

FRECUENCIA DE LA DEPRESIÓN POSPARTO Y FACTORES ASOCIADOS, EN
LOS SERVICIOS GINECO-OBSTETRICOS DEL MUNICIPIO DE POPAYÁN.

ABRIL- JUNIO 2008

DIEGO FERNANDO RIVERA VIDAL
JULIE CAROLINA ORTEGA DORADO
MARÍA CAMILA SANTACRUZ VEGA

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
POPAYÁN
2008

FRECUENCIA DE LA DEPRESIÓN POSPARTO Y FACTORES ASOCIADOS, EN
LOS SERVICIOS GINECO-OBSTETRICOS DEL MUNICIPIO DE POPAYÁN.
ABRIL- JUNIO 2008

DIEGO FERNANDO RIVERA VIDAL
JULIE CAROLINA ORTEGA DORADO
MARÍA CAMILA SANTACRUZ VEGA

Asesora:
ENF. MG SANDRA FELISA MUÑOZ

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
POPAYÁN
2008

Nota de aceptación:

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Popayán, 4 de Diciembre de 2008

AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque Él da la sabiduría y de su boca viene el conocimiento y la inteligencia. El provee de sana sabiduría a los rectos. Pr.2: 6-7

A Sandra Felisa Muñoz, Investigadora principal, por su tiempo, paciencia enseñanzas y sobre todo su amistad.

A los doctores: Ricardo Arias, Oscar Tobar Gómez, Pedro Darío Meléndez, por su atención y por permitirnos acceder a las diferentes instituciones

Al Dr. José Luis Diago, por su colaboración

A todas las mujeres participantes en el estudio, sin su ayuda no habría sido posible la realización de esta meta.

...Y especialmente a nuestras familias, que han sido el soporte, el apoyo y el estímulo para la realización de nuestros sueños.

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	16
RESUMEN	18
1. MARCO TEÓRICO	19
1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA DEPRESIÓN POSPARTO	19
1.2 SITUACIÓN ACTUAL LA DEPRESION POSPARTO	21
1.3. DEPRESION POSPARTO	23
1.3.1 Factores etiopatogénicos	25
1.3.2 Clasificación de la depresión posparto	27
1.3.2.1 “Baby Blues” o síndrome del tercer día	27
1.3.2.2 Depresión posparto sin psicosis	29
1.3.2.3 Depresión posparto con psicosis o psicosis posparto	31
1.3.3 Diagnóstico de depresión posparto	32
1.3.3.1 Escala de depresión postnatal de Edinburgo (EPDS)	35
1.3.3.2 General Health Questionnaire o Cuestionario de salud general de Goldeberg (GQH)	36
1.3.4 Tratamiento recomendado en la depresión posparto	39

1.3.5 Pronostico	39
2. METODOLOGIA	42
2.1 TIPO DE ESTUDIO	42
2.2 POBLACIÓN SUJETO DE ESTUDIO (UNIVERSO Y MUESTRA)	42
2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	42
2.4 DESCRIPCIÓN Y MEDICIÓN DE VARIABLES	43
2.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	44
2.6 PRUEBA DE INSTRUMENTOS	44
2.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	44
2.8 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	45
2.9 ASPECTOS ÉTICOS	45
3. RESULTADOS	47
4. DISCUSIÓN	76
5. CONCLUSIONES	82
6. RECOMENDACIONES	83
7. BIBLIOGRAFÍA	85
ANEXOS	88

LISTA DE GRAFICOS

	pág.
GRAFICO 1. Distribución porcentual según asistencia a hospitales de la red pública en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008	47
GRAFICO 2. Distribución por frecuencias según la edad en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008	48
GRAFICO 3. Distribución por frecuencias según el grado de escolaridad en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008	48
GRAFICO 4. Distribución por frecuencias según el nivel socioeconómico en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008	49
GRAFICO 5. Distribución por frecuencias según la ocupación en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008	49

- GRAFICO 6.** Distribución por frecuencias según el estado civil en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008 50
- GRAFICO 7.** Distribución porcentual según antecedentes de depresión en la familia de puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008 50
- GRAFICO 8.** Distribución porcentual según antecedentes de depresión en la mujer puérpera que asiste a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008 51
- GRAFICO 9.** Distribución porcentual según consumo de sustancias psicoactivas en las mujeres puérpera que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008 51
- GRAFICO 10.** Distribución porcentual tentación de interrumpir la gestación en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008 52
- GRAFICO 11.** Distribución por frecuencias según la gravidez de las puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008 53

- GRAFICO 12.** Distribución por frecuencias según asistencia a controles prenatales (CPN) y número de controles asistidos de puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008 53
- GRAFICO 13.** Distribución porcentual según tipo de parto en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008 54
- GRAFICO 14.** Distribución porcentual según apoyo recibido de la familia en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008 55
- GRAFICO 15.** Distribución porcentual según apoyo recibido del padre en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008 55
- GRAFICO 16.** Distribución porcentual según apoyo recibido de personas distintas a la familia y la pareja en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008 56
- GRAFICO 17.** Distribución porcentual según presencia de enfermedad del recién nacido en hijo de puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008 57

- GRAFICO 18.** Distribución porcentual según respuestas afectivas hacia el recién nacido en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008 57
- GRAFICO 19.** Distribución porcentual según presencia de problemas con la lactancia materna en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008 58

LISTA DE TABLAS

	pág.
TABLA 1. Distribución por frecuencias y porcentajes en relación con la edad y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008	59
TABLA 2. Distribución por frecuencias y porcentajes en relación con el grado de escolaridad y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008	60
TABLA 3. Distribución por frecuencias y porcentajes en relación con el nivel socioeconómico y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008	61
TABLA 4. Distribución por frecuencias y porcentajes en relación con la ocupación y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008	62

TABLA 5. Distribución por frecuencias y porcentajes en relación con el estado civil y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008	63
TABLA 6. Distribución por frecuencias y porcentajes en relación con los antecedentes de depresión en la familia y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008	64
TABLA 7. Distribución por frecuencias y porcentajes en relación con los antecedentes de depresión en la mujer y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008	65
TABLA 8. Distribución por frecuencias y porcentajes en relación a la tentación de interrumpir la gestación y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008	66
TABLA 9. Distribución por frecuencias y porcentajes en relación a la gravidez y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008	67

TABLA 10. Distribución por frecuencias y porcentajes en relación a la asistencia a control prenatal y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008	68
TABLA 11. Distribución por frecuencias y porcentajes en relación al tipo de parto y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008	69
TABLA 12. Distribución por frecuencias y porcentajes en relación al apoyo recibido por el padre y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008	70
TABLA 13. Distribución por frecuencias y porcentajes en relación al apoyo recibido por la familia y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008	71
TABLA 14. Distribución por frecuencias y porcentajes en relación al apoyo recibido por personas diferentes a la familia y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008	72

- TABLA 15.** Distribución por frecuencias y porcentajes en relación a la presencia de enfermedad en el recién nacido y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008 73
- TABLA 16.** Distribución por frecuencias y porcentajes en relación a la respuesta afectiva de la madre hacia su recién nacido y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008 74
- TABLA 17.** Distribución por frecuencias y porcentajes en relación a la presencia de problemas con la lactancia materna y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008 75

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Variables y su nivel de medición	88
ANEXO B. Cuestionario de riesgo psicosocial	98
ANEXO C. Escala de depresión de Edinburgo	101
ANEXO D. Escala de salud general de Golberg	103
ANEXO E. Consentimiento informado	105
ANEXO F. Propuesta	106
ANEXO G. Manual para la detección temprana de depresión posparto	118

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de síntomas depresivos en la población general se estima que oscila entre el 9 y el 20%, y de los pacientes con trastornos mentales, el número de casos diagnosticados por esta afección representa más del 50% de los casos psiquiátricos totales. En relación a la diferencia de sexo el riesgo de sufrir un trastorno depresivo a lo largo de la vida se estima entre el 6 y 10% en el varón y el 12 y 20% en la mujer. En cuanto al efecto discapacitante, la depresión supone la primera causa de discapacidad dentro de los trastornos mentales (¹).

En diversos textos y artículos se ha descrito que los períodos en los que la mujer se muestra más sensible psicológicamente son aquellos en los que se originan cambios en su estado reproductivo como por ejemplo el embarazo y el posparto.

La depresión posparto es una condición seria, no autolimitada y habitualmente subdiagnosticada en centros de atención en salud, pese a que su prevalencia supera la correspondiente a patologías obstétricas como preeclampsia, parto prematuro o diabetes gestacional en países desarrollados (²). Esta situación no sólo se presenta por la inexperiencia por parte del personal sanitario para reconocer y tratar este trastorno, sino por la baja frecuencia con que las mujeres

¹ **ROMERO Hidalgo A.I.** Actualizaciones sobre la depresión. Rev. JANO extra noviembre 2005. N° 1.583. Pág. 26- 30. España

² **MORENO Zaconeta A., DOMINGUES Casulari DA MOTTA L., FRANÇA P.S.** Depresión postparto: Prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del hospital universitario de Brasilia, Brasil. Rev. Chilena ginecología obstetricia2004; 69(3): Pág. 209-213

consultan, debido a que es un tema del que la madre rehúsa hablar, porque lo ve como un fracaso personal, que en últimas instancias conlleva a una disminución de su autoestima.

Además, el mantenimiento y cronificación de los síntomas asociados a depresión posparto dificulta la vinculación afectiva madre-recién nacido. Asimismo los síntomas mentales graves durante el embarazo o el posparto, se asociaron con indicadores de morbimortalidad infantil y materna.

En Colombia se han realizado diferentes estudios en relación a este trastorno presente en el puerperio. Se encontró en un estudio un porcentaje muy alto de mujeres con sintomatología depresiva, entre el 66% y 57%, tanto en el período prenatal como en el posparto respectivamente. Dentro del departamento del Cauca no se encuentra estudios relacionados con la frecuencia de la depresión posparto, ni datos estadísticos de la situación mental de las madres atendidas en las instituciones hospitalarias de la ciudad de Popayán, por tal motivo se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de identificar la frecuencia de depresión posparto y establecer cuáles de las variables ya sea sociodemográficas, psicológicas o psicoafectivas se encuentra estrechamente ligadas a la aparición de sintomatología depresiva en este periodo.

Lo anterior con el propósito de aportar algunos datos estadísticos de la situación de las madres atendidas en las instituciones hospitalarias de la red pública de la ciudad de Popayán y obtener elementos que reorienten la atención en salud y la práctica de enfermería, en pro del bienestar de la mujer y su familia.

RESUMEN

Estudio de tipo descriptivo transversal, que se realizó en el período comprendido entre Abril y Junio del año 2008, para determinar la frecuencia y los factores de riesgo relacionados con la aparición de depresión posparto en las mujeres puérperas internas en los hospitales de la red pública de la ciudad de Popayán.

Se utilizaron para la recolección de la información, diferentes instrumentos; el cuestionario semiestructurado de riesgo psicosocial realizado por los investigadores, la escala de depresión postnatal de Edinburgo (EPDS) y el cuestionario de salud general de Goldberg (GQH). El primero con el fin de determinar las características sociodemográficas, los antecedentes personales, familiares, obstétricos y del parto, así como las circunstancias sociales, familiares y las condiciones de salud del recién nacido y lactancia materna; Los dos últimos con el propósito de establecer la presencia o ausencia de riesgo de depresión posparto (DPP).

Se encontró que la prevalencia de DPP fue del 1,6% y que el 49,2% de las mujeres participantes presentaba riesgo de contraer DPP. Con relación a las variables analizadas, se concluyó que las sociodemográficas se encuentran estrechamente relacionadas con la aparición o el riesgo de contraer depresión posparto (DPP), y las sociales y familiares no inciden de manera positiva o negativa en el riesgo de sufrir este trastorno.

Con los resultados de esta investigación se acordó realizar una socialización con las entidades de salud del municipio que ofertan los servicios de atención a la mujer gestante, a cerca de las formas de prevenir la incidencia de esta patología.

Palabras clave: depresión posparto, factores de riesgo, mujeres puérperas.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

En el siglo IV a. de C., Hipócrates realizó la primera descripción de enfermedades mentales asociadas al posparto. En su reseña consideró que algunas apreciaciones sobre las características clínicas de la manía posparto, asociadas a la lactancia, se trataban de delirium asociado a “sepsis puerperal”, entidad relativamente común en la antigua Grecia ⁽³⁾; por su parte Sorano de Efeso (100 d.C.) la define como una situación de “*frenitis aguda*” entendida como “*enfermedad mental aguda, acompañada por fiebre aguda, movimientos sin sentido de las manos y pulso pequeño y pleno*”. En los siglos XVIII y XIX, la literatura hizo reportes sistemáticos de casos sobre locura puerperal. En el año 1818, Jean Esquirol realizó la primera descripción detallada de 92 casos de psicosis puerperal.

En 1829, Robert Gooch, reportó la psicosis puerperal en su informe “Enfermedades Propias De Las Mujeres”. En 1856, el médico francés Víctor Louis Marcé, en su libro “Traite de la Folie des Femmes Enceintes”, caracteriza de manera sistemática la enfermedad mental durante el posparto. Este médico fue el primero en sugerir que los cambios fisiológicos durante el puerperio influían en el estado de ánimo materno. En 1969, B. Pitt caracterizó un tipo de depresión leve asociada al posparto. El concepto sobre una forma más grave de enfermedad mental no asociada con psicosis fue elaborado en los años setenta, en estudios de población

³ OVIEDO Lugo G.F, JORDÁN Mondragón V. Trastornos afectivos posparto. Universitas Médica 2006 Vol. 47 N° 2. Pág.131-140. Bogotá, Colombia

fundamentados en entrevistas estructuradas y en criterios diagnósticos estandarizados. En este estudio se registraron altas tasas de participación de diversas formas de depresión entre las mujeres durante los primeros seis meses después del parto.

Sin embargo, no es sino hasta el siglo XIX cuando aparece la sintomatología definida con criterios científicos. Clásicamente se describe de la siguiente forma (⁴):

- Rápidos cambios en el nivel de conciencia, perplejidad, desorientación con ocasionales intervalos lúcidos.
- Un trastorno psicomotor que varía desde la agitación, a una severa lentitud y estupor, con la correspondiente variación de la comunicación verbal, desde rápidas y ruidosas asociaciones hasta mutismo.
- Disturbios afectivos con ansiedad, algunas veces alternando con felicidad extásica o disturbios de la afectividad más estables, tales como la depresión y la manía.
- Alucinaciones y pseudoalucinaciones, además de falsas identificaciones e ilusiones.
- Delirios con un típico contenido en relación con la maternidad.
- Fluctuación de todo el cuadro en el tiempo; el así llamado cuadro caleidoscópico.

⁴ **GÓMEZ Alcalde M.S**, Patología Psiquiátrica En El Puerperio. Psicosis Puerperal. Rev. NeuroPsiquiatría 2002.

A partir del momento en el que el cuadro clínico queda más o menos definido como entidad médica se presentan dos líneas etiopatogénicas muy diferentes. Para unos es un cuadro con unas características psíquicas especiales que lo convierten por lo tanto en una entidad diagnóstica y para otros se debe estudiar dentro de los grandes cuadros psiquiátricos, ya que no se puede considerar independiente de los mismos.

Esta discrepancia teórica persiste en la actualidad, pues mientras unos autores mantienen la existencia del cuadro con independencia del resto de nosología psiquiátrica, para otros muchos, la mayoría hoy en día, no se puede diferenciar de una psicosis maníaco-depresiva, si bien es cierto que por el peculiar momento en que se presenta, su sintomatología es característica; este último punto es el que permite su estudio de forma independiente

1.2 SITUACIÓN ACTUAL DE LA DEPRESION POSPARTO

Hoy por hoy la depresión es considerada como un problema de salud pública, se encuentra entre uno de los trastornos mentales más comunes en la población general. El estudio Global Burden of Disease (Carga de Enfermedad en el Mundo) por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y la Universidad de Harvard puso de manifiesto la relevancia de las enfermedades neuropsiquiátricas, al considerar la mortalidad y la discapacidad que ocasionan en las personas afectadas.

