

DEPRESIÓN DURANTE EL PUERPERIO Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, LA VÍA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO Y LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL RECIÉN NACIDO.

Ana María Escalante Gallanti¹, Carlos Elí A. Moncada Rodríguez², Ivonelia Moncada Rodríguez³, María Alejandra Sosa³.

¹, ²Departamento de Embriología, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela. ³Hospital de Clínicas. Caracas, Venezuela.

Resumen

La maternidad conduce a una serie de cambios en el nivel económico, físico, social y emocional. Es ideal que las condiciones que rodean a la embarazada sean óptimas y el ambiente favorable. Desajustes en estas condiciones se asocian con problemas emocionales y depresión durante el puerperio. Se estudió la asociación entre la presencia de depresión puerperal y los factores: estado civil, ocupación, grado de instrucción, planificación del embarazo, su vía de resolución y la evolución clínica del recién nacido. Se usó una muestra de 136 pacientes púrpas del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes durante el lapso comprendido entre mayo y agosto de 2013. Después de obtener el consentimiento informado, se realizó una entrevista estructurada con cada paciente para recoger los datos y administrar las escalas de depresión. Resultados: Edad cronológica promedio: 20 años (DE 5.94). Estado civil: Concubinato, 88%; solteras, 28%; casadas 20%. Oficios: Del hogar: 60.3%. Otros oficios y ejercicio de profesiones universitarias: 39.7%. Planificación del embarazo: 38%. Prevalencia puntual para depresión puerperal: 7.4%. No se encontró asociación significativa entre depresión puerperal y los factores sociodemográficos estudiados; tampoco con la vía de resolución del embarazo y la evolución clínica del recién nacido. La correlación entre las escalas de depresión fue 0.662 ($p < 0.00$), el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach: 0.729 para la escala de Edimburgo y de 0.723 para la escala de Zung. Concordancia entre ambas escalas = Kappa 0.442.

Palabras clave: Depresión puerperal, escala de Edimburgo, Escala de Zung.

Abstract

Puerperal depression and its association with demographic and social factors, the way of resolution of pregnancy and the newborn clinical evolution.

Motherhood leads to a series of changes at the economic, physical, social, and emotional level. Ideally the conditions surrounding the pregnancy should be optimal and favorable. Mismatches in these conditions are associated with emotional problems and depression during the puerperium. We studied the association between the factors: Marital status, occupation, level of education, pregnancy planning, way of resolution of pregnancy, the clinical outcome of the newborn and the presence of postpartum depression. The sample was 136 puerperal women at Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, between May and August 2013. After the informed consent was obtained, we conducted a structured interview with each patient to collect data and manage depression scales interview. Results: Mean age: 20 years old (SD 5.94). Status: Cohabitation, 88%; single, 28%; married, 20%. Crafts: Household (60.3%), other activities and year of university professions, remaining percentage. Pregnancy planning: 38%. Point prevalence for postpartum depression: 7.4%. No significant association between postnatal depression and socio demographic factors was found, nor the way to resolve clinical course of pregnancy and the newborn. The correlation between depression scales was 0.662 ($p < 0.00$), reliability coefficient Cronbach's alpha: 0.729 for the Edinburgh scale, and 0.723 for the Zing scale. Concordance between both scales Kappa: 0.442.

Keywords: Postpartum Depression, Edinburgh scale, Zing Scale.

INTRODUCCIÓN.

El paciente deprimido manifiesta aislamiento, irritabilidad, sentimientos de culpa, ideas suicidas y en general desapego hacia la vida. Esto afecta los ámbitos familiar, social y laboral, creando un verdadero problema de salud pública. La depresión afecta el 10% de la población general en el transcurso de la vida (Regier et al. 1978). La prevalencia del cuadro depresivo que se presenta posteriormente al parto es tres veces más alta en los países tercermundistas que en aquellos que han alcanzado el

desarrollo, siendo la frecuencia del trastorno más alta en las mujeres con niveles socioeconómicos más bajos (Evans et al. 2003).

Existe diferencia entre la frecuencia con que se presenta la depresión entre hombres y mujeres. Weissman y Klerman en 1977 comunicaron cifras de hasta 3.94 mujeres afectadas por cada hombre con depresión.

Se ha argumentado que estas diferencias están determinadas por factores hormonales, genéticos, culturales y sociales y que la inclusión de las mujeres

en el ámbito laboral ha favorecido el riesgo de presentar la enfermedad; esto último, en virtud del conflicto que acarrea la escogencia entre metas con valencias encontradas tales como elegir entre una vida profesional y otra familiar, máxime cuando la situación económica impone el desempeño laboral, a fin de obtener el complemento para la adquisición de los productos de la canasta básica.

Desde la perspectiva psicosocial se ha planteado que la mayor vulnerabilidad del sexo femenino a la depresión deriva de condicionantes como su menor estatus social y poder, así como de la interiorización de expectativas asociadas a los roles femeninos tradicionales. Algunos autores redefinen los valores clásicos de la «feminidad» como una variante de la indefensión aprendida, lo cual prepara cognitivamente a la mujer para no ser asertiva y limitar su repertorio de respuestas cuando es sometida a estrés, creándole creencias en el sentido de que el estereotipo de feminidad: sumisión, dominio de lo emotivo en vez de lo racional, menor estatus social que el hombre, menor cantidad de poder, menor formación académica, etc., es normativo, esperado y valorado (Weissman y Klerman 1977).

