

Detección de síntomas depresivos durante el postparto inmediato y el seguimiento a largo plazo: estabilidad temporal y factores asociados

Pablo R. Rozic

*Departamento de Psiquiatría, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas – CEMIC, Buenos Aires, Argentina.
E-mail: prozic@cemic.edu.ar*

Javier A. Schwartzman

Departamento de Ginecología y Obstetricia. Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas – CEMIC, Buenos Aires, Argentina.

Cynthia I. Paolini

*Departamento de Psiquiatría, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas – CEMIC, Buenos Aires, Argentina.
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas – CONICET.*

Andrea Gadow

Departamento de Psiquiatría, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas – CEMIC, Buenos Aires, Argentina.

Diego A. Calvo

Departamento de Ginecología y Obstetricia. Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas – CEMIC, Buenos Aires, Argentina.

Fernando Paesani

Departamento de Ginecología y Obstetricia. Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas – CEMIC, Buenos Aires, Argentina.

Pedro Pieczanski

Departamento de Psiquiatría, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas – CEMIC, Buenos Aires, Argentina.

Gustavo H. Vázquez

*Departamento de Neurociencias, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina.
Departamento de Psiquiatría, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas – CEMIC, Buenos Aires, Argentina.*

María Lolich

*Departamento de Neurociencias, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina.
Departamento de Psiquiatría, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas – CEMIC, Buenos Aires, Argentina.*

Hugo B. Krupitzki

Departamento de Ginecología y Obstetricia. Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas – CEMIC, Buenos Aires, Argentina.

Introducción

La depresión es la principal causa de discapacidad en la mujer (23, 25), riesgo que aumenta durante el periodo fértil y persiste durante el embarazo y el postparto. Se ha verificado un aumento de estudios y publicaciones sobre la depresión posparto durante los últimos años. Diferentes trabajos demostraron una prevalencia de Depresión posparto (DPP) que va del 10% al 15% (4, 6, 16).

Estudios transculturales han verificado que la frecuencia de la DPP puede variar entre diferentes países y culturas (21, 42). Una investigación realizada con mujeres nigerianas (1), indica que la depresión es común al final del embarazo en Nigeria, existiendo una significativa correlación con factores sociales y familiares. Estos factores (soltería, divorcio, historial previo, muerte fetal y percepción de falta de apoyo social), se encontrarían también relacionados con la DPP que alcanza en este estudio al 8,3% de las mujeres dos semanas después del parto.

La prevalencia de la DPP oscilaría entre 0,5 - 60,8% de acuerdo a la bibliografía internacional (21). Esta categoría diagnóstica hace referencia a un episodio depresivo de características clínicas similares a un Episodio Depresivo Mayor. Por ejemplo, el DSM IV-TR (*Statistical Manual of Mental Disorders*) establece a la DPP como un Episodio Depresivo Mayor que tiene comienzo a partir

del período posparto, e indica que los síntomas depresivos pueden comenzar durante las primeras 4 semanas posteriores (3). De acuerdo con el ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10)), la DPP es un desorden mental leve y comportamental que tiene comienzo durante las primeras 6 semanas después del parto (41).

Las manifestaciones clínicas de la DPP incluyen algunas de las siguientes: estado de ánimo depresivo, marcada disminución del placer en casi todas las actividades, insomnio o hipersomnia, pérdida o aumento significativo del peso, agitación o enlentecimiento psicomotriz, pérdida de energía, sentimiento de inutilidad y excesivo sentimiento de culpa, disminución del autoestima y la autoconfianza, dificultades en la concentración e ideación suicida (3, 41). La DPP puede persistir hasta un año después del parto si no es diagnosticada y correctamente tratada (22). El riesgo de recurrencia es de aproximadamente un 25%, en aquellas mujeres que han sufrido un episodio previo (4, 39).

En relación al impacto de la patología en la calidad de la relación madre-hijo existe evidencia sobre el efecto deletéreo de la depresión materna sobre el niño y su familia (17, 18, 24, 32). Por ejemplo, las madres depresivas expresarían mayor grado de emociones negativas (como por ejemplo, tristeza, ansiedad, nerviosismo, y agresión),

Resumen

Objetivos: describir la frecuencia de sintomatología depresiva compatible con el diagnóstico de depresión posparto durante el período perinatal, factores asociados y estabilidad temporal. **Métodos:** durante los años 2006-2007 fueron entrevistadas un total de 398 mujeres puérperas asistidas en el CEMIC, dentro de los 5 días posteriores al parto, utilizando la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, así como un cuestionario socio-demográfico. Fue realizado un análisis de regresión logística a fin de identificar factores asociados a un screening positivo. Durante los 6-12 meses siguientes se realizó un seguimiento con dos grupos de similares características. **Resultados:** la frecuencia de sintomatología depresiva en el postparto inmediato fue de 17,8% (puntaje de corte = 10). Antecedentes depresivos y complicaciones en el recién nacido resultaron significativamente asociados con un screening positivo. De las 110 pacientes entrevistadas, 24 obtuvieron resultados positivos durante el seguimiento. **Conclusión:** la prevalencia de riesgo de sufrir depresión posparto en las pacientes encuestadas se encuentra dentro de los parámetros que reporta la literatura internacional. En un seguimiento en el período comprendido entre los 6 meses y los 12 meses posteriores al parto, resultaron positivas 6 mujeres asintomáticas en la primera evaluación. Se postula la existencia de cuadros de depresión posparto que se manifiestan hasta un año después del nacimiento.

