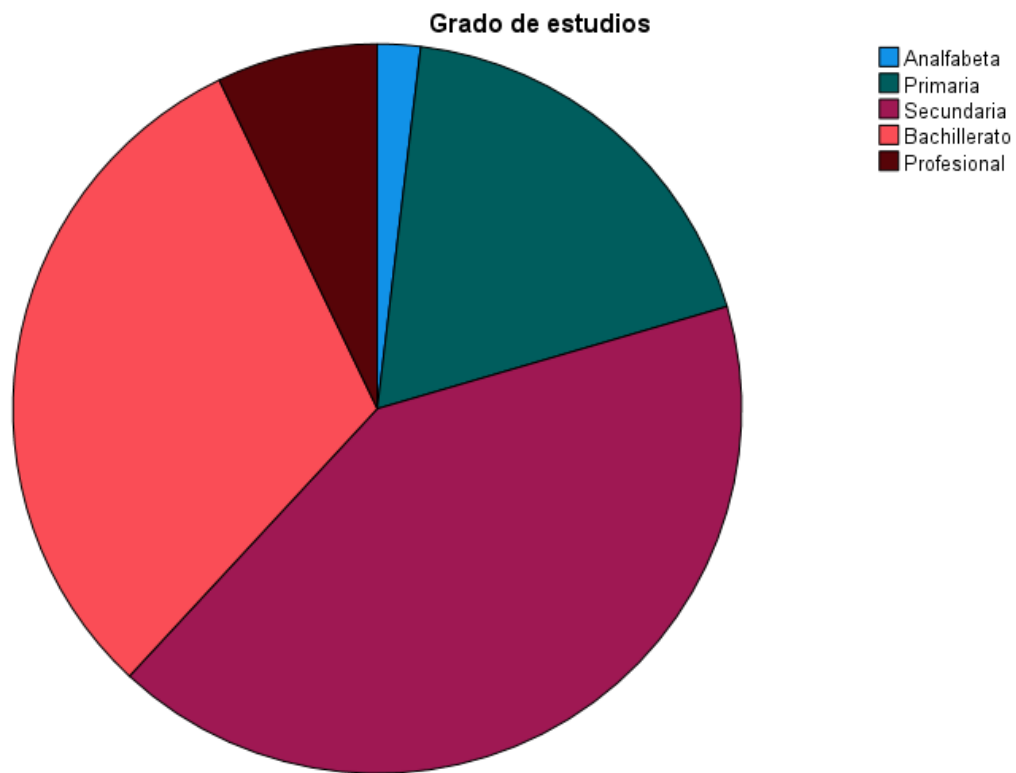
La edad se reportó con una media de 25 años entre el 10.5% (22 mujeres entrevistadas), mientras que un 18.6% (39 participantes) reportaron ser menores de edad, mientras que un 5.8% (12 mujeres) informaron ser mayores de 35 años de edad; en la gráfica 1 se presentan los resultados.

En cuanto al grado de estudios de las participantes se encontró que un 1.9% de las mujeres (4 participantes) resultaron ser analfabetas, 18.5% (39 mujeres) cursó hasta la primaria, 41.4% (87 encuestadas) completaron la secundaria, 31% (65 mujeres) concluyó el bachillerato y 7.1% (15 participantes) finalizaron una carrera técnica o profesional; en la gráfica 2 se anexan los resultados.

El deseo del embarazo se investigó independiente de que hubiera sido un embarazo planeado o no; se observó que un 90.5% de las entrevistadas comentaron haber deseado el embarazo actual, mientras que un 9.5% informaron que no deseaban su embarazo hasta el momento de la entrevista. Respecto al número de gestas se encontró que un 37.1% de las entrevistadas informaron ser primigestas y un 62.9% comentaron ser multigestas. Del 100% de las mujeres entrevistadas, se observó una mortalidad del producto en 4 de las participantes que correspondería a un 1.9% de las mujeres; sin embargo no se interrogó sobre las semanas de gestación en las que falleció el producto y tampoco sobre las causas de mortalidad.