La prevalencia de síntomas depresivos en la población general se estima que oscila entre el 9 y el 20%. Y de los pacientes psiquiátricos, el número de casos

diagnosticados por esta afección representa más del 50% de los casos psiquiátricos totales.

En cuanto a la diferencia de sexo el riesgo de sufrir un trastorno depresivo a lo largo de la vida se estima entre el 6 y 10% en el varón y el 12-20% en la mujer. En cuanto al efecto discapacitante, la depresión supone la primera causa de discapacidad dentro de los trastornos mentales.

Según el Medical Outcome Study, el impacto adverso global de la depresión para los individuos que la padecen es mayor que otras enfermedades orgánicas, medido respecto a su funcionamiento social, familiar, baja laboral, etc. Desde el punto de vista económico, se trata de un impacto económico creciente que incluye tanto los costos directos (tratamientos) como los indirectos (pérdida de productividad, incapacidad, etc.)

La OMS por su parte, afirmó que las mujeres tienen entre dos y tres veces más probabilidades que los hombres de padecer depresión y ansiedad (⁵). En diversos textos y artículos se ha descrito que los períodos en los que la mujer se muestra más sensible psicológicamente son aquellos en los que se originan cambios en su estado reproductivo. Son etapas en las que se produce una elevación o una caída rápida de esteroides ováricos: como por ejemplo, las fases premenstruales, el primer trimestre del embarazo, el posparto y la menopausia. Estas fluctuaciones son fisiológicas y es muy probable que la susceptibilidad a éstas obedezca a factores genéticos y ambientales.

⁵ **OMS.** Informe Sobre La Salud Mental 2005. Capitulo 4. Recuadro 4.2. La Depresión Materna Afecta Las Madres Y Los Niños.

Son períodos marcados por cambios hormonales en los que también se modifican, en parte, las conductas psicosociales, medioambientales y ciertos factores psicológicos (⁶).

Se han realizado diversos estudios a cerca de la prevalencia e incidencia de la depresión posparto, algunos de ellos hacen énfasis en la calidad de vida de las mujeres que desarrollan depresión posparto y otros se enfocan en la recolección de información para establecer los factores que influyen en la presentación de este fenómeno. Cabe resaltar que en Colombia se han realizado algunos estudios a cerca de la prevalencia de depresión en puérperas pero, en el departamento del Cauca no se encuentra estudios relacionados a la frecuencia con la que aparece la depresión posparto, ni datos estadísticos de la situación mental de las madres atendidas en las instituciones hospitalarias de la ciudad de Popayán.

1. 3. DEPRESIÓN POSPARTO

El puerperio es uno de los períodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. Cerca de 85% de las mujeres presentan algún tipo de alteración del estado de ánimo durante el posparto. Algunas mujeres experimentan síntomas transitorios y leves. Sin embargo, entre 8 y 25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo, permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos.

⁶ GOMEA- Ayala A.E. Depresión En El Embarazo Y El Posparto. Rev. OFFARM 2007; Vol. 26 núm.1; 46-53.

Según la cuarta edición revisada del Manual de diagnóstico y estadísticas de los trastornos mentales (DSM-IV), la depresión posparto se aplica a los trastornos del estado de ánimo que se manifiestan durante las cuatro semanas posteriores al parto, este período se corresponde con rápidos cambios hormonales, postulando la idea que estos contribuyen a la vulnerabilidad y a la depresión en la mujer. Esta definición delimita el tiempo posparto a cuatro semanas, debido a que en este periodo son más evidentes los cambios hormonales y fisiológicos propios del posparto.

Sin embargo, muchos investigadores usan una definición operativa del período en cuestión hasta 6 meses luego del parto, teniendo en cuenta la identificación de ciertos factores psicosociales como desencadenantes de la depresión puerperal (⁷).

Estos trastornos del estado de ánimo en el posparto tienen considerables repercusiones tanto para la mujer, como para los hijos, las relaciones conyugales y la familia en general (⁸). La presencia de síntomas mentales graves durante el embarazo y/o el posparto es importante por su morbi-mortalidad, sus consecuencias y sus posibles complicaciones, lo que ha llevado a que en los últimos años se haya intentado optimizar el diagnóstico y proveer tratamientos tempranos y eficientes para estos. Sin embargo, se considera que a pesar de estas estrategias, patologías como la depresión posparto (DPP) son aún subdiagnosticadas y consecuentemente subtratadas.

⁷ **OREJARENA Serrano, S.J.** Trastornos afectivos posparto. Bucaramanga, Colombia, MED UNAB Vol. 7 Número 20 - Agosto De 2004.

⁸ **CARRO García J. M. SIERRA Manzano M. J. HERNÁNDEZ Gómez, E. LADRÓN Moreno, E. BARRIO A.** Trastornos del estado de ánimo en el posparto. Univ Méd Bogotá Colombia 2006; 47(2) : 131-140

1. 3.1 Factores etiopatogénicos

No se conocen con certeza los desencadenantes de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio, pero se han descrito diversos factores relacionados con su presentación.

- **Teorías bioquímicas:** Se han investigado distintas teorías, entre ellas la existencia de:
 - Un fenómeno de retirada por el rápido descenso de las hormonas sexuales asociado a la modificación del cortisol plasmático. Una especial susceptibilidad de ciertas mujeres a estos cambios podría ser responsable del problema.
 - Una disminución del nivel de triptófano libre en suero. La disponibilidad del triptófano circulante es el factor principal que regula la actividad de la enzima que constituye el paso limitante en la síntesis de serotonina, cuyo descenso juega un papel predominante como desencadenante de la depresión. Sin embargo, la administración de triptófano en el embarazo no la previene, con lo que parece existir algún otro mecanismo de modulación en la síntesis de los neurotransmisores.
 - Alteración de la función tiroidea, ya que los síntomas imitan un hipotiroidismo. Además, existe una mayor incidencia de tiroiditis autoinmune en el periodo puerperal

- **Antecedentes psiquiátricos previos:** Aunque en un 50% de los casos constituye el primer episodio de un trastorno depresivo, se ha relacionado su aparición con la presencia de antecedentes personales y/o familiares de

depresión, estudios prospectivos y retrospectivos señalan que una historia de depresión previa aumenta la incidencia un 10%-24%. Si la depresión ocurre durante el embarazo el riesgo es más alto (35%); si existen antecedentes de depresión posparto, el riesgo de recurrencia se dispara hasta el 50%.

- **Factores psicológicos:** El embarazo y el parto precisan la adaptación de la mujer a una serie de cambios que ocurren no sólo en su cuerpo y en su mente sino con su pareja y con el resto de las relaciones interpersonales. El modelo de madre ideal, abnegada, sacrificada y entregada a su hijo, provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer. El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un hermanito, indican problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el embarazo y después de éste, al igual que tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo que pueden condicionar secuelas.
- **Factores psicosociales:** La percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos, ya sea en la realización de tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, ya sea por parte de familiares o de su pareja, supone un incremento en el riesgo de estos trastornos. La existencia de otros acontecimientos como el cambio de domicilio, la pérdida del puesto de trabajo, la no disponibilidad del periodo de baja maternal, el fallecimiento de un familiar o los conflictos con la pareja constituyen factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno.

- **Factores sociodemográficos:** La edad temprana o tardía de la madre, el estado civil, el nivel de estudios, la situación económica, y la situación laboral de ambos cónyuges son otras variables que se han estudiado en relación a este problema.
- **Factores de morbilidad:** La morbilidad materna, que incluye la existencia de problemas de fertilidad en la pareja, embarazo múltiple, abortos previos, complicaciones durante el embarazo y el parto y la coexistencia de enfermedades crónicas en la madre, al igual que la presencia de enfermedades en el recién nacido; Se han estudiado como factores asociados a la aparición de depresión posparto.

1.3.2 Clasificación de la depresión posparto:

Existen tres tipos de cuadros clínicos presentes en el posparto, relacionados con depresión, estos son: Depresión posparto leve o *baby blues*, depresión mayor posparto y psicosis posparto.

1.3.2.1 “Baby Blues” o síndrome del tercer día

Es este el nombre con el que actualmente se conocen los síntomas transitorios, depresivos y ansiosos, que presentan alrededor del 70 al 85 por ciento de las mujeres durante el posparto.

El término “blues” es debido al nombre adaptado por los afro-americanos a un tipo de música triste que produce nostalgia y refleja recuerdos y costumbres del pasado de los músicos. Los síntomas consisten en labilidad afectiva, irritabilidad, ansiedad y tristeza, pero no son lo suficientemente intensos para producir un deterioro significativo en la mujer que los padece, ni es necesario implementar un tratamiento específico para este. El pico de estos síntomas ocurre generalmente entre el tercero y el quinto día posparto y su duración generalmente es corta, pero puede durar varios días, e incluso, semanas.

La proclividad para realizar estos síntomas no está relacionada con la historia personal psiquiátrica, los estresores ambientales, la lactancia o la paridad; Sin embargo, estos factores pueden influir en el inicio de una depresión posparto posterior a un periodo de baby blues, situación que ocurre hasta en el 20 por ciento de los casos.

Hay dos hipótesis principales que intentan explicar este fenómeno:

- La primera es la que relaciona la supresión hormonal abrupta.
- La segunda se relaciona con la activación del sistema biológico mamífero que relaciona la madre y su hijo y que está regulado por la oxitocina. Este mecanismo en situaciones normales produce una mejor relación entre la madre y su hijo; sin embargo, ante la presencia de tensión emocional y pobre apoyo ambiental puede relacionarse con los síntomas depresivos y ansiosos, en especial en mujeres más sensibles al estrés psicosocial.

1.3.2.2 Depresión posparto sin psicosis

Se estima que este trastorno se presenta en 8 al 15% de las mujeres en el período de posparto; Este síndrome dura más tiempo que el baby blues (mas de dos semanas) y tiene un mayor impacto en la familia. Se ha calculado que, en países como Estados Unidos, una de cada ocho mujeres presenta en su posparto tal patología. Esto significa que del total de mujeres en posparto, aproximadamente, un millón de mujeres por año presenta este tipo de depresión.

Los síntomas depresivos graves que se manifiestan de manera temprana (dos o tres días) sugieren el inicio de una depresión posparto. Estos síntomas incluyen anhedonia, ideas de minusvalía y culpa, llanto fácil, fatiga, insomnio o hipersomnias, dificultad para concentrarse e incapacidad para realizar las tareas maternas. Las mujeres con depresión posparto sin psicosis pueden tener ideación suicida e ideas obsesivas comúnmente relacionadas con la posibilidad de hacerle daño al lactante.

Se ha observado que la incidencia de depresión posparto presenta variaciones en función de la cultura. Es así que, en países y en situaciones en las cuales se provee de apoyo psicosocial durante el embarazo, el parto y el posparto, la incidencia de este trastorno es baja.

Entre los factores de riesgo y predicción que explican la aparición de la depresión posparto sin psicosis, se encuentran los siguientes:

- Eventos estresantes previos al embarazo
- Historia de trastorno depresivo mayor o de trastorno disfórico premenstrual

- Historia familiar de trastornos del estado de ánimo
- Embarazo no deseado, historia de amenaza de aborto, parto pretérmino y parto por cesárea
- El ser madre soltera o la disfunción de pareja
- Baja autoestima materna
- Bajo nivel socioeconómico
- Imposibilidad de lactar o el cese temprano de la lactancia.
- Los embarazos no deseados o no planeados

Además de la influencia de los factores ya mencionados, el inicio de los síntomas durante el embarazo, el temperamento del recién nacido, el bajo nivel educativo de la madre y anomalías o enfermedades del hijo o de la madre, se han relacionado con la presencia de síntomas depresivos persistentes después de seis meses de posparto. Esta situación ocurre hasta en el 50% de los casos.

Desde el punto de vista biológico, es posible que se presente una excesiva fatigabilidad, piel seca, intolerancia al frío y caída reciente del pelo. Sin embargo, debe descartarse el hipotiroidismo, el cual se presenta en 5 a 10% de las mujeres en el primer año posparto.

En cuanto a la causa de la depresión posparto sin psicosis, las teorías más acertadas hasta el momento son las que se relacionan con los cambios hormonales y las susceptibilidades específicas durante este período.

1.3.2.3 Depresión posparto con psicosis o psicosis posparto:

Se encuentra presente en 1 de cada 1.000 mujeres. Generalmente, los síntomas inician entre las 4 semanas posparto, con una correlación con los trastornos bipolares de 70 a 80% y una tasa de recurrencia de 30 a 50. Entre sus características clínicas, se encuentran: Labilidad afectiva, alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, lenguaje desorganizado, desorientación, confusión, delirios y trastornos de sueño.

Las ideas delirantes generalmente tienen relación con el bebé e incluyen aspectos sobre malformaciones de éste, así como contenido místico-religioso. Confrontando este cuadro con la depresión posparto sin psicosis hay una mayor probabilidad de presentar ideas de agredir a su hijo y más riesgo de que este pensamiento se lleve a cabo, acusándosele a esta patología estar presente en casi 2/3 del total de los filicidios.

Se han realizado diferentes estudios tratando de establecer la etiología de este fenómeno y se ha encontrado entonces que las mujeres con alto riesgo de depresión tienen una respuesta aumentada de la hormona de crecimiento y suprimen la producción de melatonina. Esto se puede explicar debido a que la hormona del crecimiento se puede usar para medir la respuesta de las neuronas hipotalámicas o de otras áreas cerebrales, sensibles a la dopamina durante la supresión de estrógenos del posparto y la melatonina actúa como un antipsicótico endógeno bloqueando la liberación límbica presináptica de dopamina y su supresión durante este periodo puede relacionarse con la presencia de los síntomas, por aumento de la actividad dopaminérgica.

Cabe agregar que si este episodio se trata adecuadamente y con éxito no se relaciona con un aumento del riesgo de psicopatología en el recién nacido, pero sí se ha evidenciado una alta probabilidad de que las mujeres con depresión posparto con psicosis presenten nuevos episodios, en especial si no reciben tratamiento de mantenimiento.

Los factores de riesgo más importantes para padecer este trastorno son: la historia de psicosis posparto previa, el trastorno afectivo bipolar y la historia familiar de psicosis posparto.

3.3 Diagnóstico de depresión posparto

La detección precoz de estos trastornos es difícil, que muchas pacientes pasan desapercibidas, ya que en función de las expectativas sociales deben estar contentas y llenas de satisfacción tras el acontecimiento y pueden mostrarse recelosas de revelar sus sentimientos.

Dificulta aún más el diagnóstico el hecho de que el período posparto está asociado a cambios psicológicos y complicaciones somáticas que pueden remedar un cuadro depresivo.

Para empezar es imprescindible establecer unas líneas generales de actuación, que incluyan:

- Historia clínica completa junto con un examen físico y analítico: La fatiga y astenia pueden ser debidas a la excesiva pérdida de sangre durante el parto, a la disminución del sueño y a la adaptación a las necesidades del recién nacido.

- La pérdida de iniciativa y los cambios de humor pueden deberse al hipotiroidismo, generalmente transitorio, que ocurre en el 4-7% de las pacientes entre el cuarto y sexto mes posparto.
- Identificación de los grupos de riesgo: sería aconsejable profundizar en las características pre y postnatales que pudieran predecir una mayor probabilidad de desarrollar esta patología.
- Información-Educación: Existe una escasa documentación de este problema entre el personal sanitario; sería necesario para una detección precoz ofrecerles una información adecuada, junto con la creación de grupos de apoyo a las madres embarazadas, que hicieran participar también a los padres, en los que se tratasen los síntomas de la depresión y los posibles sentimientos de ansiedad, miedo o inseguridad que pueden aparecer tras el parto.
- Relación profesional -paciente: El profesional de Atención Primaria debería atender a las quejas somáticas inespecíficas de la mujer y ser capaz de distinguir lo que es debido a la adaptación al cambio y lo que puede considerarse un cuadro depresivo.

Se han usado distintos métodos para evaluar la depresión posparto, entre ellos las escalas de evaluación y diagnóstico de depresión y ansiedad; las de más fácil y frecuente utilización, en función de su fiabilidad, especificidad y eficiencia, y que no exigen un entrenamiento especial para su aplicación e interpretación, son las siguientes (⁹):

⁹ **GEORGIPOULOS A, BRYAN T, YAWN B, HOUSTON M, RUMMANS T, THERNEAU T.**
Population-based screening for postpartum depression. Rev.Obstet Gynecol 1999; 93: 653-7.