Palabras clave: Depresión perinatal - Depresión posparto - Sintomatología depresiva - Postparto inmediato - Factores asociados.

SCREENING FOR SYMPTOMS OF DEPRESSION DURING POSTPARTUM AND THE LONG TERM FOLLOW UP: TEMPORAL STABILITY AND ASSOCIATED FACTORS

Summary

Aims: To describe the frequency of depressive symptoms compatible with a postpartum depression diagnosis, the associated factors and the temporal stability. **Methods:** During 2006-2007 398 hospitalized puerperal women who attended CEMIC were interviewed 5 days after childbirth using the Edinburg Postnatal Depression Scale and a socio-demographic questionnaire. A logistic regression analysis was performed to identify associated factors with a positive screening. During the following 6-12 months a follow up was carried with two groups of similar characteristics. **Results:** The frequency of depressive symptoms at post partum was 17.8% (cut off = 10). Depressive history and neonatal intensive care were significantly related to a positive screening. From the 110 interviewed women, 24 were positive in the follow-up. **Conclusion:** The prevalence of risk for postpartum depression in the sample of patients surveyed is within the parameters reported in international literature. At the 6 month follow up, 6 previously asymptomatic women during the first screening turned on positive. It is theorize the existence of potential postpartum depression cases that can manifest up to a year after childbirth.

Key words: Perinatal depression - Postpartum depression - Depressive symptoms - Associated factors - Immediate postpartum period.

mayor dificultad para relacionarse con los miembros de su familia incluyendo su pareja (12, 15, 17, 37), y reportarían mayores niveles de insatisfacción sexual que aquellas mujeres no depresivas (31). Estas deficiencias pueden abarcar a su vez la esfera de la interacción materno-infantil de tipo visual y verbal. La depresión materna afectaría por tanto la comunicación con el bebé, comprometiendo la expresión de emociones positivas faciales y las actitudes afectivas en general (37).

La depresión materna postparto también favorecería un deterioro en el desarrollo psico-social del niño pudiendo generar inclusive un déficit intelectual (14, 26). Otras consecuencias de la depresión materna pueden manifestarse en el recién nacido como bajo peso, enfermedades psicósomáticas, tendencia a padecer accidentes, retraso madurativo, dificultades cognitivas, (7, 9, 36) así como trastornos psiquiátricos durante la adolescencia (35).

Existen diferentes teorías acerca de la etiología de la DPP (20, 27). Actualmente se la considera como a una enfermedad multifactorial compleja, donde se ponen en juego diferentes factores tanto biológicos, ambientales como psicológicos. Fluctuaciones en los niveles hormonales, alteraciones de la función tiroidea, exposición a eventos traumáticos, estrés, redes ineficaces de soporte social, antecedentes heredo-familiares de trastornos del estado de ánimo y problemas de pareja, entre otros, son algunos de los factores asociados a la DPP descriptos en la literatura (28, 39).

Objetivos

Objetivo primario: evaluar la prevalencia de sintomatología depresiva durante el postparto inmediato en una población de mujeres asistidas en el Hospital Universitario del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires e identificar los factores asociados.

Objetivo secundario: explorar la estabilidad temporal de los síntomas depresivos mediante seguimiento a largo plazo.

Materiales y métodos

Muestra: en el período comprendido entre enero de 2006 hasta enero de 2007 un total de 398 mujeres puérperas fueron entrevistadas dentro de los primeros 5 días después del parto, de un total de 503 nacimientos, asistidos en el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC). Fueron excluidas del estudio todas aquellas puérperas menores de 18 años de edad, aquellas con menos de 28 semanas de gestación al momento del parto, aquellas que no comprendieran el castellano, o que no consintieran en participar del estudio.

Las 398 pacientes incluidas contaban con un buen nivel educativo y socio-económico lo que aseguraba un grado de comprensión adecuado de las consignas y del procedimiento de evaluación mediante la escala y la entrevista telefónica posterior.