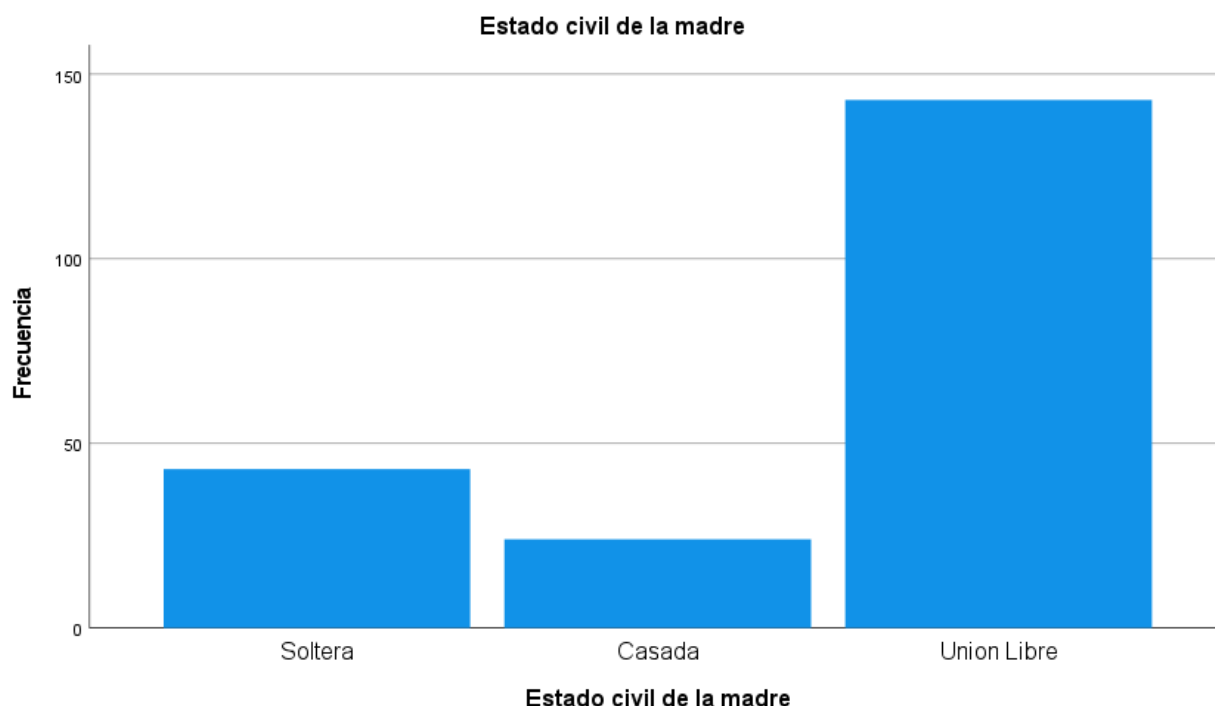


GRÁFICA 1: FRECUENCIA DE LA EDAD DE LAS MADRES



GRÁFICA 2: GRADO DE ESTUDIOS DE LAS MADRES

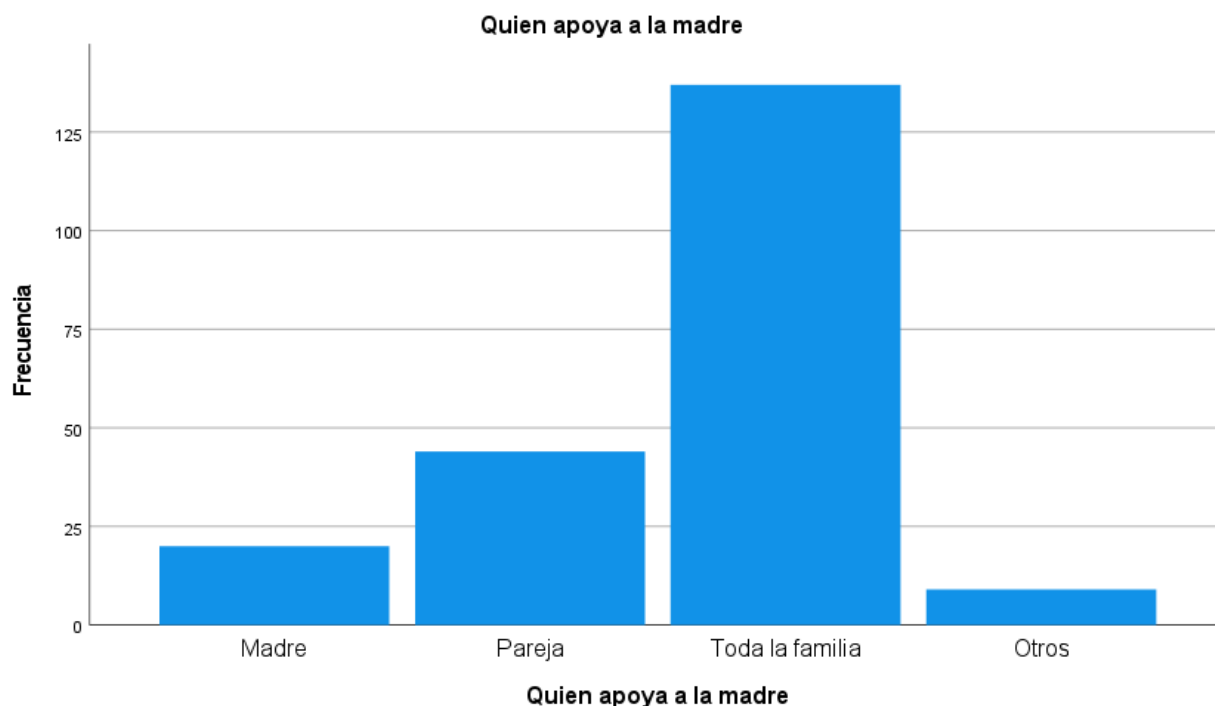
En lo referente al estado civil de las participantes, se encontró que un 20.5% (43 participantes) expresaron ser madres solteras, mientras que 11.4% (24 entrevistadas) informaron encontrarse casadas hasta el momento del tamizaje y 68.1% (143 mujeres) comentaron encontrarse en unión libre. En la gráfica 3 se exponen los resultados.



GRÁFICA 3: ESTADO CIVIL DE LAS MADRES

Referente a la red de apoyo de la mujer en el postparto se obtuvo la información interrogando sobre quien acompañaba a las mujeres a las citas del control de embarazo, quien se preocupaba por ellas durante la gestación y quienes se encontraban pendientes de ellas posterior a la resolución del embarazo; se encontró que a 20 mujeres, es decir un 9.5% de las entrevistadas comentaron que únicamente la madre se encontraba pendiente de la usuaria; 44 mujeres es decir 21% recibía únicamente el apoyo de la pareja, 137 usuarias correspondiente a un 65.2% informaron el apoyo de ambos padres, pareja y hermanos; finalmente 9 mujeres, es decir 4.3% comentaron que no contaban con familiares cercanos

(padres, hermanos, pareja) y se encontraban acompañadas durante el proceso de gestación por alguna tía o amiga cercana; en la gráfica 4 se muestran los resultados.