TEST DIAGNÓSTICOS Y DE EVALUACION USADOS EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO
The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).
Semi-structured clinical interview (SADS).
Scale and Goldberg's Standardised Psychiatric Interview.
The Bromley postnatal depression scale (detecta episodios depresivos en el posparto o previos).
The Zerssen self-rating scale (Para el diagnóstico de la depresión posparto leve)
Zung Scale.
The Psychiatric Assessment Schedule.
Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS).).
Escala de Depresión de Montgomery Asberg (MADRS
Escala Geriátrica abreviada de la Depresión de Yesavage.
Inventario de Depresión de Beck (BDI

Teniendo en cuenta que el profesional de atención primaria dispone de un tiempo limitado en la consulta, y que la prevalencia del trastorno depresivo es alta, además, de la existencia de presentaciones atípicas de los trastornos depresivos; se entiende que más del 50% de los casos queden sin diagnosticar y sin tratamiento correcto. Por tanto se hace necesario conocer y disponer de escalas breves y de fácil aplicación y manejo, que permitan la detección, evaluación y seguimiento de esta patología. Es de resaltar que en este estudio se busca como única medida la detección de factores de riesgo relacionados con la presencia de trastorno depresivo en la mujer puérpera.

Hay que tener presente que para una correcta aplicación de estos instrumentos es importante considerar una serie de directrices básicas que van desde la estimación de la utilidad potencial de dichas escalas en cuanto a la evaluación que

se pretende efectuar, a los aspectos relacionados con el sesgo de los cuestionarios y la interpretación adecuada de los resultados obtenidos.

A continuación se describirá detalladamente los instrumentos, test diagnósticos o escalas utilizadas en este proyecto de investigación y al final del documento se anexa la copia de los instrumentos originales.

3.3.1 Escala de depresión postnatal de Edinburgo (EPDS):

Es una escala de autoreporte bien validada a nivel mundial, para evaluar la intensidad del humor depresivo durante los primeros 7 días posparto. Las preguntas incluyen: humor, ansiedad, culpa e idea de suicidio. Algunos estudios refieren que este cuestionario tiene una sensibilidad de 86% y un valor predictivo positivo de 73% para identificar mujeres con depresión posparto (¹⁰).

La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste en diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no

¹⁰ **GEORGIPOULOS A, BRYAN T, YAWN B, HOUSTON M, RUMMANS T, THERNEAU T.** Population-based screening for postpartum depression. Rev. Obstet Gynecol 1999; 93: 653-7.

se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0).

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10 muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

3.3.2 General Health Questionnaire o Cuestionario de salud general de Goldberg (GQH)

Es un cuestionario para evaluar la salud autopercebida, es decir la valoración que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. Ha sido utilizado en diversos grupos de pacientes, para evaluar la prevalencia de disturbios psicológicos en población hospitalaria.

El General Health Questionnaire es una técnica elaborada por este autor, en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, en la década del 70, con el fin de evaluar el grado de salud general. El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas. Posteriormente se han elaborado versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems respectivamente que han mostrado igual utilidad según diferentes estudios de validación efectuados.

Este cuestionario fue elaborado por Goldberg con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental y no el estado de salud general que tendría que incluir el autorreporte de sintomatología física.

Esta escala en cualquiera de sus versiones (60, 30, 28 ó 12 ítems), consta de proposiciones que deben ser respondidas escogiendo una de las posibles opciones, planteadas al sujeto. Cuando el ítem está formulado de manera que expresa un síntoma, la respuesta "menos que de costumbre" toma el valor 0 y la respuesta "mucho más que de costumbre", toma el valor 3. Pero si el ítem está redactado de manera positiva, los valores para calificar cada categoría se invierten.

Así se obtiene un estimado del grado de severidad de la ausencia de salud mental, cuyo puntaje total es la sumatoria de los valores obtenidos en cada uno de los ítems. Para la calificación del GHQ existe otro método, que es el método original de Goldberg y consiste en asignar un 0 a las 2 primeras respuestas de cada enunciado y un 1 a las 2 últimas. De esta manera el autor obtenía un puntaje total, que era indicativo de disturbios mentales más severos, mientras mayor fuese su valor. En esta forma de calificación se establece un punto de corte por encima del cual se consideran "casos", o personas con disturbios psiquiátricos, y por debajo del cual se consideran "no casos", o personas sanas.

Así vemos con frecuencia en la literatura que los autores establecen los puntos de corte de sus muestras de estudio, al contrastar los resultados del GHQ con los obtenidos en otras pruebas, generalmente escalas de depresión, de ansiedad o ambas. En la versión de 12 ítems, casi siempre este punto se reporta en 3/4 ó 4/5 ó 5/6.

En la actualidad el método más utilizado es el método Likert, con valores de 0 a 3 en las categorías de respuesta. Según este método el valor máximo que se puede obtener en la escala es de 36 puntos y el mínimo de cero puntos. El puntaje total se obtiene por sumatoria simple de las calificaciones en cada uno de los ítems.

El GHQ es un cuestionario para evaluar salud autopercebida, o sea la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. Así los ítems 3, 4, 5, 9 y 12 comienzan preguntando "se ha sentido..." y el 7 "ha sido capaz de disfrutar...". También este cuestionario pretende la evaluación de algunas de sus funciones intelectuales y fisiológicas, como es el caso de los ítems 1 y 2 y la autovaloración del individuo en el establecimiento y alcance de sus metas y propósitos en la vida (ítems 10 y 11) y del enfrentamiento a las dificultades (ítems 6 y 8). Este cuestionario ha sido considerado por algunos autores como instrumento para evaluar bienestar psicológico, pero el nombre "Cuestionario de Salud General o de Salud Mental", es la denominación universalmente aceptada. En realidad el bienestar psicológico es un determinante de la salud y a la vez un componente de ella, pero no son categorías sinónimas. En la literatura revisada se han encontrado

autores que emplean el GHQ como indicador de otras categorías tales como "dimensión psicológica de la calidad de vida en el ámbito de salud". (11)

3.4 Tratamiento recomendado en la depresión posparto

Entre los tratamientos se encuentran la psicoterapia cognitiva-comportamental, la interpersonal y la psicoterapia de pareja, en casos de trastornos no psicóticos. En los casos en que la relación madre-hijo se note marcadamente alterada, las técnicas conductuales, como el entrenamiento de los padres, pueden mejorar la interacción y la hospitalización solo está indicada en alto riesgo suicida o alto riesgo de infanticidio.

3.5 Pronostico

El pronóstico a corto plazo es generalmente bueno, pero el riesgo de recurrencia de trastornos mentales, en o fuera del contexto puerperal, es elevado. Para algunos autores, a menos que se produzca un nuevo embarazo, la posibilidad de que la mujer permanezca asintomática se incrementa a un 75%, mientras que la sintomatología se repetirá con características similares en otro embarazo en el 50% de las ocasiones, pudiendo aumentar hasta el 75%.

En algunas ocasiones en las que la sintomatología es especialmente grave puede ser preciso, por seguridad de la madre e incluso la del hijo, proceder a la hospitalización en una unidad psiquiátrica. Cuando no se ha instaurado tratamiento o este es ineficaz una de las graves consecuencias que se pueden

¹¹ **GARCÍA Viniegras C.** Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg, adaptación cubana. Rev. Cubana Medicina General Integral 1999; Vol. 15(1):88-97.

derivar tanto de las situaciones de depresión como de las de psicosis es el maltrato infantil.

En un porcentaje bastante elevado de casos en los que se produce una psicosis puerperal se seguirá de alteraciones psiquiátricas similares en momentos posteriores y ya no relacionados con el puerperio. En algunos casos la sintomatología que aparece posteriormente es de tipo obsesivo-compulsivo y se describe en ocasiones trastorno de pánico (¹²)

Debe igualmente tenerse en cuenta el hecho de que la patología afectiva puerperal pone a la madre en riesgo de presentar depresión recurrente y se ha asociado también con significativos efectos a largo plazo en el desarrollo y comportamiento del bebé. Para evitar estas alteraciones tanto en la madre como en el hijo es preciso el reconocimiento y tratamiento precoz de la sintomatología

A menudo la depresión posparto no se diagnostica y, por lo tanto, no se trata. Asimismo, el tratamiento de los casos diagnosticados plantea numerosos dilemas para el profesional de atención primaria (¹³)

La evidencia clínica demuestra que, por un lado, existen estrechas relaciones entre la variabilidad hormonal fisiológica, los cambios anímicos normales, las alteraciones hormonales, que en muchas ocasiones son factores etiológicos

¹² **PEDERSEN C, A.** Postpartum mood and anxiety disorders: a guide for the nonpsychiatric clinician with an aside on thyroid associations with postpartum mood. *Thyroid* 1999; 9:691-7

¹³ **ORTIZ Collado M. A, VALLS J.** La depresión postnatal, un problema de salud justificado con ayuda de una meta análisis: investigar para argumentar mejor. 2º Premio de investigación de la ANESM. Trabajo premiado con el 1er Accésit.

principales y, en otras, requieren complementaciones o correcciones para una adecuada recuperación anímica. Por otro lado, esta variabilidad depende de factores psíquicos, las condiciones afectivas y sociales de la madre experimentadas durante el embarazo y el mismo parto, y sus antecedentes depresivos. De hecho, las madres solteras muy jóvenes, sin apoyo familiar, con antecedentes depresivos en su familia y en condiciones sociales y económicas precarias, deben ser objeto de atención especial durante el embarazo y el posparto, dado que constituyen población en alto riesgo.

En consecuencia, la provisión de apoyo posparto intensivo y remisión adecuada por parte de profesionales de atención primaria capacitados para la identificación de síntomas y el tipo de tratamiento de estas patologías pueden prevenir episodios más graves y largos, y disminuir el sufrimiento de la madre y el hijo, y también los índices de suicidio y filicidio. De ahí la importancia y la necesidad de identificar de manera temprana los casos para evitar alteraciones afectivas posparto mas delicadas mediante un diagnóstico que responda a un tratamiento acertado.

2. METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo descriptivo transversal, que se realizó en el período comprendido entre abril y junio del año 2008, para determinar el riesgo de depresión posparto en las puérperas de la ciudad de Popayán.

2.2 POBLACIÓN SUJETO DE ESTUDIO (UNIVERSO Y MUESTRA)

- **Universo:** Todas las mujeres puérperas que asistieron a los servicios gineco-obstétricos de los hospitales de la red pública de la ciudad de Popayán (Hospital Universitario San José, Hospital Susana López De Valencia y Hospital Del Norte) durante las 2 últimas semanas del mes de abril y las 2 primeras semanas de mayo del año 2008.
- **Muestra:** Por conveniencia, mujeres con domicilio en el municipio de Popayán
- **Tamaño de la muestra:** 61 mujeres puérperas

2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Haber resuelto su parto antes de la entrevista.
- Mujeres puérperas residentes del área urbana de la ciudad de Popayán
- Mujeres puérperas que no presentaran signos evidentes de déficit cognoscitivo que les impedía responder el cuestionario.
- Mujeres puérperas sin un diagnóstico previo de duelo o factor orgánico

- Mujeres puérperas que respondiesen completamente los 3 cuestionarios del estudio, en el tiempo estipulado.

2.4 DESCRIPCIÓN Y MEDICIÓN DE VARIABLES

Se analizaron variables de tipo cuantitativo:

- **Variables sociodemográficas:** Nombre y apellidos completos, barrio y dirección del entrevistado, centro de atención en salud, historia clínica, edad, procedencia, escolaridad, estrato socioeconómico, ocupación, estado civil, régimen de salud y número de hijos.
- **Antecedentes personales y familiares:** Antecedentes de depresión en la familia, antecedentes de depresión en la mujer y consumo de sustancias psicoactivas.
- **Antecedentes obstétricos y del parto:** Tentación de interrumpir la gestación y causa, antecedentes personales (gravidez, partos, abortos, cesáreas, mortinato y gemelares) control prenatal (asistencia a control prenatal y número de controles prenatales a los que asistió) tipo de parto, preferencia por el sexo del bebe y sexo del recién nacido.
- **Circunstancias sociales y familiares:** Apoyo del padre, apoyo de la flia y apoyo disponible de personas distintas a la pareja o a la flia.
- **Condiciones de salud del recién nacido y lactancia materna:** Presencia de enfermedad en el neonato, respuestas afectivas de la madre, hacia su recién nacido y problemas con la lactancia materna.

2.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información se hizo por medio de los siguientes cuestionarios:

- Cuestionario semiestructurado de riesgo psicosocial.
- Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)
- Cuestionario de Salud General de Goldberg (GQH)

2.6 PRUEBA DE INSTRUMENTOS:

- El cuestionario de riesgo psicosocial fue realizado por los co-investigadores con base en otros instrumentos de distintos estudios nacionales e internacionales realizados con poblaciones similares.
- La prueba piloto se realizó con 7 mujeres remitidas a los centros asistenciales, pertenecientes a diferentes zonas del área rural de la ciudad (10% de la muestra), con lo cual se ajustó.
- La revisión de expertos fue realizada por el Dr. José Luis Diago

2.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión, se comenzó con la recolección de la información, dada en 2 etapas:

- **Etapas:**
 - **Etapas 1:** Periodo comprendido entre el 21 abril y el 10 mayo
 - Identificación de la puérpera en el centro de atención correspondiente.

- Aceptación de las condiciones del estudio.
- Aplicación del cuestionario semiestructurado y el cuestionario de depresión Edinburgo.

- **Etapa 2:** : Periodo comprendido entre el 21 mayo y el 10 junio
 - Cuatro semanas después de haber sido empleados los otros cuestionarios, se realizó una visita domiciliaria a cada puérpera con el fin de valorar su estado de salud general y aplicar el Cuestionario de Salud General de Goldberg. Con este último cuestionario se dio por culminada la recolección de la información y se procedió a su análisis.

2.8 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se elaboró una base datos en el programa SPSS 1.4, con el cual se analizó la información mediante el cálculo de frecuencias, porcentajes y medida de tendencia central.

Los resultados se presentaron en tablas, graficas y se hace descripción de lo relevante.

2.9 ASPECTOS ÉTICOS

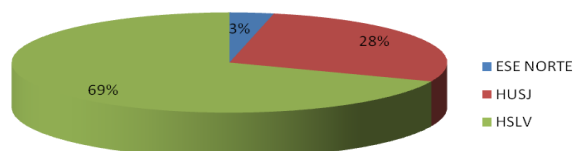
Se le explicó y garantizó a cada mujer participante en el estudio que no existirán riesgos ni de tipo físico, social o legal. Se especificó que la atención en salud que recibirían sería igual si ellas decidían retirarse del estudio en cualquier momento y que las respuestas suministradas por las participantes serian confidenciales y solo

conocidas por los investigadores, además que los datos obtenidos no se reportaran como datos individuales sino que harán parte de una base de datos, cuyo fin es observar y determinar el estado de salud de la mujer durante el periodo de posparto.