El hecho de ser del sexo femenino ya constituye un factor de riesgo que para sufrir depresión, si a esto se agrega la serie de cambios en los aspectos económico, físico, social y emocional que experimenta la mujer que deviene embarazada, se incrementa el riesgo para desarrollar la enfermedad. Un estudio que comparó mujeres grávidas en el tercer trimestre con no embarazadas, mediante el test de personalidad de Eysenck, encontró que las embarazadas presentan mayor estado de ansiedad y mayores sentimientos de inferioridad que las que no lo están. A este respecto es importante la consideración del ambiente en el cual se desenvuelve la gestante, ya que el mismo puede impactarla e influir en el desarrollo de su embarazo, ya de forma positiva, ya produciendo alteraciones en su equilibrio con influencias negativas hasta en la formación del vínculo madre-hijo (Pérez et al. 2007, Nieland y Roger 1993, Carnes 1983).

Depresión postnatal es un concepto usado para denotar todo trastorno depresivo en el que no hay síntomas psicóticos (Moreno et al. 2004); en consecuencia, en este cuadro la madre está en control de lo que desea informarle al médico y con frecuencia no refiere los síntomas de depresión ni busca ayuda. Esto lo hace para evitar ser etiquetada o conceptualizada como una “mala madre”. Por esta razón, la detección del trastorno se hace con menor frecuencia, lo cual eleva el sub diagnóstico y por ende el incremento de la morbimortalidad tanto para la madre como para el recién nacido, quien se

encuentra en la etapa más crítica de dependencia y vulnerabilidad. Este cuadro puede conducir a una relación ineficiente del binomio madre-hijo, con déficit en la formación de lazos de apego, cuyo resultado pone en peligro el equilibrio psicológico del niño. En cuanto a la madre, los sentimientos negativos, el aislamiento, la irritabilidad y las ideas suicidas pueden generar desórdenes en la familia y repercusiones dañinas en la crianza de otros hijos y en su relación con la pareja. En los casos más graves, el cuadro puede ser de depresión severa que en ocasiones, deriva en una psicosis puerperal cuyas consecuencias esperadas son el maltrato al recién nacido y hasta el infanticidio; esto se ha registrado hasta en una o dos de cada mil madres. (Marchesi et al. 2009, Field et al. 1985, Cooper et al. 1998, Hay et al. 2001). No solamente estos son los perjuicios producidos por esta noxa; considérese que el desinterés, la apatía, la falta de higiene personal, la irritabilidad, que entre otros son síntomas de la depresión puerperal, pueden disparar discusiones e insatisfacciones de la enferma con su pareja elevándose el riesgo de que ocurran separaciones o divorcios que dejarían a la paciente depresiva en un círculo vicioso negativo para su recuperación, pues la falta de apoyo social se ha relacionado con la depresión (Cox et al. 1987, Mc Donald et al. 1992).

Un factor importante en la gestante está constituido por las modificaciones psicológicas que experimenta durante ese estado. Mammelle et al. (1987) utilizaron el *Symptom check-list Hopkins* inventario de síntomas (SCL-90-R), para interrogar a un grupo de mujeres con seis meses de gestación acerca de los síntomas que experimentaron antes del embarazo y durante el mismo. El análisis puso de manifiesto que dicho estado se había acompañado de una acentuación de los síntomas previamente existentes y de una generación de otros, no observados comúnmente. Sin embargo, estas modificaciones no alcanzaron un nivel psicopatológico comparable a lo observado en sujetos que sufren de trastornos importantes. En general, en la mujer grávida existe el deseo de ser madre y la conducta de planificar y controlar el curso su embarazo, cuando esta situación se alcanza se produce mayor bienestar que cuando el evento es accidental. Otro factor de consideración en la calidad de vida es la condición de adolescente para soportar el embarazo. Es frecuente observar que las adolescentes presenten malos controles prenatales, ya que acuden a estos en forma tardía, pues ante una realidad difícil de asumir, entran inicialmente en una fase de negación, seguida de fases de ansiedad. La confirmación del embarazo genera, en la mayoría de estos casos, estrés intenso tanto para la adolescente embarazada como para sus familiares. No toda la gente reacciona igual ante estas circunstancias, en

algunos casos los familiares reaccionan airadamente o con indiferencia y se niegan a prestar el apoyo emocional y económico requerido, creando así un entorno negativo alrededor de la madre adolescente, el cual le genera sentimientos de culpabilidad. En Latinoamérica, se ha encontrado alta incidencia de embarazo en adolescentes. La tasa de embarazo en adolescentes en promedio es de 26 partos por cada 1000 mil mujeres y de 60 a 70% de los embarazos adolescentes son no deseados (Organización Mundial de la Salud 1977, Cabero et al. 2007). González (2013), en un artículo periodístico, dice que Venezuela es líder en mortalidad materna y embarazo y que una de cada cinco mujeres adolescentes ha tenido un embarazo no planificado en los primeros cinco meses de relación, antes de los 20 años de edad. Agrega el autor que al menos el 66% de embarazos ocurre en adolescentes, lo cual representa una alta tasa en Latinoamérica, superada sólo por Nicaragua y Honduras.

Objetivos de esta investigación fueron: Identificar la presencia de depresión puerperal de acuerdo con los resultados de las escalas de Edimburgo y Zung; investigar la prevalencia de la enfermedad; hallar la correlación y la concordancia entre ambas escalas y establecer la asociación estadística entre la depresión puerperal y algunos factores sociodemográficos, la vía de culminación del embarazo y la evolución clínica del recién nacido en las pacientes en puerperio inmediato o mediato, usuarias del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA)

METODOLOGÍA.