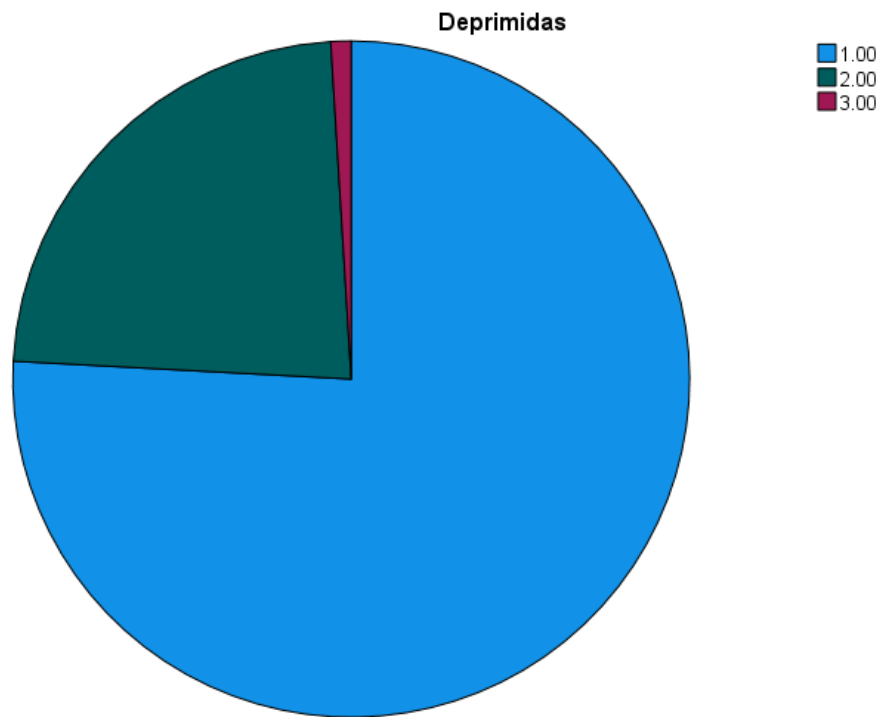


GRÁFICA 4: RED DE APOYO DE LA MADRE

En lo que referente al puntaje obtenido en la Escala de Depresión Postparto de Edinburgo, se encontró que 9.5% de las entrevistadas cursaron sin síntomas depresivos y un 65.2% de las encuestadas expresaron síntomas depresivos leves con un puntaje en EDPS menor a 6 puntos; un 22.3%, es decir 41 entrevistadas, cumplieron con síntomas compatibles con depresión moderada y un 2.9% equivalente a 9 madres, informaron síntomas compatibles con depresión severa; en la gráfica 5 se representan los resultados obtenidos.

Se calculó la prevalencia de acuerdo al número de casos con la enfermedad durante el periodo previamente comentado y se dividió sobre el total de la población, obteniéndose que el resultado es similar al 24% de la población a nivel mundial, con una prevalencia de 19% de síntomas depresivos moderados en mujeres que se

encuentran cursando el postparto y que se atendieron en la institución anteriormente mencionada.



GRÁFICA 5: SEVERIDAD DE DEPRESIÓN EDPS

DISCUSIÓN:

Con este trabajo se observó que la Escala de Depresión Postparto de Edinburgo es un instrumento eficaz que se puede aplicar de forma breve a las mujeres que se encuentran embarazadas o durante el puerperio para detectar de forma temprana los síntomas que depresivos independientemente del grado de severidad con que se presentan.

De acuerdo a lo expresado por las guías internacionales sobre el abordaje de la DPP, a todas las mujeres tamizadas se les proporcionó psicoeducación respecto a las manifestaciones psicoemocionales que son esperadas y mejor conocidas como blues materno; se observó que los síntomas ansiosos disminuyeron de forma evidente en aquellas mujeres primigestas y menores de 18 años las cuales expresaron no sentirse preparadas para desarrollar un maternaje de acuerdo a lo esperado por la sociedad que las rodea; sin embargo, dicha intervención excede el propósito de esta investigación.

A aquellas mujeres que reportaron síntomas moderados se les proporcionó referencia para acudir a la consulta externa del servicio de psicología del Hospital General de la Mujer, sin embargo de acuerdo a lo comentado por la jefa de dicho departamento, no acudió ninguna a solicitar dicha valoración.

A las mujeres que reportaron presencia de síntomas depresivos graves se les proporcionó referencia para el Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano en Puebla con la finalidad de poder ampliar la entrevista estructurada de acuerdo a los criterios diagnósticos de DSM – 5 y poder integrar un diagnóstico certero de episodio depresivo, ya sea único o recurrente y se pudiera ofrecer un tratamiento farmacológico y abordaje psicoterapéutico, pero al igual que en aquellas que reportaron síntomas moderados, ninguna de las 9 mujeres con sintomatología grave acudió a valoración al servicio de psiquiatría, desconociéndose los motivos por los cuales no acudieron a valoración.

CONCLUSIONES:

La depresión postparto es una entidad psiquiátrica que tiene repercusiones a corto y largo plazo en el producto, por lo que la detección oportuna de ésta patología es necesaria para poder evitar o disminuir las alteraciones en el afecto del producto o incluso el riesgo del desarrollo de patología psiquiátrica en la adolescencia o edad adulta. Se pudo observar que:

1.- La edad de la madre se reportó con una media de 25 años, lo cual reflejó un porcentaje elevado de mujeres menores a 18 años lo cual se ve relacionado con aumento de síntomas depresivos en las mujeres durante el postparto.

2.- Casi la mitad de las pacientes evaluadas 41.4% (87) completaron la secundaria lo que refleja que las características sociodemográficas relacionadas al desarrollo de síntomas depresivos, se observó una mayoría de mujeres que tienen un grado de escolaridad menor a la educación básica predominaron.