3. RESULTADOS

De las 3 instituciones participantes, el Hospital Susana López de Valencia, aportó el mayor número de mujeres puérperas a la investigación (42; 69 %) esto se explica porque en la actualidad es este centro de atención es quien recibe en su mayoría a las mujeres grávidas y sin complicaciones de la zona urbana o rural; cabe resaltar que la muestra del hospital del norte es de menor magnitud (2; 3%) debido a que la mayoría de las mujeres que allí acuden proviene de la zona rural de la ciudad.(Ver figura 1)

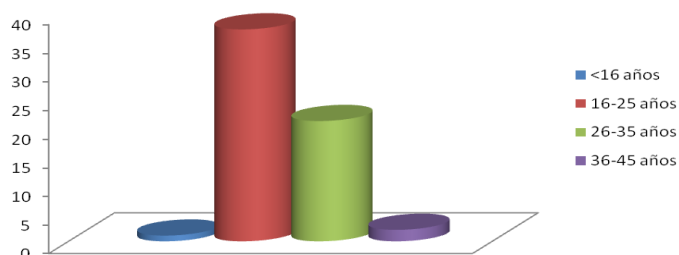
GRAFICO 1. Distribución porcentual según asistencia de puérperas a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008



FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

Según la distribución por edades se encontró que la gran mayoría de mujeres entrevistadas pertenecían al grupo etéreo de 16 y 25 años (37; 60,7%) seguido de las mujeres entre 26 y 35 años (21; 34,4%), un pequeño número de mujeres era menor de 16 años o mayor de 36. (Ver figura 2)

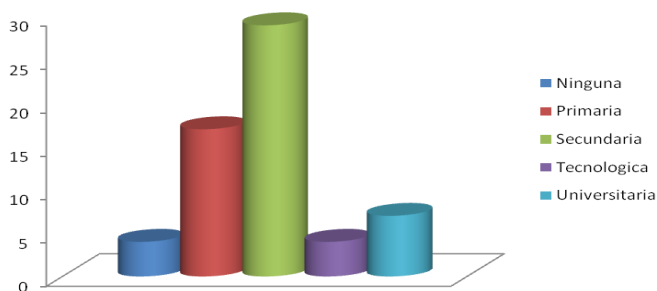
GRAFICO 2. Distribución por frecuencias según la edad en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008



FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

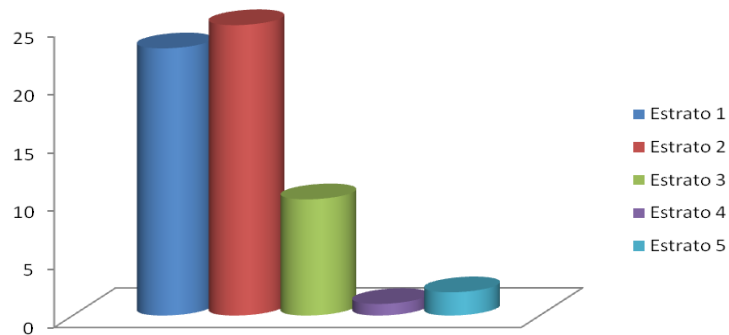
Con relación al grado de escolaridad y el nivel socioeconómico se observó que la mayoría de las mujeres tienen bajo nivel de estudios y pertenecían a estratos socioeconómicos bajos. Lo anterior se explica según los siguientes datos aportados grado de escolaridad primaria (17; 27,9%) y secundaria (29; 47,5%) y estrato 1 (23; 37,7%) y 2 (25; 41%). (Ver figura 3 y 4)

GRAFICO 3. Distribución por frecuencias según el grado de escolaridad en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008



FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

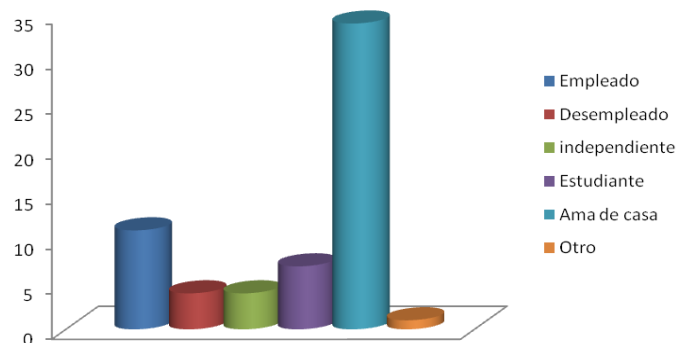
GRAFICO 4. Distribución por frecuencias según el nivel socioeconómico en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008



FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

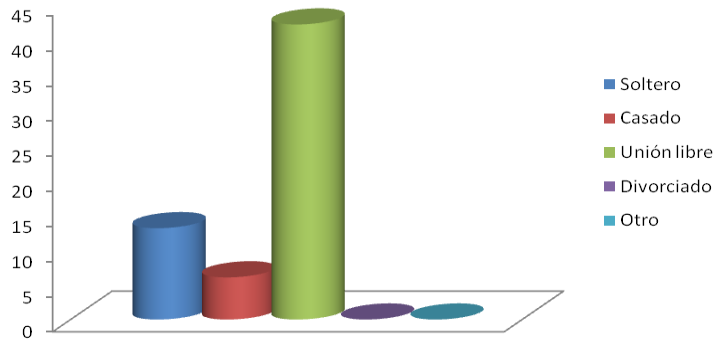
La distribución según ocupación y estado civil de las participantes, mostró que en su gran mayoría las mujeres se dedicaban a ser amas de casa (34; 55,7%) y viven en unión libre con sus parejas (42; 68,9%). (Ver figura 5 y 6)

GRAFICO 5. Distribución por frecuencias según la ocupación en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008



FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

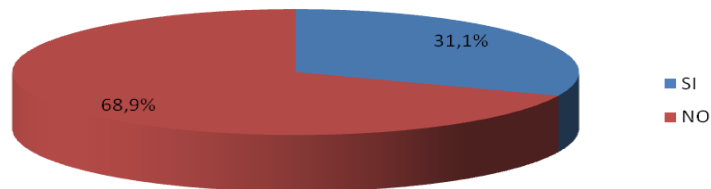
GRAFICO 6. Distribución por frecuencias según el estado civil en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008



FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

La distribución según los antecedentes de depresión en la familia y la mujer mostraron que la mayoría de mujeres no presentaron antecedentes de depresión personal (42; 68,9%) (Ver figura 7) o en la familia (45; 73,8%) (Ver figura 8).

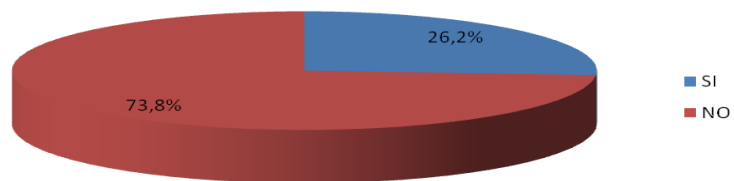
GRAFICO 7. Distribución porcentual según antecedentes de depresión en la mujer puérpera que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008



FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

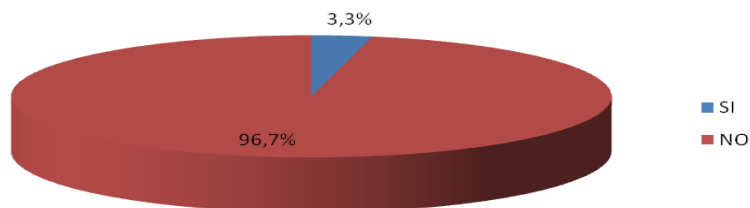
En relación al consumo de sustancias psicoactivas una mínima parte de la muestra manifestó haber consumido alguna sustancia durante de periodo de embarazo (2; 3,3%). (Ver figura 9).

GRAFICO 8. Distribución porcentual según antecedentes de depresión en la familia de puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008



FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

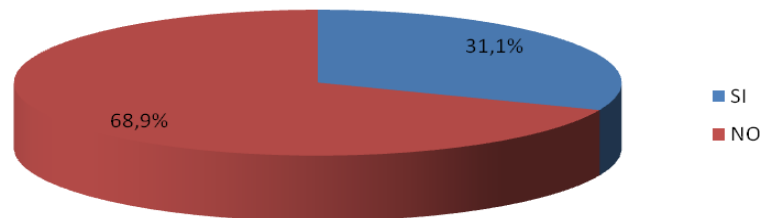
GRAFICO 9. Distribución porcentual según consumo de sustancias psicoactivas en la mujer puérpera que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008



FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

Dentro de los antecedentes obstétricos y del parto, se analizaron diferentes variables entre ellas la tentación a interrumpir la gestación con relación a la misma podemos decir que un bajo porcentaje de mujeres en algún momento del periodo de embarazo quiso terminar su gestación (19; 3,1%), se discriminó el motivo por el cual se suscitó esta idea. (Ver figura 10).

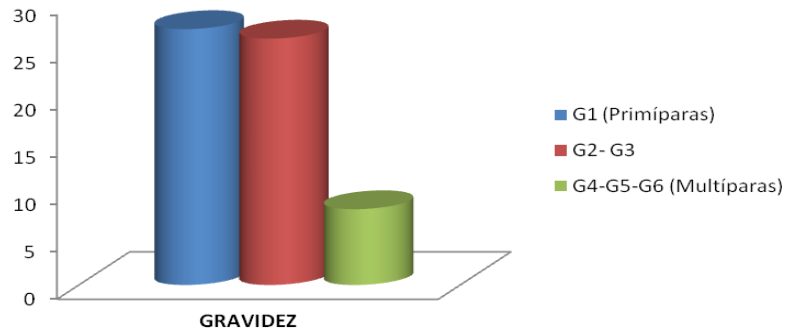
GRAFICO 10. Distribución porcentual tentación de interrumpir la gestación en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008



FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

Según la distribución por gravidez se determino que los porcentajes más altos se encontraban entre las mujeres para las cuales este era su primer embarazo (27; 44,3%) o era el número 2 o 3 (26; 42,6%). (Ver figura 11)

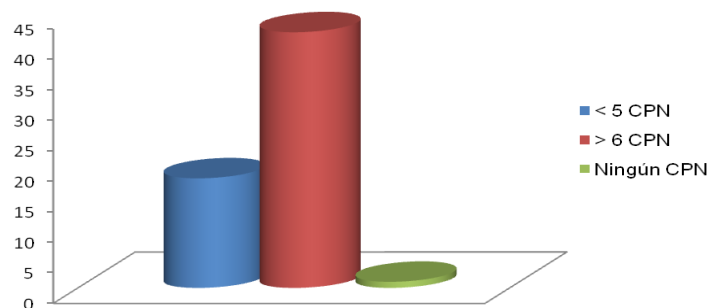
GRAFICO 11. Distribución por frecuencias según la gravidez de las puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008



FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

Según la distribución por asistencia a controles prenatales se puede inferir que casi el total de las mujeres integrantes del estudio asistieron a control prenatal, de ellas, la mayor parte asistió a 6 o mas controles (60; 98,4%).

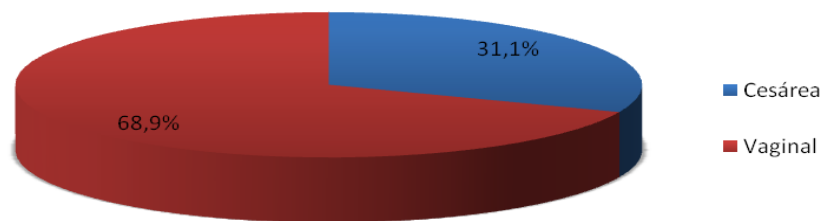
GRAFICO 12. Distribución por frecuencias según asistencia a controles prenatales (CPN) y número de controles asistidos de puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008



FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

Según la distribución porcentual por el tipo de parto la mayoría de las mujeres tuvo el parto tipo vaginal (42; 68,9%), solo un pequeño porcentaje tuvo a su hijo por cesárea (19; 31,1%) (Ver figura 13)

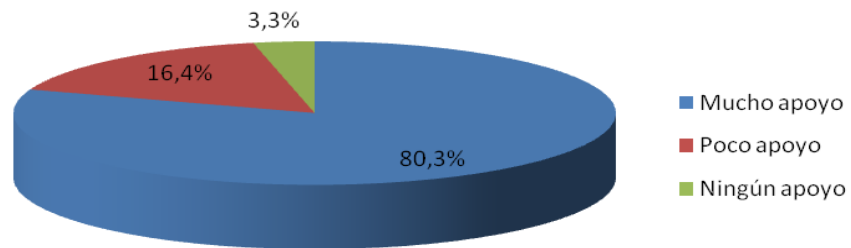
GRAFICO 13. Distribución porcentual según tipo de parto en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008



FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

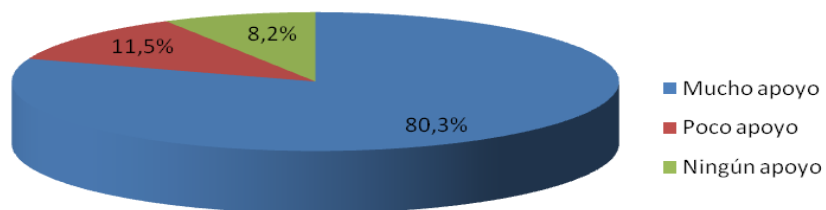
Al analizar las variables relacionadas con las circunstancias sociales y familiares, explícitamente relacionadas con el apoyo, se encontró que la mayor parte de las mujeres recibieron apoyo por parte de su familia (49; 80,3%) (Ver figura 14) y del padre de su hijo (49; 80,3%) (Ver figura 15), mientras tanto resultados variados que se obtuvieron al analizar el apoyo recibido por personas distintas la familia, donde se incluían vecinos, amigos, grupos religiosos, entre otros; el porcentaje mas alto si recibió apoyo (28; 45,9%), seguido de aquellas mujeres que no recibieron ningún tipo de apoyo (21; 34,4%) y por ultimo las que calificaban el apoyo recibido como deficiente o poco (12; 19,7%).

GRAFICO 14. Distribución porcentual según apoyo recibido de la familia en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008



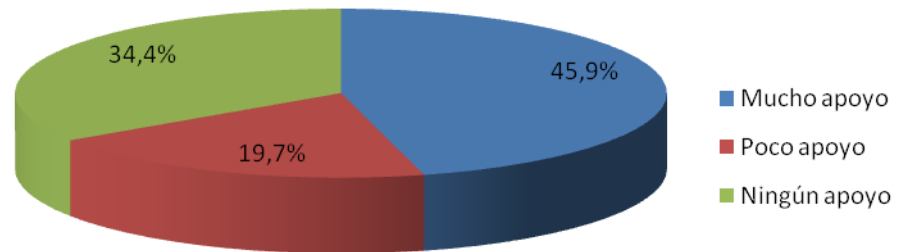
FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

GRAFICO 15. Distribución porcentual según apoyo recibido del padre en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008



FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

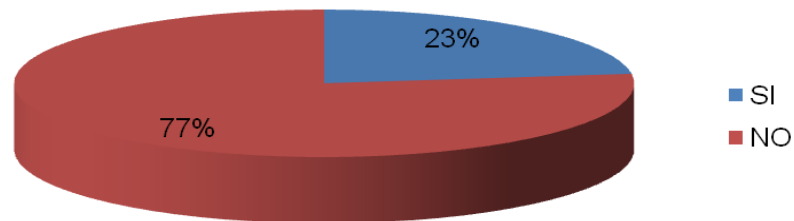
GRAFICO 16. Distribución porcentual según apoyo recibido de personas distintas a la familia y la pareja en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008



FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

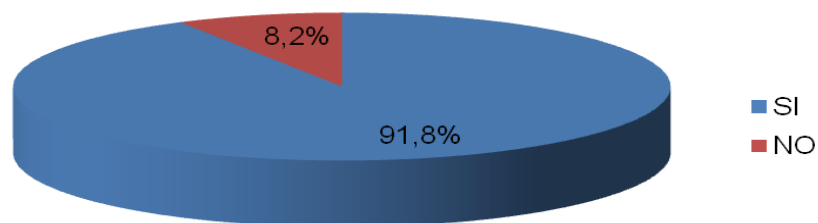
Por ultimo para concluir con el análisis unimodal, se observa el comportamiento de las variables relacionadas con las condiciones de salud del recién nacido y adaptación materna. Primeramente se examina la distribución según la presencia de enfermedad en el recién nacido y se concluye que la cuarta parte de la muestra tiene un hijo con problemas de salud (14; 23%) (Ver figura 17). En relación a las respuestas afectivas solo un escaso porcentaje de mujeres no presentaron ninguna respuesta afectiva hacia el nuevo integrante de su familia (5; 8,2%) (Ver figura 18) y en cuanto a la lactancia materna un porcentaje considerable de la muestra (15; 24,6%) presentaba algún tipo de problema para alimentar a su hijo de manera natural con leche producida por sus senos (Ver figura 19).