El presente trabajo es un estudio clínico de campo, de corte descriptivo, inductivo, cualitativo y transversal, en 136 usuarias del Servicio de Obstetricia y Ginecología del (IAHULA) de la ciudad de Mérida, entre los meses de junio y agosto de dos mil trece. El nivel de confiabilidad elegido fue de 95%; para estimar la prevalencia se tomó una referencia sobre su valor para Latinoamérica, según Ascaso et al. (2003), ubicado entre 8.8% y 10%. De acuerdo con estos valores de prevalencia el límite inferior sería de 123 pacientes para integrar la muestra y el superior de 138 pacientes. En este estudio se tomaron 136 pacientes. La fórmula que se usó para la determinación de estos valores, se muestra a continuación: $N = t^2 p (1 - p) / m^2$, donde t = nivel de fiabilidad 95% (valor estándar 1.96); p = prevalencia estimada; m = margen de error 5% (valor estándar 0.05). $N = 1.96^2 \times 0.088(1-0.088) / 0.05^2$.

Criterios para la inclusión: Pacientes en puerperio inmediato o mediato, sin patologías psiquiátricas asociadas y participación voluntaria en la investigación.

Criterios de exclusión: Personas que se negaron a participar en este estudio y aquellas cuyos embarazos: a) No fueron resueltos en el (IAHULA), b) se dieron en condiciones de abuso sexual, c) culminaron con muerte fetal y d) presentaron productos con malformaciones fetales.

Procedimiento. Se realizó una entrevista con cada paciente en la cual se le explicó el objetivo del trabajo y se le solicitó el consentimiento informado. Seguidamente se procedió a la aplicación de los instrumentos, en el siguiente orden: 1) Ficha de recolección de datos. 2) Aplicación de las escalas de depresión de Edimburgo y de Zung, por personal entrenado del IAHULA. Posteriormente se hizo el análisis de las historias clínicas de las pacientes. Aquellas que resultaron con criterio para depresión por cualquiera de las dos escalas fueron referidas al servicio de psiquiatría. Los datos obtenidos fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS.

Instrumentos: 1) Cuestionario *ad hoc*, diseñado para recabar los datos personales, demográficos y la evolución clínica del recién nacido. 2) Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS), desarrollada en los centros de salud en Livingston y Edimburgo. La misma se compone de 10 declaraciones cortas con opciones que admiten una puntuación entre cero y tres puntos. La madre debe responder en cada uno de los ítems “como se ha sentido durante los últimos 7 días”. La mayoría de las madres completan la escala sin dificultad en menos de cinco minutos. El estudio de validación demostró que las madres con una calificación por encima de un umbral de 12/13, era probable que se vieran afectadas por una enfermedad depresiva, de diversa gravedad (Cox et al. 1987). En Perú, Vega et al. (1997), estudiaron mujeres que no estaban en postparto y encontraron que la escala de depresión de Edimburgo discriminó entre mujeres con y sin depresión. Con un punto de corte de 17.5, la escala mostró sensibilidad de 80 por ciento y especificidad de 88.3 por ciento para la identificación de depresión mayor. Con un punto de corte de 15.5, la sensibilidad fue de 80% y la especificidad de 86.9% para la detección de depresión menor o mayor. La correlación entre los puntajes de la escala de depresión y el número de síntomas depresivos del DSM-IV fue significativa ($r = 0.6386$, $p < 0.001$). El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.8213. Los autores citados concluyeron que la validez de la traducción al español de la EPDS se extiende hasta la evaluación de depresión en mujeres que no están en el postparto.

La escala auto aplicada de depresión de Zung fue diseñada por W.W. Zung en 1965 para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo. Es un instrumento que

consta de 20 preguntas. De ellas, diez están elaboradas de forma positiva y diez de modo negativo. Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta (poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte del tiempo, la mayor parte del tiempo) y admite una calificación entre 1 y 4 puntos. De acuerdo con la ejecución en la prueba, se puede obtener una puntuación de 20 a 80 puntos; una puntuación mayor a 50 puntos es sugestivo de depresión. La escala contiene ocho ítems para valorar síntomas somáticos y ocho para síntomas cognitivos; dos ítems referidos al estado de ánimo y dos a síntomas psicomotores. Fiabilidad:

Se han conseguido índices de fiabilidad por el método de *Split-half* entre 0.70 y 0.80. El coeficiente de Cronbach se ubica desde 0.79 hasta 0.92 (Zung 1965). En Colombia, (Campo-Arias et al. 2007) reportó propiedades psicométricas eficientes de la escala, con mujeres embarazadas, el instrumento mostró una consistencia interna de 0.78 y una estructura tridimensional (ánimo deprimido, anhedonia, y desesperanza y culpa) que explicaba el 59.9% de la varianza. Validez: Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global están entre 0.50 y 0.80 (Feightner y Worrall 1990). El instrumento informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia. Esta escala muestra unos índices aceptables de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad. En un estudio realizado en Hermosillo, México, se administró esta escala a 62 personas con VIH, 59.7% del sexo masculino y 40.3% del sexo femenino, con edad promedio fue de 37.02 años. La evaluación psicométrica de la escala determinó la existencia de valores con significancia estadística en 19 de las 20 preguntas; en lo relativo a su comprensión por los usuarios; el análisis factorial exploratorio arrojó una estructura de tres factores, con valores propios superiores a 1 y que en conjunto explican 56.13% de la varianza, y en el análisis de confiabilidad de la medida se obtuvo un alfa de Cronbach global de 0.887. Según estos resultados, la escala de depresión de Zung posee óptimas propiedades psicométricas de validez de constructo y confiabilidad en personas con VIH (Rivera et al. 2007).

RESULTADOS.

Edad cronológica de las pacientes. La media fue de 20 años con desviación estándar de 5.94, y variación desde 14 hasta 38 años.