3.- Del total del 210 mujeres, 65.2% de ellas es decir 137 usuarias, reportaron mantener una red de apoyo amplia que se reporta como un factor protector para el desarrollo de un sintomatología depresiva durante el periodo de gestación.

4.- El estado civil al momento del parto se relaciona a un aumento en la presencia de síntomas depresivos, siendo notorio un 11.4% de madres solteras que se obtuvo durante la entrevista.

5.- Durante esta investigación no se observó un aumento en la presencia de embarazo no deseado ya que solamente un 9.5% de las mujeres reportaron no haber deseado su embarazo hasta el momento de la entrevista, lo cual refleja un porcentaje bajo en comparación con lo comentado con la media reportada en otras investigaciones

6.- La mortalidad perinatal se observó que 4 mujeres tuvieron una pérdida del producto lo cual se ha reportado como factor de riesgo para la presencia de síntomas depresivos, sobre todo si a la madre no se le otorgan técnicas para la elaboración del duelo perinatal y no se le acompaña durante éste periodo.

Lo anterior es un dato de particular interés ya que se tiene el conocimiento que durante el periodo del blues materno es esperada la dificultad para la aceptación del producto, situación que se ha observado que mejora conforme a la madre se le proporciona psicoeducación y técnicas de intervención para facilitar el desarrollo de un vínculo afectivo positivo entre el binomio, entre ellas el desarrollo del colecho y lactancia materna manteniendo contacto visual con el producto. Por lo anterior, una buena alternativa de abordaje para facilitar la aceptación del bebé sería proporcionar información durante el embarazo respecto al blues materno e incluso volver a interrogar a las madres respecto a éste sentimiento posterior a las dos semanas de temporalidad de las manifestaciones psicoemocionales esperadas durante el periodo de gestación.

Lo expuesto a lo largo de este trabajo también demostró que la prevalencia del 19% de síntomas depresivos moderados perinatales en el estado de Puebla, es similar a lo que se reporta por la bibliografía en documentos nacionales e internacionales ya que se pudo obtener una muestra que reflejó de manera confiable la presencia de síntomas depresivos moderados que pudieran complicar la salud del madre, el producto y en consecuencia del resto de la familia nuclear que espera la llegada de un nuevo miembro. La información se pudo obtener mediante la aplicación de la EDPS, pudiendo reafirmar que es un método eficaz y de fácil aplicación para la detección temprana de trastornos depresivos en las mujeres gestantes.

Sin embargo cabe recalcar que la salud mental de la madre no es lo único que se tendría que tamizar durante el periodo de gestación, si no también es de vital importancia valorar la salud mental del padre ya que recientemente se ha observado que un padre deprimido también podría influir de manera negativa en el desarrollo de psicopatología en el producto, sobre todo porque se ha evidenciado que la depresión postparto paterna se ve relacionado a una dificultad en el reconocimiento de emociones del bebé por parte del padre; estos problemas, entre otros deberían ser objeto de nuevas investigaciones en la atención a la salud mental perinatal.

ANEXO 1:

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

FECHA:

EDAD:

ESCOLARIDAD:

ESTADO CIVIL:

SEMANAS/TRIMESTRE DE EMBARAZO:

EN TOTAL ¿CUÁNTOS EMBARAZOS HAS TENIDO?: _____. ¿CUÁNTOS DE TUS BEBÉS NACIERON POR PARTO?: _____. ¿CUÁNTOS DE TUS BEBÉS NACIERON POR CESAREA?: _____. ¿HAS TENIDO ALGÚN ABORTO?: _____.

¿ALGUNO DE TUS BEBÉS TUVO QUE SER HOSPITALIZADO AL NACER?: SI _____. NO _____.

¿ALGUNO DE TUS BEBÉS MURIÓ EN LAS PRIMERAS HORAS O EN LOS PRIMEROS DÍAS DE HABER NACIDO?: SI _____. NO _____.

¿DESEABAS TU EMBARAZO ACTUAL?: SI _____. NO _____.

¿PADECES O HAS PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA?: SI (¿CUÁL?) _____. NO _____.