GRAFICO 17. Distribución porcentual según presencia de enfermedad del recién nacido en hijo de puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008



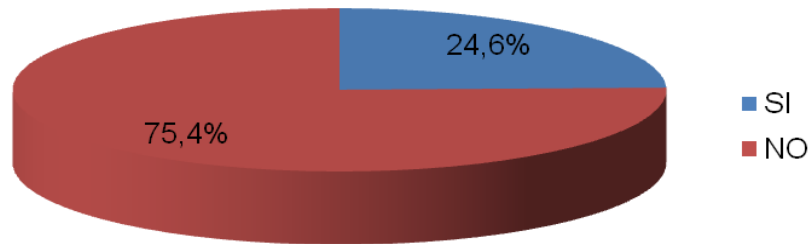
FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

GRAFICO 18. Distribución porcentual según respuestas afectivas hacia el recién nacido en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008



FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

GRAFICO 19. Distribución porcentual según presencia de problemas con la lactancia materna en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán.
Abril- Junio 2008



FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

Posteriormente al análisis unimodal se dispuso a relacionar las variables anteriormente descritas con los resultados arrojados al aplicar la escala de Edinburgo y Goldberg. Los resultados de las escalas fueron muy similares al reporte.

La primera variable que se consideró fue la variable edad, se concluyó que las mujeres, menores de 25 años tienen mayor riesgo de depresión posparto que aquellas mujeres por que se encuentran por encima de este rango de edad. De las 38 mujeres menores de 25 años de edad (el 62,3% del total de la muestra), el 1,6% desarrollo depresión posparto, y el 49,2 % se encuentran en riesgo de desarrollarla. (Ver tabla 1)

TABLA 1. Distribución porcentual según la edad y los resultados de las escalas EPDS y GQH en púérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008

EDAD		EPDS			TOTAL	GQH			TOTAL
		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	EPDS	DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	GQH
< 16 años	Porcentaje (%)	1,6%	0,0%	0,0%	1,6%	1,6%	0,0%	0,0%	1,6%
16 a 25 años	Porcentaje (%)	0,0%	49,2%	11,5%	60,7%	0,0%	47,5%	13,1%	60,7%
26 a 35 años	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	34,4%	34,4%	0,0%	0,0%	34,4%	34,4%
36 a 45 años	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
TOTAL	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	49,2%	100,0%	1,6%	47,5%	50,8%	100,0%

FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

La variable escolaridad por su parte, mostró que aquellas mujeres que no tenían ningún grado de escolaridad (6,6% del total de la muestra), habían desarrollado depresión posparto (1,6%) o estaban en riesgo de desarrollarla (4.9%). También se evidenció que mujeres con un grado de escolaridad primaria (27,9%) tienen mayor riesgo de contraer depresión posparto que aquellas mujeres que desarrollan o desarrollaron algún tipo de estudio técnico (6,6%) o universitario (11,5%). (Ver tabla 2).

TABLA 2. Distribución porcentual según el grado de escolaridad y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008

ESCOLARIDAD		EPDS			TOTAL	GQH			TOTAL
		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	EPDS	DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	GQH
Ninguna	Porcentaje (%)	1,6%	4,9%	0,0%	6,6%	1,6%	4,9%	0,0%	6,6%
Primaria	Porcentaje (%)	0,0%	27,9%	0,0%	27,9%	0,0%	27,9%	0,0%	27,9%
Secundaria	Porcentaje (%)	0,0%	16,4%	31,1%	47,5%	0,0%	14,8%	32,8%	47,5%
Tecnológica	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	6,6%	6,6%	0,0%	0,0%	6,6%	6,6%
Universitaria	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	11,5%	11,5%	0,0%	0,0%	11,5%	11,5%
TOTAL	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	49,2%	100,0%	1,6%	47,5%	50,8%	100,0%

FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

En cuanto al nivel socioeconómico, el estrato 1 (37,7%), fue quien manifestó mayor riesgo de contraer depresión durante el periodo posparto. El 1,6% de este estrato fue encontrado con este trastorno y el 36,1% se catalogó como población en riesgo. Cabe que resaltar que lo estratos iguales o superiores al 3, mostraron no presentar sintomatología depresiva en el posparto. (Ver tabla 3).

TABLA 3. Distribución porcentual según el nivel socioeconómico y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008

NIVEL SOCIOECONOMICO	Porcentaje (%)	EPDS			TOTAL EPDS	GQH			TOTAL GQH
		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	
Estrato 1	Porcentaje (%)	1,6%	36,1%	0,0%	37,7%	1,6%	36,1%	0,0%	37,7%
Estrato 2	Porcentaje (%)	0,0%	13,1%	27,9%	41,0%	0,0%	11,5%	29,5%	41,0%
Estrato 3	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	16,4%	16,4%	0,0%	0,0%	16,4%	16,4%
Estrato 4	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	1,6%	1,6%	0,0%	0,0%	1,6%	1,6%
Estrato 5	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
TOTAL	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	49,2%	100,0%	1,6%	47,5%	50,8%	100,0%

FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

En relación a la ocupación las mujeres amas de casa mostraron ser mas susceptibles a contraer depresión. Del 55,7% referente a este grupo, el 1,6% presentó depresión posparto y 49,2% fue caracterizado como en riesgo. (Ver tabla 4).

TABLA 4. Distribución porcentual según la ocupación y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008

OCUPACIÓN		EPDS			TOTAL	GQH			TOTAL
		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	EPDS	DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	GQH
Empleado	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	18,0%	18,0%	0,0%	0,0%	18,0%	18,0%
Desempleado	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	6,6%	6,6%	0,0%	0,0%	6,6%	6,6%
Independiente	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	6,6%	6,6%	0,0%	0,0%	6,6%	6,6%
Estudiante	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	11,5%	11,5%	0,0%	0,0%	11,5%	11,5%
Ama de casa	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	4,9%	55,7%	1,6%	47,5%	6,6%	55,7%
Otro	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	1,6%	1,6%	0,0%	0,0%	1,6%	1,6%
TOTAL	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	49,2%	100,0%	1,6%	47,5%	50,8%	100,0%

FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

En relación al estado civil, las mujeres casadas fueron quienes mostraron estar más en riesgo, de ellas el 1.6% presentó depresión posparto y 8,2% demostró estar en riesgo, para un total de 9,8%, que es el porcentaje total referente a este conjunto. Variados resultaron al se observaron analizar el estado civil unión libre, solo la tercera parte perteneciente a este grupo (19,7%) manifestó estar en riesgo. (Ver tabla 5).

TABLA 5. Distribución porcentual según el estado civil y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008

ESTADO CIVIL		EPDS			TOTAL EPDS	GQH			TOTAL GQH
		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	
Divorciada	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Otro	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Casada	Porcentaje (%)	1,6%	8,2%	0,0%	9,8%	1,6%	8,2%	0,0%	9,8%
Soltera	Porcentaje (%)	0,0%	21,3%	0,0%	21,3%	0,0%	21,3%	0,0%	21,3%
Unión libre	Porcentaje (%)	0,0%	19,7%	49,2%	68,9%	0,0%	18,0%	50,8%	68,9%
TOTAL	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	49,2%	100,0%	1,6%	47,5%	50,8%	100,0%

FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

Los resultados al observar la relación entre los antecedentes de depresión en la familia y el riesgo de contraer depresión en el periodo posparto, mostraron que del 26,2% que manifestó presentar dicho antecedente, el 1,6% tenía depresión posparto y el 24,6% presentaba un riesgo latente para contraerla. (Ver tabla 6).

TABLA 6. Distribución porcentual según los antecedentes de depresión en la familia y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008

ANTECEDENTES DE DEPRESIÓN EN LA FAMILIA		EPDS			TOTAL	GQH			TOTAL
		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	EPDS	DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	GQH
Si	Porcentaje (%)	1,6%	24,6%	0,0%	26,2%	1,6%	24,6%	0,0%	26,2%
No	Porcentaje (%)	0,0%	24,6%	49,2%	73,8%	0,0%	23,0%	50,8%	73,8%
TOTAL	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	49,2%	100,0%	1,6%	47,5%	50,8%	100,0%

FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

En relación a los antecedentes de depresión en la mujer aquellas mujeres con historia personal de depresión son más susceptibles a desarrollar depresión posparto que aquellas sin antecedentes, es decir del 31,1% de las mujeres con antecedentes, el 1,6% desarrollo depresión posparto y el 29,5% se encontraba en riesgo, mientras tanto del 68,9% de la mujeres sin antecedentes tan solo un 19,7 % de este grupo se encontraba en riesgo, posteriormente este valor redujo al 18% al terminar la investigación. (Ver tabla 7).

TABLA 7. Distribución porcentual según los antecedentes de depresión en la mujer y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008

ANTECEDENTES DE DEPRESIÓN EN LA MUJER		EPDS			TOTAL EPDS	GQH			TOTAL GQH
		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	
Si	Porcentaje (%)	1,6%	29,5%	0,0%	31,1%	1,6%	29,5%	0,0%	31,1%
No	Porcentaje (%)	0,0%	19,7%	49,2%	68,9%	0,0%	18,0%	50,8%	68,9%
TOTAL	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	49,2%	100,0%	1,6%	47,5%	50,8%	100,0%

FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

En cuanto a la distribución según la tentación a interrumpir la gestación, del 31,1% de las mujeres que intentaron interrumpir su gestación en algún momento, el 1,6% desarrolló {o depresión posparto y el 29,5% restante evidenció estar en riesgo. Por otra parte el riesgo en las personas sin deseos previos de interrumpir su embarazo era de 19, 7% en relación a un total de esta población de 68,9%. Seguidamente este riesgo se vió levemente disminuido alcanzando un valor del 18%. (Ver tabla 8).

TABLA 8. Distribución porcentual según la tentación de interrumpir la gestación y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008

TENTACIÓN A INTERRUMPIR LA GESTACIÓN		EPDS			TOTAL	GQH			TOTAL
		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	EPDS	DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	GQH
Si	Porcentaje (%)	1,6%	29,5%	0,0%	31,1%	1,6%	29,5%	0,0%	31,1%
No	Porcentaje (%)	0,0%	19,7%	49,2%	68,9%	0,0%	18,0%	50,8%	68,9%
TOTAL	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	49,2%	100,0%	1,6%	47,5%	50,8%	100,0%

FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

En cuanto al riesgo de depresión posparto asociado a la gravidez se observó que las primigestantes tienen mayor riesgo que aquellas que ya han sido madres, del 44,3% que era esta población el 1,6% desarrollo depresión posparto y el 42,6% restante se clasificó como población en riesgo. El riesgo de depresión posparto fue disminuyendo en relación directamente proporcional al número de embarazos que tuviera la mujer, es decir a mayor número de embarazo menor riesgo de adquirir este trastorno, esto se evidenció en mujeres grávidas 2 o 3, riesgo del 6,6% y con una gravidez mayor o igual a 4 riesgo igual a 0%. (Ver tabla 9).

TABLA 9. Distribución porcentual según la gravidez y los resultados de las escalas EPDS y GQH en púérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008

GRAVIDEZ		EPDS			TOTAL	GQH			TOTAL
		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	EPDS	DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	GQH
G1 (Primíparas)	Porcentaje (%)	1,6%	42,6%	0,0%	44,3%	1,6%	42,6%	0,0%	44,3%
G2-G3	Porcentaje (%)	0,0%	6,6%	36,1%	42,6%	0,0%	4,9%	37,7%	42,6%
G4-G5-G6 (Multíparas)	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	13,1%	13,1%	0,0%	0,0%	13,1%	13,1%
TOTAL	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	49,2%	100,0%	1,6%	47,5%	50,8%	100,0%

FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

En cuanto a la asistencia a control prenatal un 98,4% de la población asistió a control prenatal, de este el 1,6% desarrolló depresión posparto, el 49,2% esta en riesgo de adquirir depresión y el 49,2% restante esta exento de riesgo, estas cifras varían disminuyendo el riesgo a 47,5% al aplicar la escala GQH. (Ver tabla 10).

TABLA 10. Distribución porcentual según la asistencia a control prenatal y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008

ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL		EPDS			TOTAL EPDS	GQH			TOTAL GQH
		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	
Si	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	47,5%	98,4%	1,6%	47,5%	49,2%	98,4%
No	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	1,6%	1,6%	0,0%	0,0%	1,6%	1,6%
TOTAL	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	49,2%	100,0%	1,6%	47,5%	50,8%	100,0%

FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

En cuanto al tipo de parto todas aquellas mujeres que tuvieron a su hijo por cesárea es decir el 31,1%, manifestaron sintomatología depresiva (29,5%) o desarrollaron depresión posparto (1,6%). En cuanto al parto vía vaginal solo un 19,7% del total de este grupo (68,9%) manifestó riesgo de depresión posparto, este riesgo disminuyo a 18% subsiguientemente (Ver tabla 11).

TABLA 11. Distribución porcentual según el tipo de parto y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008

TIPO DE PARTO		EPDS			TOTAL EPDS	GQH			TOTAL GQH
		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	
Cesárea	Porcentaje (%)	1,6%	29,5%	0,0%	31,1%	1,6%	29,5%	0,0%	31,1%
Vaginal	Porcentaje (%)	0,0%	19,7%	49,2%	68,9%	0,0%	18,0%	50,8%	68,9%
TOTAL	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	49,2%	100,0%	1,6%	47,5%	50,8%	100,0%

FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

En cuanto al apoyo del padre se observó que aquellas mujeres que manifestaron haber recibido poco apoyo (8,2%) o ningún apoyo (11,5%) del padre no se encuentran en riesgo de desarrollar sintomatología depresiva en el periodo posparto. Del total de mujeres que refirieron haber tenido mucho apoyo por parte de su pareja y padre del niño (80,3%), el 1,6% desarrolló depresión posparto, el 49,2% de estas mujeres manifestó esta en riesgo y tan solo un 29,5% se encontró libre del mismo. El riesgo disminuyó aun 47,5% posteriormente.

TABLA 12. Distribución porcentual según el apoyo recibido por el padre y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008

APOYO DEL PADRE		EPDS			TOTAL	GQH			TOTAL
		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	EPDS	DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	GQH
Mucho apoyo	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	29,5%	80,3%	1,6%	47,5%	31,1%	80,3%
Poco apoyo	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	8,2%	8,2%	0,0%	0,0%	8,2%	8,2%
Ningún apoyo	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	11,5%	11,5%	0,0%	0,0%	11,5%	11,5%
TOTAL	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	49,2%	100,0%	1,6%	47,5%	50,8%	100,0%

FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

En relación al apoyo de la familia se diferencia que aquellas mujeres que manifestaron haber recibido poco apoyo (16,4%) o ningún apoyo (3,3%) por parte de sus familiares no se encontraron en riesgo de desarrollar sintomatología depresiva en el periodo posparto. Por el contrario, del total de mujeres que refirieron haber tenido mucho apoyo por parte de su familia (80,3%), el 1,6% desarrollo depresión posparto, el 49,2% de estas mujeres manifestó esta en riesgo y tan solo un 29,5% se encontró libre del mismo. El riesgo descendió levemente a un porcentaje de 47,5% al analizar los resultados lanzados por la escala GQH.