Distribución de las pacientes por grupo etario. Las pacientes fueron distribuidas en tres grupos: Adolescentes, cuya edad estuvo comprendida entre 13 y 19 años; adultos jóvenes, con edades entre 20 y 30 años, y adulto medio, con edades comprendidas entre 31 y 45 años. Tal como puede verse en la tabla 1, la mayor frecuencia se dio en el grupo de adultos jóvenes.

Tabla 1. Distribución de pacientes por grupo etario.

	Grupos de edad.		
	F	%.	% acumulado.
Adolescente	23	16.9	16.9
Adulthood joven	80	58.8	75.7
Adulthood media	33	24.3	100
Total.	136	100	

Al relacionar las variables edad y presencia de depresión, se observó que de 23 adolescentes se deprimieron 3 (13%); de 80 adultos jóvenes, se deprimieron 4 (5%) y de 33 adultos medios, 3 (9%). Las diferencias en la variable, expresadas en porcentajes, observadas en estos grupos no fueron significativas ($\chi^2 = 1.83$ n.s.).

Estado civil. 88 pacientes (64.71%) se encontraban en concubinato; 28 (20.59%) eran solteras y 20 (1.47%) casadas. Las que se encontraban en concubinato contaban con el apoyo de la pareja.

Para establecer la relación entre el estado civil y la presencia de depresión se consideraron las madres que vivían en concubinato y las casadas como un solo grupo, por contar con el apoyo de la pareja. De las solteras, 3 (10%) resultaron deprimidas; de las 108 que tenían apoyo de la pareja, 7 (6%) resultaron deprimidas. La asociación entre las variables no resultó estadísticamente significativa ($\chi^2 = 0.46$ n.s.)

Profesión. Entre los empleos más destacados figuraron oficios del hogar, 82 pacientes (60.29%); otros oficios: comerciante, maestras, oficinistas, 26 mujeres (19.11%); y profesionales universitarias o equivalente, 17 pacientes (12.5%).

Sexarquia: El inicio de las relaciones sexuales se produjo durante la adolescencia. Entre los 12 y los 19 años de edad, ya 115 mujeres habían tenido relaciones sexuales, siendo el porcentaje acumulado hasta esa edad de 84.6% (tabla 2).

Planificación familiar: 84 pacientes manifestaron no haber planificado su embarazo, sin embargo, tuvieron un buen control prenatal. De las 52 pacientes que planificaron su embarazo 3 (5%) resultaron deprimidas y de las 84 que no lo planificaron 7 (8%) presentaron depresión. La prueba de chi cuadrado de

Pearson reveló que las diferencias no son estadísticamente significativas ($\chi^2 = 0.2$)

Número de hijos: En la tabla 3 se observa que las frecuencias más altas se dieron en las categorías de 1, 2 y 3 hijos, en ese orden.

Asociación entre la condición de primigesta y depresión: De las 56 madres primigestas, 4 (7%) presentaron depresión: de las 80 madres que habían tenido más de un embarazo, 6 (7%) presentaron depresión. La prueba de asociación no reveló diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 0.01$ n.s).

Tabla 2. Edad de inicio de las primeras relaciones sexuales (sexarquia).

Edad	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje	Porcentaje acumulado
12	2	2	1.5	1.5
13	4	6	2.9	4.4
14	14	20	10.3	14.7
15	17	37	12.5	27.2
16	25	62	18.4	45.6
17	18	80	13.2	58.8
18	26	106	19.1	77.9
19	9	115	6.6	84.6
20	10	125	7.4	91.9
21	2	127	1.5	93.4
22	2	129	1.5	94.9
23	3	132	2.2	97.1
24	1	133	0.7	97.8
25	1	134	0.7	98.5
26	1	135	0.7	99.3
29	1	136	0.7	100
Total	136		100	

Tabla 3. Número de hijos de las pacientes entrevistadas

Número de hijos	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	56	56	41.2	41.2
2	40	96	29.4	70.6
3	26	122	19.1	89.7
4	9	131	6.6	96.3
5	4	135	2.9	99.3
7	1	136	0.7	100
Total	136		100	

Causa de ingreso: 67 pacientes (49.3 %), refirió consultar a la emergencia obstétrica por presentar contracciones uterinas dolorosas. Otras consultas se debieron a causas tales como: pérdida de líquido amniótico, elevación de cifras tensionales, sangrado genital (tabla 4).

Complicaciones durante el embarazo:

De las 136 pacientes 84 (61.8%), manifestaron no haber presentado ninguna complicación durante el embarazo. Entre las 52 (38.2%) pacientes que presentaron complicaciones, la hipertensión inducida por el embarazo fue la más frecuente. Otras complicaciones menos frecuentes fueron ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pre término, placenta previa e infección urinaria (tabla 5).

Tabla 4. Causa de ingreso de la paciente al Servicio de Obstetricia y Ginecología.

Causa de ingreso	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Contracciones uterinas	67	67	49.3	49.3
Pérdida de líquido amniótico	23	90	16.9	66.2
Elevación de cifras tensionales	17	107	12.5	78.7
Sangrado genital	3	110	2.2	80.9
Otros	26	136	19.1	100
Total	136		100	

Tabla 5. Complicaciones presente durante el embarazo.

Tipo de complicación	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	22	16.2
Ruptura prematura de membranas	10	7.4
Amenaza de parto pre término	7	5.1
Placenta previa	4	2.9
Infección urinaria	2	1.5
Otras	7	5.1
Total	52	38.2

Vía de resolución del embarazo: El parto por vía vaginal fue posible en 53 pacientes (38%). La vía de resolución del embarazo más frecuente fue parto abdominal o cesárea, realizada en 83 pacientes (61% de la muestra). La razón más común para realizar la operación fue la presencia de útero con cicatriz por cesárea anterior. Otros factores que condicionaron la cesárea así como frecuencia en cada caso, pueden verse en la tabla 6. Al Asociar la vía de resolución del embarazo con la presencia de depresión, se encontró que de las 83 pacientes cuyo parto se resolvió por vía abdominal 6 (7%) presentaron depresión y de las 53 que se resolvieron por vía vaginal 4 (7%) presentaron depresión. La asociación entre ambas variables no fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 0.001$ n.s).