¿HAY ALGUIEN QUE TE APOYA Y ESTÁ PENDIENTE DE TI Y DE TU EMBARAZO?:

ANEXO 2:

PREGUNTAS WHOOLEY Y ARROLL

DURANTE EL MES PASADO, ¿TE HAS SENTIDO PREOCUPADA POR SENTIRTE CON EL ÁNIMO BAJO, DEPRIMIDA O SIN ESPERANZAS?:

SI_____ . NO_____ .

DURANTE EL MES PASADO, ¿TE HA PREOCUPADO TU DISMINUCIÓN EN EL INTERÉS O PLACER AL REALIZAR TUS ACTIVIDADES?: SI_____ .

NO_____ .

¿ES ESTO ALGO CON LO QUE TE GUSTARÍA AYUDA?: SI_____ .

NO_____ . SI, PERO HOY NO_____ .

REFERENCIAS

- APA. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Estados Unidos: Panamericana.
- Brummelte, S., & Galea, L. A. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Elsevier*, 153-166.
- Galaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 973-982.
- Hawes, K., McGowan, E., O'Donnell, M., Tucker, R., & Vohr, B. (2016). Social Emotional Factors Increase Risk of Postpartum Depression in Mothers of Preterm Infants. *The Journal of Pediatrics*, 1-7.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). *Control prenatal con atención centrada en la paciente*. México.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2018). *Las madres en cifras*. México.
- Joge Guimaraes, F., Da Silva Santos, F. J., Bem Leite, A. F., Rolim De Holanda, V., Silva de Sousa, G., & Albuquerque Parrelli, J. G. (2019). Enfermedad mental en mujeres embarazadas. *Enfermería Global*, 499-510.
- Lara, M. A., & Patiño, P. (2017). Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. *INPRF*, 12-25.
- Lara-Cinisomo, S., Girdler, S., Grewen, K., & Meltzer-Brody, S. (2016). A Biopsychosocial Conceptual Framework of Postpartum Depression Risk in Immigrant and U.S.-born Latina Mothers in the United States. *Elsevier*, 336-343.
- Meléndez, M., & Díaz, M. (2017). Depresión posparto y los factores de riesgo. *Redalyc*, 7-12.

- Mendoza B, C., & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica de Chile*, 887-894.
- Mota Sanhua, V., Suárez Hesketh, C. I., & Ruíz Speare, O. (2019). Entorno de mujeres embarazadas mexicanas y sus conocimientos y actitudes sobre la atención prenatal. *Revista de Salud Pública*, 258-264.
- Navarrete, L., Lara, M. A., & Lara, M. d. (2019). Sensitivity and specificity of the three Whooley and Arroll questions for detecting perinatal depression in Mexican women. *Salud Pública de México*, 27-34.
- Norhayati, M. N., Nik Hazlina, N. H., Asrenee, A. R., & Wan Emilin, W. M. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Elsevier*, 34-52.
- Oquendo C, M. L., González-Pacheco, I., & Méndez C, S. (2008). Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatología y reproducción humana*, 195-202.
- Pawluski, J. L., Lonstein, J. S., & Fleming, A. S. (2017). The neurobiology of postpartum anxiety and depression. *Trends in Neurosciences*, 106-120.
- Payne, J. L., & Maguire, J. (2019). Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Elsevier*, 165-180.
- Pérez Padill, E. A., Cervantes Ramírez, V. M., Hijuelos García, N. A., Pineda Cortés, J. C., & Salgado Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista Biomédica*, 73-98.
- Putnam, K., Wilcox, M., & Robertson-Blackmore, E. (2017). Clinical phenotypes of perinatal depression and time of symptom onset: analysis data from an international consortium. *Lancet Psychiatry*, 477-485.
- Rai, S., Pathak, A., & Sharma, I. (2019). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry*, 216-221.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2018). *Guía de Asistencia Práctica: control del embarazo normal*. Madrid: Progresos de Obstetricia y Ginecología.

Tebeka, S., Strat, Y. L., & Dubertret, C. (2016). Developmental trajectories of pregnant and postpartum depression in an epidemiologic survey. *Elsevier*, 62-68.

Vázquez, M. B., & Míguez, M. C. (2018). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale as a screening tool for depression in Spanish pregnant women. *Elsevier*, 515-521.