TABLA 13. Distribución porcentual según el apoyo recibido por la familia y los resultados de las escalas EPDS y GQH en púerperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008

APOYO DE LA FAMILIA		EPDS			TOTAL	GQH			TOTAL
		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	EPDS	DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	GQH
Mucho apoyo	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	29,5%	80,3%	1,6%	47,5%	31,1%	80,3%
Poco apoyo	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	16,4%	16,4%	0,0%	0,0%	16,4%	16,4%
Ningún apoyo	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%	3,3%
TOTAL	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	49,2%	100,0%	1,6%	47,5%	50,8%	100,0%

FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

Referente al apoyo recibido por personas diferentes a la familia, del total de mujeres que refirieron haber tenido mucho apoyo por parte de personas distintas a su familia y pareja (80,3%), el 1,6% desarrolló depresión posparto, el 44,3% de estas mujeres se halló con riesgo. Contradictoriamente, aquellas mujeres que manifestaron haber recibido poco apoyo de personas distintas a la familia (19,7%) no se encuentran en riesgo de desarrollar sintomatología depresiva en el periodo posparto

TABLA 14. Distribución porcentual según el apoyo recibido por personas diferentes a la familia y los resultados de las escalas EPDS y GQH en púérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008

APOYO DE PERSONAS DISTINTAS A LA FAMILIA	Porcentaje (%)	EPDS			TOTAL	GQH			TOTAL
		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	EPDS	DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	GQH
Mucho apoyo	Porcentaje (%)	1,6%	44,3%	0,0%	45,9%	1,6%	44,3%	0,0%	45,9%
Poco apoyo	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	19,7%	19,7%	0,0%	0,0%	19,7%	19,7%
Ningún apoyo	Porcentaje (%)	0,0%	4,9%	29,5%	34,4%	0,0%	3,3%	31,1%	34,4%
TOTAL	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	49,2%	100,0%	1,6%	47,5%	50,8%	100,0%

FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

En relación a la distribución según la presencia de enfermedad neonatal, las madres cuyos hijos presentaban algún tipo de enfermedad (23%), presentaron 1,6% depresión posparto y 21,3% riesgo de padecer este trastorno. De las mujeres cuyos hijos era sanos al nacer un 27,9% se encontraban en riesgo y el 49,2% restante no presentaban compromiso para contraer esta entidad. Es riesgo para esta mujeres disminuyó a un 26,2% seguidamente.

TABLA 15. Distribución porcentual según la presencia de enfermedad en el recién nacido y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008

PRESENCIA DE ENFERMEDAD EN EL RECIEN NACIDO		EPDS			TOTAL EPDS	GQH			TOTAL GQH
		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	
Si	Porcentaje (%)	1,6%	21,3%	0,0%	23,0%	1,6%	21,3%	0,0%	23,0%
No	Porcentaje (%)	0,0%	27,9%	49,2%	77,0%	0,0%	26,2%	50,8%	77,0%
TOTAL	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	49,2%	100,0%	1,6%	47,5%	50,8%	100,0%

FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

El 91,8% de la mujeres desarrolló respuesta afectivas a su recién nacido de estas, el 1,6% se identificó con depresión posparto, el 49,2% se distinguió como población en riesgo y el 41% se definió como ausente de riesgo.

Paradójicamente el 8,2% restante no desarrollo respuestas afectivas hacia su recién nacido, sin ser un grupo que podría definirse como población riesgo.

TABLA 16. Distribución porcentual según la respuesta afectiva de la madre hacia su recién nacido y los resultados de las escalas EPDS y GQH en puérperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008

RESPUESTAS AFECTIVAS DE LA MADRE HACIA EL RECIEN NACIDO		EPDS			TOTAL EPDS	GQH			TOTAL GQH
		DPP	Riesg o de DPP	Sin riesgo de DPP	DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP		
Si	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	41,0%	91,8%	1,6%	47,5%	42,6%	91,8%
No	Porcentaje (%)	0,0%	0,0%	8,2%	8,2%	0,0%	0,0%	8,2%	8,2%
TOTAL	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	49,2%	100,0%	1,6%	47,5%	50,8%	100,0%

FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

Del 24,6% de las mujeres que presentaron algún tipo de dificultad con la lactancia materna, el 1,6% progreso a depresión posparto y el 23% se definió como población en riesgo. El riesgo en la población que no presentaba problemas con la lactancia materna es de 26,2%, de un total de 75,4%.

TABLA 17. Distribución porcentual la presencia de problemas con la lactancia materna y los resultados de las escalas EPDS y GQH en púerperas que asisten a los servicios de gineco-obstetricia de los hospitales de la red publica de la ciudad de Popayán. Abril- Junio 2008

PROBLEMAS CON LA LACTANCIA MATERNA		EPDS			TOTAL EPDS	GQH			TOTAL GQH
		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP		DPP	Riesgo de DPP	Sin riesgo de DPP	
Si	Porcentaje (%)	1,6%	23,0%	0,0%	24,6%	1,6%	23,0%	0,0%	24,6%
No	Porcentaje (%)	0,0%	26,2%	49,2%	75,4%	0,0%	24,6%	50,8%	75,4%
TOTAL	Porcentaje (%)	1,6%	49,2%	49,2%	100,0%	1,6%	47,5%	50,8%	100,0%

FI: Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en Los Servicios Gineco-obstétricos de la Ciudad de Popayán. Universidad Del Cauca. Abril- Junio 2008

4. DISCUSIÓN

La depresión postparto es una entidad subestimada en la actualidad, se podría considerar por tanto, como una enfermedad que pasa desapercibida y no es detectada en los centros de atención en salud, lo cual conlleva a que la incidencia y prevalencia de DPP sea desconocida o se tengan datos estadísticos que no demuestren la realidad del problema.

Este es el primer estudio realizado en los hospitales de la red pública de la ciudad de Popayán para considerar la magnitud del problema. La prevalencia de DPP fue escasa (1,6%), por el contrario las mujeres en riesgo de presentar depresión en el posparto tuvieron un alto porcentaje (49,2%), teniendo en cuenta que el tamaño de la muestra era de moderada cantidad (61 mujeres) y que el estudio se realizó por solo cuatro semanas y la DPP se puede presentar hasta las 12 semanas posparto, los hallazgos de esta investigación se hacen importantes para determinar la presencia de riesgo en la población para adquirir este trastorno.

Pocos estudios han conseguido establecer la importancia de la edad como factor asociado al desarrollo de DPP. Según los resultados de este estudio se concluyó que a menor edad (<25 años) mayor el riesgo de desarrollar DPP (49,2%), en concordancia con algunos estudios anteriores los cuales evidencian que los síntomas depresivos aparecen con mayor frecuencia en gestantes jóvenes; Sin embargo se considera que dada la diversidad étnica y cultural estos resultados no pueden generalizarse ⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁵⁾.

¹⁴ LOGSDON Mc, CROSS R, WILLIAMS B, SIMPSON T. Prediction of postpartum social support and symptoms of depression in pregnant adolescents: a pilot study. J Sch Nurs 2004;20: 36-42.

¹⁵ TROUTMAN Br, CUTRONA Ce. Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. J Abnorm Psychol 1990; 99:69-78

Actualmente no existen datos exactos, pero se sabe que la depresión se encuentra estrechamente relacionada con las circunstancias económicas y sociales de las puérperas. Al analizar el nivel socioeconómico de las participantes en el estudio se encontró que las mujeres que viven en estratos más bajos (1 y 2) tienen mayor riesgo de sufrir DPP (36,1% y 13,1% respectivamente), Por otra parte, es de recordar que las mujeres del estudio pertenecen en su gran mayoría a estratos socioeconómicos bajos y son quienes consultan con mas frecuencia las instituciones de tipo público, en donde usualmente se realiza el estudio ⁽¹⁶⁾. El grado de escolaridad se asocia estrechamente a la circunstancias económicas de la población general, en el estudio realizado se evidencia que a menor nivel educativo, mas grande el riesgo de sufrir DPP (49,2%). Consecuentemente con este hallazgo en diferentes artículos investigativos se ha determinado que la poca escolaridad de la madre es un factor de riesgo para adquirir depresión durante el periodo posparto. Citando que el bajo nivel educativo de la madre, se han relacionado con la presencia de síntomas depresivos persistentes durante el posparto tardío, con una ocurrencia hasta el 50% de los casos ⁽¹⁷⁾ ⁽¹⁸⁾. En cuanto a la variable ocupación se encontró que las mujeres puérperas amas de casa (47,5%) están mas expuestas sufrir de DPP que aquellas que se desempeñan laboralmente o se están preparando académicamente, según la literatura la mayoría de las mujeres dedicadas a los oficios del hogar y a oficios de bajo status han mostrado ser particularmente propensas a la depresión posparto. ⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾. Con respecto al estado civil, aquellas mujeres solteras y amas de casa son las que se encuentran con mayor riesgo de padecer DPP que las mujeres con unión libre

¹⁶ **EVANS G, VICUÑA M, MARÍN R.** Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. Rev. Chil Obstet Ginecol. 2003; 68(6):491-494.2

¹⁷ **SPINELLI M.** A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. Am J Psychiatry 2001; 158: 811-3.

¹⁸ **SPINELLI M.** Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and promise of save lives. Am J Psychiatry 2004; 161: 1548-57

¹⁹ **DOYAL L.** What makes woman sick. Gender and the political economy of health. New Jersey; New Brunswick, 1995.

²⁰ **ROMITO P.** Work and health in mothers of young children: who cares? Proceedings of Conference on Women Health and Work, CAPS, Barcelona, Nov. 11-12, 1993.

estable. Algunos autores, han planteado que para las mujeres el hecho de ser casadas no se constituye en factor protector de depresión ⁽²¹⁾ ⁽²²⁾. Estudios de mujeres en tratamiento psiquiátrico han mostrado relación entre síntomas de depresión y el estado civil casada ⁽²³⁾.

En cuanto a los antecedentes personales y familiares se ha establecido que las mujeres que poseen antecedentes familiares de depresión o que hayan tenido una historia personal de depresión son un 30% más propensa a padecer depresión posparto ⁽²⁴⁾. Este estudio, determino que las puérperas con antecedentes de depresión en la familia tiene mayor riesgo de padecer DPP que aquellas que sin antecedentes familiares; En relación a las mujeres con antecedentes de depresión se encontró diferencias entre aquellas con historia personal de depresión y aquellas sin este trastorno, aumentándose el riesgo para las primeras nombradas anteriormente. Afirmando así lo manifestado por Pederson en el año 1999, que el riesgo de presentar depresión posparto se eleva hasta el 25% si existen antecedentes personales de trastorno bipolar, y entre el 50% y el 75% de existir un episodio anterior de depresión ya diagnosticado ⁽²⁵⁾.

Al tener en cuenta los antecedentes obstétricos y del parto se concluyo que todas las mujeres que intentaron interrumpir su gestación (31,1%), se encuentran en riesgo para DPP o con DPP. Según Warner y Cols. (1996) las madres cuyo embarazo no fue planificado presentan mayor sintomatología disforica en el posparto. Al relacionar la gravidez con la presencia o el riesgo de DPP las

²¹ **RADLOFF L.** Sex differences in depression: the effects of occupation and marital status. *Sex Roles* 1975; 1: 249-69.

²² **GOVE Wr.** The relationships between sex roles, marital status and mental illness. *Soc Forces* 1972; 51: 34-44.

²³ **WEISSMAN M, PAYKEL E.S.** The depressed woman: A study of social relationships. Chicago; University of Chicago Press, 1974.

²⁴ http://espanol.pregnancy-info.net/depression_postparto.html obtenida el 14 Feb 2008 08:30:08 GMT

²⁵ **PEDERSEN Ca.** Postpartum mood and anxiety disorders. *Official Journal of the American Thyroid Association* 1999;9(7):691-7

primigestantes tienen mayor riesgo en comparación con aquellas puérperas que ya habían tenido uno, dos o más gestaciones. Según la encuesta de salud sexual y reproductiva realizada en Colombia, en el año 2005, la depresión posparto se presentó más entre las *mujeres primíparas*, de 20 a 34 años, de mayor educación y riqueza, de la zona urbana, de Medellín, Bogotá, Santander, Caldas, Norte de Santander y Nariño.

En el presente estudio se observó que del total de mujeres que asistieron a control prenatal (98,4%), una presenta DPP y la mitad de las mujeres que asistieron al control se encuentran en riesgo de padecer este trastorno. En una muestra con 66 mujeres México-americanas multíparas se encontró que la insatisfacción con el apoyo antenatal, la necesidad de apoyo posparto y el tamaño de la red de apoyo en el posparto fueron predictores de depresión posparto. El apoyo social es definido como las actividades dirigidas a asistir a otros en el manejo de la tensión emocional, compartir las tareas, dar consejos, enseñar destrezas y dar apoyo material ⁽²⁶⁾.

Según el tipo de parto las mujeres a quienes se les realizó cesárea (31,1%) son aquella que tiene DPP y riesgo para DPP en su totalidad, a diferencia de las mujeres que tuvieron su bebé por parto vaginal las cuales tienen un riesgo de DPP menor. En un estudio realizado en Chile, la cesárea se asoció con mayor depresión posparto, y con la aparición de sentimientos negativos respecto a la experiencia del alumbramiento, esto con la excepción de aquellas mujeres que eligieron la cesárea de manera electiva ⁽²⁷⁾

Dentro de las circunstancias sociales y familiares para este estudio se incluyeron el apoyo del padre, la familia y personas distintas a la familia, al evaluar los

²⁶ **CANAVAL Ge.** Promoción de la salud: Predictores de empoderamiento comunitario en mujeres. Investigación y Educación en Enfermería 1998; 16: 753-70

²⁷ **HERRERA Moore M.** Parto por cesárea primera electiva. Rev. Chil Obstet Ginecol 2003; 68(1): 79-81

resultados se halló que estos datos no se relacionan directamente con la aparición o riesgo de la DPP, de lo cual se deduce que las condiciones sociodemográficas son los factores que tienen mayor influencia sobre la aparición de la depresión durante el puerperio. Las madres solteras muy jóvenes, sin apoyo del padre, familia y otras personas, con antecedentes depresivos en su familia y en condiciones sociales y económicas precarias, deben ser objeto de atención especial durante el embarazo y el posparto, dado que constituyen población en alto riesgo ⁽²⁸⁾ debido a el acumulo de factores que las hacen propensas a un trastorno depresivo.

Por ultimo se encuentran los datos referentes a las condiciones del recién nacido y la adaptación materna, se estima que aquellas madres cuyos hijos nacieron enfermos tienen riesgo de DPP y ninguna de ellas se encuentra exenta de este riesgo, esto se corresponde directamente con la literatura donde se pone de manifiesto que las anomalías o enfermedades del hijo, se han relacionado con la presencia de síntomas depresivos persistentes después de seis meses de posparto. Esta situación ocurre hasta en el 50% de los casos ⁽²⁹⁾ ⁽³⁰⁾. En el estudio se expone que solo el 8,5% de mujeres no manifestaron respuestas afectivas hacia el recién pero ninguna de ellas posee riesgo para DPP, de lo cual se puede inferir que así la mujer tenga o no DPP, o riesgo para adquirir DPP, responde afectivamente al RN. Por, consiguiente se presume que el que la madre este junto al recién nacido, provoca una fuerte unión y apego entre ellos, que hace que la madre no desarrolle en muchos casos síntomas depresivos debido a la felicidad de haber concebido y dado a luz una nueva vida. Es decir, solo la separación del

²⁸ **OVIEDO Lugo G.F, JORDÁN Mondragon V.** Trastornos afectivos posparto. Universitas Médica 2006 Vol. 47 N° 2

²⁹ **SPINELLI M.** A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. Am J Psychiatry 2001; 158: 811-3.

³⁰ **SPINELLI M.** Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and promise of save lives. Am J Psychiatry 2004; 161: 1548-57

recién nacido de su madre provoca una gran tensión emocional que puede conducir a cambios de comportamiento y alteraciones nerviosas en la madre. En el estudio todas las mujeres con problemas con la lactancia materna (24,6%) tienen DPP o riesgo de DPP, esto nos indica que la lactancia materna ineficaz predispone a la mujer a preocupaciones y a mayor riesgo de desarrollar este trastorno. Quizá por esta razón la depresión posparto retrasa su aparición a los nueve meses en las culturas en donde la lactancia materna es la norma, mientras que donde predomina la lactancia artificial se manifiesta sobre los 3 meses. La lactancia natural establece un vínculo afectivo entre la madre y su cría mediante el cual la primera decide cuidar de la segunda ⁽³¹⁾.