Grado de instrucción y tipo de trabajo: La mayor parte de las pacientes se agruparon en las categorías secundaria incompleta y completa (38 y 66 pacientes, respectivamente) lo cual representa la cifra de 76.4% de la muestra. La primaria incompleta estuvo representada por 17 pacientes y la instrucción universitaria por 15 pacientes. No apareció analfabetismo en la muestra. En cuanto a la ocupación de las pacientes, oficios del hogar apareció con la mayor frecuencia; los trabajos de oficina y de comerciante se mostraron con menor frecuencia y otras actividades diversas básicamente de tipo obrero, por su exigua frecuencia fueron agrupadas en la categoría (tabla 7).

Tabla 6. Razón para realizar la operación cesárea y frecuencia en cada caso.

Indicación para cesárea	Frecuencia	Porcentaje
Útero con cicatriz por cesárea anterior	30	22
Desproporción céfalo pélvica	13	9.6
Distocia de rotación y descenso	7	5.1
Bienestar materno	5	3.7
Placenta previa	5	3.7
Presentación podálica	6	4.4
Embarazo múltiple	1	0.7
Inducción fallida	2	1.5
Otros	16	11.8
Total	85	62.5

Tabla 7. Grado de instrucción de las pacientes.

Grado de instrucción	F	%	Tipo de trabajo	F	%
Universitaria	15	11	Oficios del hogar	82	60.3
Secundaria completa	66	48.5	Oficinista	8	5.9
Secundaria incompleta	38	27.9	Comerciante	3	2.2
Primaria completa	17	12.5	Otros	43	31.6
Total	136	100		136	100

Relacionando el grado de educación alcanzada con la presencia de depresión, se observó que de las 136 pacientes 15 contaron con un grado de instrucción universitaria, 66 culminaron sus estudios de secundaria, 38 no concluyeron estudios de secundaria presentaron depresión tres (20%) de las universitarias, una (1.5%) de las que tenían secundaria completa; cuatro (10.5%) de las que no culminaron sus estudios de secundaria y dos (11%) de las del grupo de primaria completa. La asociación

entre grado de educación alcanzada y presencia de depresión resultó no significativa $\chi^2 = 7.26$.

Nivel socio económico y depresión. Al ubicar a las madres dentro de la clase social, una paciente resultó de clase alta, once de clase media alta, 39 de clase media baja y 85 de clase baja. Resultaron deprimidas una (9%) de clase media alta; 2 (5%) de clase media baja y 7 (8%) de clase baja. La asociación entre estas variables no fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 0.49$ n.s)

Pacientes diagnosticadas con depresión de acuerdo con las escalas aplicadas. La tabla 8 muestra los resultados obtenidos con cada una de las escalas aplicadas para medir la depresión. Puede observarse que mientras con la escala de Zung sólo aparecen tres mujeres deprimidas, con la escala de Edimburgo resultaron diez en este estado.

Tabla 8. Diagnóstico mediante las Escalas de Zung y de Edimburgo.

Diagnóstico mediante la Escala de Zung		
	Frecuencia	Porcentaje
Deprimida	3	2.2
No deprimida	133	97.8
Total	136	100
Diagnóstico mediante la Escala de Edimburgo		
	Frecuencia	Porcentaje
Deprimida	10	7.4
No deprimida	126	92.6
Total	136	100

La relación entre las puntuaciones obtenidas por las 136 pacientes en ambas escalas de depresión resultó ser lineal y positiva, por tanto se calculó el coeficiente de correlación lineal de Pearson para saber el grado de asociación entre ambas escalas, la misma fue: $r = 0.66$, $p < 0.01$

Confiabilidad de las escalas de Edimburgo y de Zung. El coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach fue 0.729 para la escala de Edimburgo y 0.723 para escala de Zung, de lo cual se infiere que ambas escalas son confiables.

En cuanto a la concordancia diagnóstica entre ambas escalas, se observó que las tres pacientes deprimidas de acuerdo con la escala de Zung, resultaron también deprimidas según la escala de Edimburgo y que 126 pacientes resultaron sanas en ambas escalas. El valor de la concordancia fue de 0.443 kappa y la significación estadística de 0.001 para $N = 136$.

Antecedentes familiares de trastornos afectivos y depresión puerperal. De las 10 pacientes deprimidas sólo una afirmó tener un familiar con trastorno depresivo y de las 126 no deprimidas sólo 9 refirieron antecedentes familiares de depresión. La prueba de

asociación no reveló diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 1.53$ n.s).

Evolución clínica del recién nacido y depresión.

De las 136 pacientes, 111 tuvieron hijos con evolución clínica satisfactoria y 25 con evolución clínica no satisfactoria, entendiéndose por tal, el alta del servicio a las 24 horas o que no ameritaran ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Seis madres del primer grupo y cuatro del segundo presentaron depresión. La asociación entre ambas variables no resultó estadísticamente significativa ($\chi^2 = 3.39$ n.s).

DISCUSIÓN

La edad cronológica promedio se ubicó en 24 años con una desviación estándar de 5.94, siendo su mayor frecuencia 20 años, la edad mínima 14 años y la máxima 38. El grupo predominante fue el de adulto joven, comprendido entre 20 y 30 años de edad, lo cual indicó que la mayoría de las pacientes se encontraban en el grupo de bajo riesgo obstétrico. En relación con este riesgo, otros estudios se reportan cifras similares: Urdaneta et al. (2010), en Maracaibo Estado Zulia, cuyas medias de edad son 23 y 27 años para primigestas y multíparas, respectivamente, con rangos entre 19 y 28 años y 21 y 33 años, respectivamente; Aramburu et al. (2004), en Perú, quien, para un grupo de estudio conformado por 261 madres, consiguió un media de 27 años y un rango de edad entre 15 y 46 años,

El estado civil predominante fue el concubinato, presente en 64.70% de las madres entrevistadas, lo cual es una cifra superior a lo que se presenta para diferentes países de la América hispana, donde numerosos estudios, que han incluido a Venezuela, han mostrado que las uniones consensuales, que constituyen un contexto socialmente aceptado para tener y criar hijos, han pasado de representar el 16.8% a constituir el 38.9% del total de nacidos (Castro et al. 2010).

Del grupo de madres entrevistadas, 60% manifestó dedicarse a los oficios del hogar; otros oficios y profesiones universitarias abarcaron el restante porcentaje.

Se evidenció que el primer contacto sexual se inicia en edades tempranas durante la adolescencia, entre los 16 y los 18 años de edad, lo cual es comparable con lo observado en Tulua, Colombia, por (Mendoza et al. 2012), observándose incluso, en algunas mujeres de la muestra, el inicio de relaciones muy tempranas, a los 12 años de edad. De acuerdo con el autor citado, el inicio de la actividad sexual en adolescentes, está asociado a pobre planificación familiar, mayor tasa de fecundidad y riesgo de adquisición de enfermedades de transmisión sexual, lo cual no sería extraño que se presentara en nuestro

medio; por tanto este es un asunto sobre el cual, por su importancia en materia de salud pública, debe investigarse en nuestro país.

El nivel de instrucción predominante fue la secundaria completa y el nivel económico dominante fue la clase baja.

La cifra de incidencia para depresión obtenida en este estudio fue del 7.4%, muy cercana a las cifras de prevalencia para la depresión halladas en España (6.5%) y Chile (10.2% en un estudio y 8.8% en otro (Ascaso et al. 2003, Jadresic et al. 1992, Alvarado et al. 1992). En comparación con las cifras de prevalencia de la depresión obtenidas en Lima (López et al. 2002), en sistemas de salud públicos del primer nivel, (24.1%) y en el Bronx de Nueva York (22%), por Morris et al. (2003), la obtenida en este estudio (7.4%) es bastante baja. Es posible que factores ligados a diferencias en la calidad de vida y en la calidad de la asistencia prestada por el centro de atención de salud explique las diferencias.

Al cruzar los resultados hallados en las variables sociodemográficas, vía de resolución del embarazo y la evolución clínica del recién nacido con el test positivo para depresión, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre ellas. Este hecho apoya la evidencia presentada por Evans et al. (2003). En igual sentido se encuentran los resultados de Alvarado et al. (2000) quienes tampoco encontraron diferencias significativas en la incidencia de cuadros depresivos en el postparto para nivel socio-económico, edad de la madre, años de estudio de la mujer, lugar de residencia (urbano o rural), estado civil, ni número de hijos previos.

El antecedente de un familiar en primer o segundo grado con trastornos afectivos y su asociación con la depresión tampoco mostró significación estadística en este estudio, pues sólo uno de los pacientes con depresión tuvo un familiar con antecedentes de trastornos afectivos, y diez madres sin depresión manifestaron tener familiares con antecedentes afectivos.

En cuanto a la variable “no planificación del embarazo” la cual ha sido asociada a la presencia de depresión durante el puerperio se pudo observar que 8% de las pacientes que no habían planificado su embarazo cursaron con la enfermedad durante el puerperio, este resultado difiere de los hallazgos de Istock et al. (2010), quienes encontraron que el 35% de las pacientes deprimidas, no habían planificado el embarazo. Un dato que vale la pena reportar es que a pesar de que las pacientes no habían planificado su embarazo, sí contaron con un buen control prenatal, ya que la mayoría de las pacientes habían acudido al número mínimo de controles prenatales requerido.

En relación con el hecho de ser primeriza, Rojas et al (2010) en Chile, reportan que las pacientes con más

de un hijo tienen dos veces más riesgo de padecer depresión durante el puerperio. En este estudio el porcentaje de depresión durante el puerperio entre el grupo de primigestas y el de quienes tenían un embarazo previo, fue igual: 7% para cada uno de ellos, resultando el grado de asociación entre las ambas variables irrelevante. Este resultado concuerda con lo reportado por Urdaneta et al. (2010) quienes tampoco encontraron asociación estadísticamente significativa entre paridad y depresión posparto. Existen trabajos como el de Poo et al. (2008) que En cuanto a la evolución no satisfactoria del recién nacido es plausible que repercuta en el estado anímico de la madre. El hecho de que el neonato deba ser hospitalizado frustra el contacto cercano entre la madre y su hijo, genera miedos relacionados con su posible muerte y expectativas de fracaso en la relación madre-hijo. En este estudio se pudo apreciar que 25 recién nacidos (18%) ingresaron a la unidad de neonatología para observación. De este grupo sólo el 16% de las madres desarrolló depresión durante el puerperio, evidenciándose una asociación estadísticamente no significativa entre ambas variables.

Aunque la falta de apoyo de la pareja y la presencia de depresión durante el puerperio parecieran asociarse de manera positiva y significativa, en este estudio la asociación entre estos factores no mostro relevancia estadística, lo cual es conteste con los resultados de las investigaciones realizadas por Castañón et al. (2008), Evans et al. (2003) y Alvarado et al. (2000).