³¹ **Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.** Lactancia Materna: guía para profesionales. Pág.121:122 2004 Ergon C/ Arboleda, 1. 28220 Majadahonda (Madrid)

5. CONCLUSIONES

- Las variables sociodemográficas se encuentran estrechamente ligadas a la aparición o el riesgo de contraer depresión posparto (DPP). Las más relacionadas son la edad, el estado civil, el grado de escolaridad y la ocupación, lo que hace evidente la relación entre la incidencia de la DPP y las circunstancias económicas y sociales precarias o desfavorables, como las que se presentan actualmente en el país.
- Las circunstancias sociales y familiares no inciden de manera positiva o negativa en la aparición o riesgo de padecer este trastorno. El apoyo de la familia, el padre del niño o personas distintas a la familia no disminuye el riesgo de adquirir depresión durante el periodo posparto en este estudio, lo que implica que las condiciones sociodemográficas son los factores que influyen la aparición de la depresión durante el puerperio.
- El acumulo de factores estresantes favorece el desarrollo de DPP precoz. Las madres adolescentes, amas de casa, solteras, primigestantes, con escaso nivel educativo y bajo nivel socioeconómico, además de historia previa de depresión y cesárea (exceptuando los casos en los cuales sea electiva) tienen mayor riesgo de padecer ese trastorno debido a que la presencia de más de un factor de riesgo o la asociación de los mismos, inducen a la puérpera a ser mas vulnerable a padecer un trastorno mental durante este periodo.
- La asistencia a control prenatal no garantiza que durante el periodo posparto la mujer no este en riesgo de sufrir DPP.

6. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que todos los centros de atención prenatal, tanto de la ciudad de Popayán como de otras ciudades del país, implementen y manejen programas de prevención de depresión posparto en los cuales se asesore a todas aquellas mujeres gestantes y puérperas sobre el riesgo de padecer este trastorno. Se sugiere que dentro del contenido de dichos programas se de prioridad al manejo de la población identificada en este proyecto como población de mayor riesgo como: adolescentes, madres solteras, mujeres de bajo nivel socioeconómico y amas de casa.
- Se recomienda que en todas las instituciones donde se brinda atención a la mujer gestante y a las puérperas, (IPS, EPS, ARS) se realice búsqueda activa del problema, iniciando por los puestos de salud, consulta externa, hasta las unidades de ginecología y obstetricia; ya sea empleando el manual establecido en este proyecto u otros trabajos o esquemas de detección temprana formulados por las mismas instituciones.
- Actualmente la asignatura de cuidado de enfermería a la mujer, pareja y recién nacido, no tiene dentro de su programa un espacio netamente dedicado a la depresión posparto, para lo que se sugiere que se incluya dentro del compendio de temas que se brinda a la población estudiantil, un capítulo especialmente dedicado a la depresión posparto, y se brinde educación sobre la forma de llevar a cabo el manual establecido en este trabajo y la manera de impartirlo a otros profesionales de la salud como: personal médico, enfermeros profesionales, auxiliares de enfermería etc.

- En el departamento del Cauca no se encuentran estudios relacionados a la frecuencia con la que aparece la depresión posparto, ni datos estadísticos de la situación mental de las madres atendidas en las instituciones hospitalarias de la ciudad de Popayán por lo cual se sugiere que se realicen más estudios y se socialicen los resultados sobre la situación de la población de gestantes y puérperas, ya que es un campo importante en nuestro medio, teniendo en cuenta la tasa de morbilidad materna en Colombia y en el Cauca.

BIBLIOGRAFÍA

1. **CANAVAL G.E.** Promoción de la salud: Predictores de empoderamiento comunitario en mujeres. *Investigación y Educación en Enfermería* 1998; 16: 753-70
2. **CARRO García J. M. SIERRA Manzano M. J. HERNÁNDEZ Gómez, E. LADRÓN Moreno, E. BARRIO A.** Trastornos del estado de ánimo en el posparto. *Univ Méd Bogotá Colombia* 2006; 47(2) : 131-140
3. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. *Lactancia Materna: guía para profesionales.* Pág.121:122 2004 Ergon C/ Arboleda, 1. 28220 Majadahonda (Madrid)
4. **DOYAL L.** What makes woman sick. *Gender and the political economy of health.* New Jersey; New Brunswick, 1995.
5. **EVANS G, VICUÑA M, MARÍN R.** Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Rev. Chil Obstet Ginecol.* 2003; N°68(Vol. 6):491-494
6. **GARCÍA Viniegras C.** Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg, adaptación cubana. *Rev. Cubana Medicina General Integral* 1999; Vol. 15(1):88-97.
7. **GEORGIPOULOS A, BRYAN T, YAWN B, HOUSTON M, RUMMANS T, THERNEAU T.** Population-based screening for postpartum depression. *Rev.Obstet Gynecol* 1999; 93: 653-7.
8. **GOMEA- Ayala A.E.** Depresión En El Embarazo Y El Posparto. *Rev. OFFARM* 2007; Vol. 26 núm.1; 46-53

9. **GÓMEZ Alcalde M.S**, Patología Psiquiátrica En El Puerperio. Psicosis Puerperal. Rev. NeuroPsiquiatría 2002.
10. **GOVE W.R.** The relationships between sex roles, marital status and mental illness. Soc Forces 1972; 51: 34-44.
11. **HERRERA Moore M.** Parto por cesárea primera electiva. Rev. Chil Obstet Ginecol 2003; 68(1): 79-81
12. http://espanol.pregnancy-info.net/depresion_postparto.html obtenida el 14 Feb 2008 08:30:08 GMT
13. **LOGSDON MC, CROSS R, WILLIAMS B, SIMPSON T.** Prediction of postpartum social support and symptoms of depression in pregnant adolescents: a pilot study. J Sch Nurs 2004; Vol. 20:36-42.
14. **MORENO Zaconeta A., DOMINGUES Casulari da motta L., FRANÇA P.S.** Depresión postparto: Prevalencia de test de rastreo positivo en púerperas del hospital universitario de Brasilia, Brasil. Rev. Chilena ginecología obstetricia 2004; 69(3): Pág. 209-213
15. **OMS.** Informe Sobre La Salud Mental 2005. Capitulo 4. Recuadro 4.2. La Depresión Materna Afecta Las Madres Y Los Niños
16. **OREJARENA Serrano, S.J.** Trastornos afectivos posparto. Bucaramanga, Colombia, MED UNAB Vol. 7 Número 20 - Agosto De 2004.
17. **ORTIZ Collado M. A, VALLS J.** La depresión postnatal, un problema de salud justificado con ayuda de una meta análisis: investigar para argumentar mejor. 2º Premio de investigación de la ANESM. Trabajo premiado con el 1er Accésit.
18. **OVIEDO Lugo G.F, JORDÁN Mondragon V.** Trastornos afectivos posparto. Universitas Médica 2006 Vol. 47 N° 2.

19. **PEDERSEN C, A.** Postpartum mood and anxiety disorders: a guide for the nonpsychiatric clinician with an aside on thyroid associations with postpartum mood Thyroid 1999; 9:691
20. **PEDERSEN C.A.** Postpartum mood and anxiety disorders. Official Journal of the American Thyroid Association 1999;9(7):691-7
21. **RADLOFF L.** Sex differences in depression: the effects of occupation and marital status. Sex Roles 1975; Vol.1: 249-269.
22. **ROMERO Hidalgo A.I.** Actualizaciones sobre la depresión. Rev. JANO extra noviembre 2005. N° 1.583. Pág. 26- 30
23. **ROMITO P.** Work and health in mothers of young children: who cares? Proceedings of Conference on Women Health and Work, CAPS, Barcelona, Nov. 11-12, 1993.
24. **SPINELLI M.** A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. Am J Psychiatry 2001; Vol.158: 811-813.
25. **SPINELLI M.** Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and promise of save lives. Am J Psychiatry 2004; Vol. 161: 1548-1557
26. **TROUTMAN BR, CUTRONA CE.** Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. J Abnorm Psychol 1990; 99:69-78
27. **WEISSMAN M, PAYKEL E.S.** The depressed woman: a study of social relationships. Chicago; University of Chicago Press, 1974.

ANEXO A

VARIABLES Y SU NIVEL DE MEDICIÓN

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA O NIVEL DE MEDICION	PREGUNTA O ITEM
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, PRESENTES EN MUJERES PUÉRPERAS, ATENDIDAS EN LOS HOSPITALES DE LA RED PÚBLICA DE LA CIUDAD DE POPAYÁN	Variables Sociodemográficas presentes en mujeres puérperas	Edad	Tiempo que una persona a vivido desde su nacimiento	Intervalo	Pregunta abierta: Edad
		Procedencia	Principio o zona de origen de una persona.	Nominal	Procedencia: 0. Rural 1. Urbana
		Escolaridad	Grado académico alcanzado o cursado por la mujer puérpera	Ordinal	Escolaridad: 0. Primaria 1. Secundaria 2. Tecnológica 3. Universitaria 4. Otros

		Estrato socioeconómico	Nivel de clasificación de la población con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida	Ordinal	Estrato socioeconómico: 0. 1 1. 2 2. 3 3. 4 4. 5
		Ocupación	Trabajo u oficio al que se dedica la mujer puérpera.	Nominal	Ocupación: 0. Empleado 1. Independiente 2. Estudiante 3. Desempleado 4. Ama de casa 5. Otro
		Estado Civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Nominal	Estado Civil: 0. Soltero 1. Casado 2. Unión Libre 3. Divorciado 4. Otro
		Régimen de salud	Pertenece a un	Nominal	Régimen de salud:

			sistema de seguridad social para la atención en salud		0. Vinculado 1. Subsidiado (ARS) 2. Contributivo 3. Otro
CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS Y PSICOPATOLÓGICAS PRESENTES EN LAS MUJERES PUÉRPERAS, ATENDIDAS EN LOS HOSPITALES DE LA RED PÚBLICA DE LA CIUDAD DE POPAYÁN	Antecedentes personales y familiares de enfermedad mental presente en mujeres puérperas	Antecedentes de depresión en la familia	Circunstancia previa familiar de enfermedad depresiva diagnosticada por médico.	Nominal	Antecedentes de depresión en la familia: 0. SI 1. NO
		Antecedentes de depresión en la mujer	Circunstancia anterior de estado de enfermedad depresiva diagnosticada por médico que pudo ser transitorio o permanente en la mujer puérpera.	Nominal	Antecedentes de depresión en la mujer 0. SI 1. NO
		Consumo de sustancias psicoactivas	Ingesta de es un agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios	Nominal	Consumo de sustancias psicoactivas 0. SI 1. NO

			temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento		
	Antecedentes obstétricos y del parto presente en mujeres puérperas	Tentación a interrumpir la gestación	Incitación a culminar con la vida de su propio hijo previa a su nacimiento, por cualquier causa.	Nominal	Tentación a interrumpir la gestación: 0. SI 1. NO
		Gravidez	La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer. Este proceso que dura aproximadamente 40 semanas a partir del	Razón	Pregunta abierta: ¿Gravidez?

			<p>primer día de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación.</p> <p>Por lo común se asocia a 9 meses.</p>		
		Partos	<p>Culminación del embarazo, período de salida del infante del útero materno. Una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas dolorosas, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos.</p>	Razón	<p>Pregunta abierta:</p> <p>¿Partos?</p>
		Abortos	<p>Antecedente de abortos previos ya sea inducido o espontáneo.</p> <p>Los abortos espontáneos ocurren</p>	Razón	<p>Pregunta abierta:</p> <p>¿Abortos?</p>

			<p>cuando un embrión o feto es perdido debido a causas naturales antes de la vigésima semana de desarrollo y provocado con la intención de eliminar el feto, con distintos fines, en distintos contextos sociales y legales y con o sin asistencia médica.</p>		
		Cesáreas	<p>Una cesárea es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen y el útero de la madre para extraer uno o más fetos. Suele practicarse cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas.</p>	Razón	<p>Pregunta abierta: ¿Cesáreas?</p>

		Mortinatos	Se presenta cuando un feto que se esperaba que sobreviviera muere durante el nacimiento o durante las últimas etapas del embarazo por diversas causas.	Razón	Pregunta abierta: ¿Mortinatos?
		Gemelares	Individuos que resultan de una sola gestación y que comparten el útero en un mismo embarazo.	Razón	Pregunta abierta: ¿Gemelares?
		Asistencia a control prenatal	Acudir a controles con el especialista con regularidad, para vigilar posibles trastornos del embarazo que puedan ser detectables	Nominal	Asistencia a control prenatal 0. SI 1. NO
		Numero de controles prenatales a los	Cantidad de controles con el especialista a los cuales asistió	Razón	Numero de controles prenatales a los

		que asistió	durante embarazo.		que asistió: 0. Ninguno 1. < 5 controles 2. >6 controles
		Tipo de parto	Forma de terminación del parto.	Nominal	Tipo de parto: 0. Vaginal 1. Cesárea
		Preferencia por el sexo del bebe	Predilección por la condición biológica del genero del neonato, (masculino o femenino).	Nominal	Preferencia por el sexo del bebe: 0. Hombre 1. Mujer 2. Sin preferencia
		Sexo del recién nacido (RN)	Genero del recién nacido, especificados en masculino o femenino.	Nominal	Sexo del recién nacido (RN): 0. Hombre 1. Mujer
	Circunstancias sociales y familiares presente en mujeres	Apoyo del padre	Aceptación por parte del padre o cónyuge de la condición de embarazo de la mujer y posterior colaboración ante las	Nominal	Apoyo del padre: 0. Mucho apoyo 1. Poco apoyo 2. Ninguno

	puérperas		nuevas circunstancias.		
		Apoyo de la flia	Aceptación por parte de la flia de la condición de embarazo de la mujer y posterior colaboración ante las nuevas circunstancias.	Nominal	Apoyo de la flia: 0. Mucho apoyo 1. Poco apoyo 2. Ninguno
		Apoyo disponible de personas distintas a la pareja o a la flia	Aceptación por parte de los amigos y personas cercanas de la condición de embarazo de la mujer y posterior colaboración ante las nuevas circunstancias.	Nominal	Apoyo disponible de personas distintas a la pareja o a la flia: 0. Mucho apoyo 1. Poco apoyo 2. Ninguno
	Condiciones de salud del recién nacido y adaptación materna	Presencia de enfermedad en el neonato	Afección o alteración física, del estado de salud del recién nacido en un termino menor o mayor de 24h de su nacimiento.	Nominal	Presencia de enfermedad en el neonato: 0. SI 1. NO
		Respuestas afectivas de la	Vínculo específico y especial que se forma	Nominal	Respuestas afectivas de la

		madre, hacia su recién nacido	entre madre-hijo caracterizado por una relación emocional perdurable que produce seguridad, sosiego, consuelo, agrado y placer.		madre, hacia su recién nacido: 0. SI 1. NO
		Problemas con la lactancia materna	Dificultades para la alimentación del neonato con leche materna.	Nominal	Problemas con la lactancia materna: 0. SI 1. NO

ANEXO B

Instrumento para Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en los Servicios Gineco- Obstétricos de la Ciudad de Popayán.

Universidad del Cauca- Popayán 2008.

CUESTIONARIO DE RIESGO PSICOSOCIAL

Buenos días (tardes): A continuación se le realizarán una serie de preguntas personales, que se refieren a su vida, sus hábitos y la situación de salud actual de su bebe y Ud., sus respuestas serán confidenciales y solo conocidas por los participantes en esta investigación, estos datos obtenidos no se reportaran como datos individuales sino que harán parte de una base de datos, cuyo fin es observar y determinar el estado de salud de la mujer durante el periodo de posparto.