La asociación entre las variables nivel socioeconómico y depresión durante el puerperio no resultó estadísticamente significativa en este estudio. En cuanto al grado de instrucción de la madre y la presencia de depresión durante el puerperio, el número más alto de pacientes que mostraron depresión apareció en las de nivel universitario con 20%, aunque la cifra no alcanzó la significancia estadística.

En igual sentido se encuentran los resultados de Alvarado et al. (2000) quienes tampoco encontraron diferencias significativas en la incidencia de cuadros depresivos en el postparto para nivel socio-económico, edad de la madre, años de estudio de la mujer, lugar de residencia (urbano o rural), estado civil, ni número de hijos previos. En otros estudios se reporta relación inversamente proporcional entre las puntuaciones más altas de las escalas de depresión y un bajo nivel socio económico (Usandizaga 1997); y de igual modo, relación inversa entre un alto nivel en las escalas de depresión y un bajo nivel educativo (Rojas et al. 2010). Es posible que estas diferencias sean el reflejo de realidades sociales diferentes en las muestras que conformaron los diferentes estudios,

reportan relación entre la presencia de depresión y el tener más de un hijo. Es probable que esta asociación refleje el hecho de que la paciente haya presentado en su embarazo previo depresión durante el puerperio y esta enfermedad tiene tendencia a presentar recidivas y por ende a manifestarse en el nuevo embarazo; sin embargo, se puede pensar que en este estudio no apareció asociación estadísticamente significativa entre ambas variables porque que se habían excluido las pacientes con trastornos psiquiátricos.

pero también es dable pensar que la selección de las muestras y factores metodológicos subyacentes expliquen el fenómeno.

Finalmente, al relacionar ambas escalas de depresión se consiguió, tal como se esperaba, correlación lineal alta y significativa, indicadora de un buen grado de comunalidad y por ende de validez concurrente de la escala de Edimburgo, en relación con la escala de Zung.

Tal como se mencionó en la sección de metodología, Vega et al (1997), reportó correlación positiva y significativa entre los puntajes de la escala de depresión de Edimburgo y el número de síntomas depresivos del DSM-IV lo cual es un indicador de su validez; por tanto, es plausible pensar que la escala de Zung debe correlacionar también con el número de síntomas depresivos del DSM-IV, pues se ha visto que ambas escalas presentan relación lineal alta y positiva.

En cuanto a la concordancia entre ambos instrumentos en la detección de trastornos afectivos de tipo depresivo, se observó que la prueba Kappa que determina los acuerdos en los casos positivos y los negativos, arrojó un resultado de (0.443): altamente significativa, lo cual puede interpretarse como otra muestra de validez para la prueba de Edimburgo.

Los coeficientes alfa de Crombach obtenidos para la Escala de Edimburgo y para la Escala de Zung fueron, respectivamente, 0.729 y 0.723, lo cual es similar al valor obtenido en estudio realizado por Campo-Arias (2007) en Colombia, el cual fue de 0.78 y al hallado en Perú por Vega et al. (1997), el cual fue 0.82, y el descrito por Rivera et al. (2007) cuyo valor fue de 0.88, en una muestra de pacientes con VIH constituida por hombres y mujeres. Esto implica que tanto la escala de Edimburgo como la de Zung son instrumentos confiables que pueden manejarse con utilidad en la búsqueda de elementos de depresión en el puerperio.

CONCLUSIONES.

La depresión post parto es una patología de baja incidencia pero de mucha relevancia en el ejercicio médico. Es indispensable que se generen todas las

condiciones favorables para promover la salud del binomio madre hijo y eso incluye buenas condiciones económicas, físicas, sociales y emocionales que fortalezcan el desarrollo de lazos de apego entre ellos. Estas razones permiten recomendar la aplicación de instrumentos diagnósticos en el método clínico usado para explorar la presencia de factores de riesgo que pueden llevar al desarrollo de la enfermedad durante el puerperio.

A pesar de que la incidencia de dicha patología en este estudio resultó baja, no debemos desestimarla. Por tanto, debería introducirse la aplicación de las escalas de depresión y el interrogatorio pertinente como rutina en la consulta de la embarazada ya por ser la depresión en muchos casos silenciosa, pone en riesgo a muchas madres y a su entorno familiar. Las escalas empleadas en este estudio resultan buenos instrumentos para este propósito.

Recomendaciones.

Se aconseja a las instancias gubernamentales la implementación de programas para educar a la población adolescente con el fin de que posterguen el inicio precoz de relaciones sexuales irresponsables, haciendo hincapié en sus consecuencias tales como el embarazo precoz y las enfermedades de transmisión sexual.

Se recomienda tomar en consideración en los servicios de atención de salud a nivel primario, la consulta de control postnatal y la implementación y el uso de cuestionarios o test con el fin de detectar la presencia de sintomatología depresiva en las pacientes para que puedan referirse a la consulta especializada.

Los síntomas de depresión pueden ocurrir desde las primeras horas posteriores al parto, incluso hasta el año después del evento. Por tanto, se recomienda que en los servicios de obstetricia y ginecología, así como también en la consulta externa de los servicios dispensadores de salud en general, se informe a las pacientes por medio de boletines, folletos y carteleros acerca de las enfermedades del postparto y los sitios a los cuales acudir en caso de presentar alguna sintomatología.

Se sugiere estudiar el empleo de las diversas escalas de tamizaje de depresión para la detección precoz del trastorno depresivo. En este sentido nos permitimos recomendar el uso de la escala de Edimburgo, por tener mayor sensibilidad.

REFERENCIAS

Alvarado R, Rojas M, Monardes J et al. 1992. Cuadros depresivos en el postparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. Rev Psiquiat. 3: 1168-1176.

Aramburú P, Arellano R, Jáuregui S et al. 2008. Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana, junio 2004. Revista Peruana de Epidemiología. 12: 1-5

Ascaso C, García L, Navarro P et al. 2003. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. Elsevier. 120: 126-129.

Cabero R, Saldivar R, Cabrillo R. 2007. Obstetricia y medicina materno-fetal. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España.

Campo-Arias A et al. 2006. Comparación de algunas propiedades psicométricas de la escala de Zung para depresión con puntuaciones dicotómicas. Revista Colombiana de Psiquiatría. 35: 511-518.

Carnes JW. 1983. Psychosocial disturbances during and after pregnancy. Postgrad Med. 73: 135-.

Castañon C, Pinto J. 2008. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo Javier Pinto, Rev. méd. Chile. 136: 851-858.

Castro T, Cortina C, Martín T et al 2010. Maternidad sin matrimonio en América Latina: Análisis comparativo a partir de datos censales. CEPAL Notas de población N° 93: 1-40.

Cooper P y Murray L. 1998. Postnatal depression. Clinical review. B Med J. 316: 1884-1886.

Cox J, Holden J, Sagovsky R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry. 150: 782-786.

Evans G, Vicuña M, Marín R. 2003. Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. Rev Chil Obstet Ginecol. 68: 491-4.

Feightner J, Worrall G. 1990. Early detection of depression by primary care physicians. Can Med Assoc J. 142: 1215-1220.

Field T, Sandberg D, Garcia R. 1985. Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions. Developmental Psychology. 21: 1152-6.

Gonzales D. 2013. Venezuela es líder en mortalidad materna y embarazo adolescente. Caracas. Diario El Universal, 20 de Mayo.

Hay D, Pawlby S, Sharp D et al. 2001. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. J Child Psychol Psychiatry. 42: 871-89.

Istock et al. 2010 Factores predisponentes de la depresión leve puerperal durante el puerperio inmediato en primíparas. IHULA. Mérida

Jadresic E, Jara C, Miranda M et al 1992. Trastornos prospectivo de 108 mujeres. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 30: 99-106.

López J, Valdés M. 2002. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Masson. Barcelona:

Mac Donald L, Peacock J, Anderson H. 1992. Marital status: association with social and economic circumstances, psychological state and outcomes of pregnancy. J Public Health Med. 14: 26-34.

Mamelle N, Gerin P, Measson A et al. 1987. Assessment of psychological modifications during pregnancy: Contribution of Derogatis Symptom check-list (SCL 90-R). 7: 39-50 Marchesi C, Bertoni S, Maggini C. 2009. Major and minor depression in pregnancy. Obstet Gynecol. 113:1292-1298.

Mendoza L, Arias M, Pedroza M et al. 2012. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. Rev. chil. obstet. ginecol. 77: 271-279.

Moreno A, Domínguez L, França PS. 2004. Depresión posparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. Rev Chil Obstet Ginecol. 69: 209-213.

Morris J, Comerford M, Bernstein P. 2003. Screening for postpartum depression in an inner-city population. Am J Obstet Gynecol. 188: 1217-1219.

Nieland M, Roger D. 1993. Emotion control and analgesia in labour. Personality and Individual Differences. 14: 841-843.

Organización Mundial de la Salud. 1977. Necesidades de salud de los adolescentes. Ginebra. Serie de informes técnicos n° 609

Pérez R, Sáez K, Alarcón L et al. 2007. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez. 67: 187-191.

emocionales en el embarazo y el puerperio: estudio

óo A, Espejo C, Godoy C et al. 2008. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. Rev. méd. Chile. 136: 44-52.

Regier D, Goldberg I, Taube C. 1978. The de facto U.S. Mental Health services system: A public health perspective. Archives of General Psychiatry, 35: 685-693.

Rivera B, Corrales A, Cáceres O et al. 2007. Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH. Ter Psicol. 25: 135-140.

Rojas G, Fritsch R, Guajardo V et al. (2010). Caracterización de madres deprimidas en el postparto. Rev. Mes. Chile. 138: 536-542.

Urdaneta J, Rivera A, García J et al. 2010. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y múltiparas valoradas por la escala de Edimburgo Rev Chil Obstet Ginecol. 75: 312 – 320

Usandizaga J. 1997. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Editorial Mc Graw-Hill. Madrid. Pág. 193.

Vega J, Mazzotti G, Stucchi S et al. 1997. Validación de la escala de depresión de Edinburgo en mujeres que no están en período postparto. Revista de neuropsiquiatr. 60: 283-293.

Weissman M, Klerman G. 1977. Sex differences and the epidemiology of depression. Archives of General Psychiatry. 34: 98-111.

Zing WW. 1965. A self rating depression scale. Arch Gen Psychiatr. 12: 63-70.

Recibido: 25 feb 2015

Aceptado: 30 abr 2015

MedULA le invita a publicar en sus páginas, los resultados de sus investigaciones u otra información en ciencias de la salud.

Apartado 870. Mérida. Venezuela.

MedULA en Internet

Usted puede acceder y descargar todos los contenidos de la revista **MedULA**, a texto completo con figuras a todo color, desde algunas de las siguientes páginas de la Web, entre otras: www.saber.ula.ve/medula; www.latindex.org; www.periodica.org; www.doaj.org; www.freemedicaljournals.com; www.fj4d.com; <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extrev?codigo=7642>; www.portalesmedicos.com; <http://web5.infotrac.galegroup.com>; www.ebsco.com; www.monografias.com; www.imbiomed.com; www.indexcopernicus.com