Fecha: _____

Ficha N°: _____

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Nombre y apellidos completos: _____
2. Barrio/dirección del entrevistado: _____
3. Centro de Atención en Salud: _____
4. Historia Clínica: _____
5. Edad: _____
6. Procedencia: 0.Rural___ 1.Urbana___
7. Escolaridad: 0. Ninguna ___ 1. Primaria ___ 2. Secundaria___
 3. Tecnológica ___ 4. Universitaria___

8. Estrato socioeconómico: 0. 1___ 1. 2___ 2. 3___ 3. 4___
4. 5___
9. Ocupación: 0. Empleado___ 1. Independiente___ 2. Estudiante___
3. Desempleado___ 4. Ama de casa___ 5. Otro ¿Cuál? _____
10. Estado Civil: 0. Soltero___ 1. Casado___ 2. Unión Libre___ 3. Divorciado___
4. Otro ¿Cuál? _____
11. Régimen de salud: 0. Vinculado___ 1. Subsidiado (ARS) ___
2. Contributivo___ 3. Otro ¿Cuál? _____

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:

12. Antecedentes de depresión en la familia: 0. SI___ 1. NO___
13. Antecedentes de depresión en la mujer: 0. SI___ 1. NO___
14. Consumo de sustancias psicoactivas: 0. SI___ 1. NO___
¿Cuál? _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Y DEL PARTO:

15. Tentación de interrumpir la gestación: 0. SI___ 1. NO___
16. ¿Por qué causa? _____

17. Antecedentes personales:

- Gravidez ___
- Partos___
- Abortos___
- Cesáreas ___
- Mortinatos___
- Gemelares___

18. Control prenatal:

- Asistencia a control prenatal: 0. SI___ 1. NO___
- Numero de controles prenatales a los que asistió: 0. Ninguno___
1. < 5 controles___
2. >6 controles___

19. Tipo de parto: 0. Vaginal___ 1. Cesárea___
20. Preferencia por el sexo del bebe: 0. Hombre___ 1. Mujer___
2.Sin preferencia___
21. Sexo del recién nacido (RN): 0. Hombre___ 1. Mujer___

CIRCUNSTANCIAS SOCIALES Y FAMILIARES:

22. Apoyo del padre: 0. Mucho apoyo___ 1. Poco apoyo___ 2. Ninguno___
23. Apoyo de la flia: 0. Mucho apoyo___ 1. Poco apoyo___ 2. Ninguno___
24. Apoyo disponible de personas distintas a la pareja o a la flia: 0. Mucho apoyo___
1. Poco apoyo___
2. Ninguno___

CONDICIONES DE SALUD DEL RECIÉN NACIDO Y ADAPTACION MATERNA:

25. Presencia de enfermedad en el neonato:
0. SI___ 1. NO___
0. Menor de 24 horas: ___ 1. Mayor de 24 horas ___
26. Respuestas afectivas de la madre, hacia su recién nacido: 0. SI___ 1. NO___
27. Problemas con la lactancia materna: 0. SI___ 1. NO___

ANEXO C

**Instrumento para Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en los Servicios
Gineco- Obstétricos de la Ciudad de Popayán
Universidad del Cauca- Popayán 2008.**

ESCALA DE DEPRESION DE EDINBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor subraye la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:
Tanto como siempre___ No tanto ahora___ Mucho menos___
No, no he podido___
2. He mirado el futuro con placer:
Tanto como siempre___ Algo menos de lo que solía hacer___
Definitivamente menos___ No, nada___
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:
Sí, casi siempre___ Sí, algunas veces___ No muy a menudo___ No, nunca___
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:
No, nada___ Casi nada___ Sí, a veces___ Sí, a menudo___
5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:
Sí, bastante___ Sí, a veces___ No, no mucho___ No, nada___
6. Las cosas me oprimen o agobian:
Sí, casi siempre___ Sí, a veces___ No, casi nunca___ No, nada___
7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:

Sí, casi siempre___ Sí, a menudo___ No muy a menudo___ No, nada___

8. Me he sentido triste y desgraciada:

Sí, casi siempre___ Sí, bastante a menudo___ No muy a menudo___

No, nada___

9. He estado tan infeliz que he estado llorando:

Sí, casi siempre___ Sí, bastante a menudo___ Sólo ocasionalmente___

No, nunca___

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

Sí, bastante a menudo___ Sí, a menudo___ Casi nunca___ No, nunca___

ANEXO D

**Instrumento para Estudio de la Depresión Posparto y Factores Asociados, en los Servicios Gineco- Obstétricos de la Ciudad de Popayán
Universidad del Cauca- Popayán 2008.**

ESCALA DE SALUD GENERAL DE GOLBERG

Instrucciones: Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si usted ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Conteste a todas las preguntas. Marque con una cruz la respuesta que usted escoja. Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?
Mejor que lo habitual____ Igual que lo habitual____ Menos que lo habitual____
Mucho menos que lo habitual____
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
No, en absoluto____ No más que lo habitual ____ Bastante más que lo habitual____
Mucho más____
3. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?
Más que lo habitual____ Igual que lo habitual____ Menos útil que lo habitual____
Mucho menos____
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
Más capaz que lo habitual____ Igual que lo habitual____
Menos capaz que lo habitual____ Mucho menos____

5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?
 No, en absoluto___ No más que lo habitual___ Bastante más que lo habitual___
 Mucho más___
6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?
 No, en absoluto___ No más que lo habitual___ Bastante más que lo habitual___
 Mucho más___
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?
 Más que lo habitual___ Igual que lo habitual___ Menos que lo habitual___
 Mucho menos___
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?
 Más capaz que lo habitual___ Igual que lo habitual___
 Menos capaz que lo habitual___ Mucho menos___
9. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?
 No, en absoluto___ No más que lo habitual___ Bastante más que lo habitual___
 Mucho más___
10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?
 No, en absoluto___ No más que lo habitual___ Bastante más que lo habitual___ Mucho
 más___
11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
 No, en absoluto___ No más que lo habitual___ Bastante más que lo habitual___
 Mucho más___
12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?
 Más feliz que lo habitual___ Aproximadamente lo mismo que lo habitual___
 Menos feliz que lo habitual___ Mucho menos que lo habitual___

ANEXO E

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificada con la cedula de ciudadanía _____ de _____ en uso de mis facultades físicas, mentales y en forma voluntaria acepto participar en el estudio titulado

Frecuencia de la Depresión Posparto y factores asociados, en los servicios gineco- obstétricos del Municipio de Popayán. Abril- Julio 2008, he sido informada por el grupo de investigación conformado por la investigadora principal Mg. Sandra Felisa Muñoz, en conjunto con las co-investigadores: María Camila Santacruz, Diego Fernando Rivera y Julie Carolina Ortega; Estudiantes del programa de enfermería de la Universidad Del Cauca, a cerca de los objetivos, propósito, duración, finalidad del estudio, divulgación y publicación del mismo una vez sea culminado. Han contestado a las interrogantes y dudas planteadas por mí en relación al estudio, y ha quedado claramente establecido que puede retirarme en el momento que lo decida.

Declaro que he leído y comprendido este documento. Firmado en la Ciudad de Popayán en la fecha _____.

Firma: _____

CC: _____

ANEXO F. PROPUESTA DE TRABAJO

**PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN EN CUANTO A LA IDENTIFICACIÓN DE
DEPRESIÓN POSPARTO Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES
PUÉRPERAS QUE ASISTEN LOS HOSPITALES DE LA RED PUBLICA DE LA
CIUDAD DE POPAYÁN.**

**DIEGO FERNANDO RIVERA VIDAL
JULIE CAROLINA ORTEGA DORADO
MARÍA CAMILA SANTACRUZ VEGA**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTA DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
POPAYÁN
2008**

INTRODUCCIÓN

El embarazo y el puerperio son períodos decisivos para el desarrollo de un nuevo ser y para establecer un vínculo afectivo real entre la madre, el padre y el hijo. Durante la gestación, surgen en la mujer modificaciones afectivas que tienen que ver con los cambios hormonales que se producen en su organismo y con las expectativas vitales y fantasías ante el nacimiento (¹).

Los cambios hormonales y la adaptación corporal hacen que se presenten en la mujer sentimientos de minusvalía, solicitud de protección, para aprender a adaptarse física y psicológicamente en el nuevo proceso de crianza. Uno de los principales problemas que surgen en la puérpera, es la depresión postparto, condición seria, no autolimitada y habitualmente subdiagnosticada en centros de atención en salud, pese a que su prevalencia supera la correspondiente a patologías obstétricas como preeclampsia, parto prematuro o diabetes gestacional en países desarrollados (²).

Para algunos autores la sintomatología depresiva maternal es una reacción individual frente a los múltiples cambios que vive la mujer en diferentes roles:

¹ **GÓMEZ Alcalde M. S.** Patología psiquiátrica en el puerperio. Revista de Neuro-Psiquiatría 2002; Vol.65: 32-46

² **MORENO Zaconeta A., DOMINGUES Casulari da motta L., FRANÇA P.S.** DEPRESIÓN postparto: Prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del hospital universitario de Brasilia, Brasil. Rev. Chilena ginecología obstetricia 2004; 69(3): Pág. 209-213

social, familiar y de pareja durante el periodo posparto, es decir que la interacción entre estos factores internos y externos podría causar reacciones emocionales en las madres

Esta situación se profundiza ante la falta experiencia del personal sanitario para detectar, reconocer y tratar este trastorno, sumado a la baja consulta de las mujeres por el temor a ser estigmatizadas como incapaces para atender sus actividades como mujer y madre. Además de sus temores, el mantenimiento y cronificación de los síntomas asociados a depresión posparto dificulta la vinculación afectiva madre-recién nacido conllevando incluso a fases sicóticas que atentan contra si misma o hacia su hijo.

Actualmente son pocos los datos estadísticos que se tiene en cuanto a la prevalencia de este trastorno en Colombia. Algunos estudios realizados en el país reportan una prevalencia de depresión posparto alta, dado que se estarían presentando cerca de 3 casos por cada 100 partos en adolescentes y hasta 8 casos por 100 partos en mujeres mayores de 34 años, por cada seis semanas a riesgo ⁽³⁾ ⁽⁴⁾ Los resultados de la investigación en los hospitales de la red publica del municipio de Popayán, el 98,4% de las gestantes asistieron a control prenatal, encontrándose que el 42,9%), de mujeres, están en riesgo de padecer depresión postparto .

Los hallazgos encontrados en esta investigación, buscan incentivar a las entidades de salud, y sus agentes a construir programas de atención integral, con el único propósito de ofrecer a la mujer y su familia, cuidados preventivos que

³ **LATORRE J, CONTRERAS P, HERRÁN O.** Depresión Posparto En Una Ciudad Colombiana. Factores De Riesgo. Aten. Primaria 2006; 37:332-340.

⁴ **LATORRE J, CONTRERAS P, HERRÁN O.** La Depresión Posparto En Madres Adolescentes De Bucaramanga, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 57 No.3, 2006; 156-162.

disminuyan riesgos y promuevan un desarrollo armónico de la gestante su hijo, y su grupo familiar en un entorno humanizante.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Diseñar una propuesta de prevención de depresión postparto en las entidades de salud que atienden a las mujeres en su etapa prenatal, parto y postparto basados en el modelo de autocuidado de Callista Roy.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Informar y sensibilizar a los profesionales de la salud responsables de los programas de atención a la mujer gestante, sobre la frecuencia de depresión postparto en hospitales de la red pública del municipio de Popayán, entre abril y junio de 2008.
- Elaborar una propuesta de cuidado, basado en el modelo de Calista Roy, que permitan detectar e intervenir precozmente factores de riesgo de depresión postparto, en mujeres gestantes que solicitan atención prenatal, en las entidades de salud, de la red pública.

METODOLOGIA

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados anteriormente y analizando los resultados obtenidos en este proyecto, se llevó a cabo la propuesta de trabajo en dos fases:

1. **Fase I:** Sensibilización e información de resultados a la población general y profesionales de la salud.

Se Socializaron los resultados obtenidos en esta investigación, a las entidades de salud del municipio de Popayán, que ofertan los servicios de atención a la mujer gestante, mediante la entrega a dichas instituciones de salud (EPS, IPS, ARS) de una copia del documento original: Depresión posparto y factores asociados, en los servicios gineco-obstetricos de la ciudad de Popayán.

2. **Fase II:** Educación a profesionales de la salud, que a su vez se divide en:

- 2.1. Tamizaje para la detección temprana de depresión posparto:**

Basada en la aplicación a las mujeres gestantes que acuden a control, de un tamizaje para detectar precozmente alteraciones o riesgos que puedan llevar a la mujer a padecer la depresión.

El cribaje debe realizarse con tres instrumentos a saber: cuestionario de riesgo psicosocial, escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS) y escala de detección temprana de depresión posparto adaptación al modelo de Sor Callista Roy.

- **Interpretación de los resultados:** Dependiendo del resultado de cada instrumento se catalogará a la mujer en:
 - **Riesgo bajo:** Si la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS) y la escala de detección temprana de depresión posparto adaptación al modelo de Sor Callista Roy resultan sin riesgo para depresión posparto.
 - **Riesgo medio:**
 - Si solamente una de las dos escalas resulta en riesgo para DPP.
 - Si las dos escalas tanto la Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS) como la escala de detección temprana de depresión posparto adaptación al modelo de Sor Callista Roy resultan en riesgo para DPP.
 - **Riesgo alto:**
 - Si solamente una de las dos escalas resulta positiva para DPP.
 - Si tanto la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS) como la escala de detección temprana de depresión posparto adaptación al modelo de Sor Callista Roy resultan positivas para DPP.

- **Conducta:** A continuación se mencionan las actividades que el profesional de enfermería debe realizar dependiendo el riesgo en el que se encuentre clasificada cada mujer:

TIPO DE RIESGO	CONDUCTA A SEGUIR	OBSERVACIONES
RIESGO BAJO	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención • Educación 	
RIESGO MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención • Educación • Apoyo terapéutico 	Se mantendrá a la mujer en seguimiento con el fin de prevenir el paso al siguiente nivel de riesgo.
RIESGO ALTO	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis detallado de la problemática y los mecanismos de afrontamiento de la gestante o púérpera según la teoría de Roy. • Educación • Apoyo terapéutico • Remisión con especialista. 	Se realizará consulta con psicología o psiquiatría según sea necesario.

2.2. Plan educativo basado en el modelo de cuidado de enfermería de Callista Roy:

Se debe incluir dentro de la fase formativa que se brinda a las gestantes en la atención prenatal, un plan educativo basado en el modelo de cuidado de enfermería de Callista Roy, que les permita obtener los conocimientos

necesarios para participar activamente en el cuidado y la prevención de este trastorno.

- A su vez la aplicación de este modelo mejorará la calidad de la atención por parte de los agentes de salud ya que les brinda la posibilidad de ofertar un cuidado integral a la mujer gestante y a su grupo familiar.
- Callista Roy dentro de su teoría habla a cerca de los modos adaptativos que son categorías de conductas para adaptarse a los estímulos. En este caso, se utilizarán los modos adaptativos como base para elaborar dos formatos o planes educativos y llevar a cabo la orientación tanto para el profesional de la salud como para la gestante y su familia.
- La meta de enfermería es ayudar a la mujer a adaptarse a los cuatro modos, ya sea en la salud o en la enfermedad, para lo cual se reforzaran cada uno de los aspectos mencionados en la teoría de Roy con actividades enunciadas en los 2 planes educativos.
- A continuación se enuncia el contenido del plan educativo que se dirigió a los directores científicos de las instituciones anteriormente mencionadas, y el que podrán elaborar los mismos para la gestante:

**PLAN EDUCATIVO DIRIGIDO A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD:
MANUAL PARA LA DETECCION TEMPRANA Y PREVENCION DE
DEPRESION POSPARTO. (Ver anexo G)**

Introducción

1. Objetivo
2. Campo de aplicación
3. Desarrollo del plan educativo a partir de la teoría de Callista Roy
 - Callista Roy (breve descripción)
 - Principios básicos de la teoría de Roy
4. Conceptos y cuadros clínicos.
 - Depresión posparto
 - Baby blues o depresión leve
 - Depresión mayor posparto
 - Psicosis posparto
5. Causas frecuentes de depresión posparto
6. Tamizaje para la detección temprana de depresión posparto.
7. Manejo y tratamiento:
 - Tratamiento medico recomendado
8. Complicaciones mas frecuentes

9. Manejo de enfermería basado en la teoría de Callista Roy:

- Valoración de los modos adaptativos: fisiológico, autoconcepto, función del rol, interdependencia.
- Escala de detección temprana de depresión posparto, adaptación al modelo de sor Callista Roy.
- Diagnósticos de enfermería

10. Conclusiones

11. Bibliografía.

PLAN EDUCATIVO DIRIGIDO A LAS MATERNAS:

¡LO QUE USTED DEBE SABER SOBRE LA DEPRESION POSPARTO!

1. Saludo a Las gestantes y sus familias
2. La severidad del problema en el mundo, país y región.
3. Que es la depresión posparto
4. Como identificar la depresión posparto
5. Quienes pueden estar en riesgo de padecer este trastorno
6. Cuales son los síntomas mas persistentes
7. Cuando debe consultar y a quien debe pedir ayuda
8. Cuales son las opciones de tratamiento para la depresión
9. Como puedo prevenir la aparición o empeoramiento de este trastorno.