Instrumentos: fue utilizada la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS*) para detectar la presencia de sintomatología depresiva en el postparto inmediato (10). Esta escala es auto administrable, ha sido ampliamente utilizada, traducida a múltiples idiomas y validada en idioma español (8, 19). Si bien estudios internacionales indican un puntaje de corte de 12-13 puntos en la versión inglesa de la escala (29), el uso de la misma en su versión adaptada al idioma español recomienda un puntaje de corte de al menos 10 puntos (13). Algunos autores, plantean que éste diferiría de acuerdo al período en el cual se la aplique, indicándose un puntaje de 11/12 cuando han transcurrido menos de 4 semanas después del parto y un puntaje de 7/8 en el caso de que la evaluación se realice entre las 4 y 13 semanas posteriores al parto (2).

En el presente estudio se utilizó un valor de corte (*cut off*) de 10 (diez) puntos para las dos instancias de evaluación. Si bien la EPDS no fue diseñada para realizar un diagnóstico de depresión puerperal se propone un puntaje de corte de 9 puntos para ser utilizado como tamizaje, obteniéndose una sensibilidad del 100% y una especificidad del 76% (10). Como se mencionó, la bibliografía al respecto resulta heterogénea, proponiéndose puntajes de corte más altos (12/13) para evaluar depresión mayor en poblaciones no latinas. No obstante se recomienda un puntaje de corte de 10 para lograr una sensibilidad que detecte los casos de depresión menor en poblaciones de habla hispana (13). Por lo tanto, el puntaje de corte elegido en este trabajo permitiría detectar la totalidad de los casos de depresión con muy pocos falsos positivos. Este corte resulta además, particularmente útil para proyectos de investigación en los cuales se utiliza la EPDS como única herramienta de medición para identificar posibles casos (11). En el presente estudio se administró solamente la EDPS en pos de lograr la colaboración y practicidad óptima para las participantes y evitar, de este modo, demorar el tiempo de evaluación requerido.

A fin de indagar los factores de riesgo asociados a la presencia de sintomatología depresiva en el postparto inmediato, se analizaron las variables con mayor potencial de impacto:

Variables socio-demográficas: educación materna

Edad Materna: tomando como referencia estudios precedentes (23, 38), se dividió a la muestra en tres grupos etarios: un primero integrado por mayores de edad (18) hasta los 25 años de edad (considerándose a éste el cohorte de madres más jóvenes) y otros dos grupos de diez años cada uno (25 a 34; mayor de 35), siendo el último integrado por mujeres que en general cuentan con embarazos previos.

Antecedentes médicos maternos: antecedentes de depresión en embarazos previos, antecedente de DPP, antecedentes de depresión en cualquier momento de la vida, trastorno disfórico premenstrual, historia familiar de

depresión, otros antecedentes psiquiátricos familiares, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Variables obstétricas: consulta antes de las 20 semanas, tratamiento por fertilidad, internación durante el embarazo y asesoramiento prenatal.

Variables neonatales: edad gestacional, peso del recién nacido, sexo del recién nacido, embarazo múltiple, complicaciones durante el parto (falta de progresión, sufrimiento fetal, prolapsos, desprendimiento placentario), internación conjunta, reanimación, dificultades de lactancia y complicaciones en el recién nacido.

Actividades y Procedimientos: el presente estudio fue llevado a cabo en dos etapas:

Etapa I: Tamizaje (Screening)

A. Consentimiento informado: se entregó un formulario explicativo sobre la naturaleza del estudio que fue refrendado por aquellas mujeres que consintieron participar en el mismo.

B. Entrevista: aquellas mujeres que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado, fueron entrevistadas por personal entrenado (licenciadas en psicología) para recabar información acerca de los factores sociodemográficos, historia reproductiva, antecedentes de trastornos psiquiátricos, tratamientos, datos familiares, datos obstétricos y neonatales.

C. EPDS: se entregó un ejemplar de la escala de Edimburgo de Depresión Posnatal luego de la explicación de los objetivos y de las indicaciones para ser completada por cada una de las mujeres participantes.

Etapa II: Seguimiento

Durante el período comprendido entre los 6 meses y el año posteriores al parto se efectuó un seguimiento telefónico por parte de personal específicamente entrenado y sin contacto previo con las mujeres encuestadas. Dicho seguimiento se llevó a cabo a través de la administración de la EPDS y un cuestionario ad hoc. El mismo buscó indagar respecto al estado general de salud, nivel de actividad y la presencia de conductas de búsqueda de ayuda psicológica especializada antes y después del parto.

Se contactaron todas aquellas mujeres cuyos valores en la EPDS fueron positivos (mayores a 10 puntos)

durante la etapa I, así como un número igual de mujeres seleccionadas al azar cuyo EPDS en la etapa I fue negativo (valores en el EPDS menores de 9 puntos).

Análisis Estadístico: se determinó la frecuencia de sintomatología depresiva en el postparto inmediato y se expresó como porcentaje con un intervalo de confianza del 95%. Las variables de estudio fueron analizadas según fuese positivo o negativo el resultado del screening. Para las comparaciones de datos categóricos se utilizó el test Chi-cuadrado de Pearson y para las variables continuas el test t de Student. En caso de distribuciones no paramétricas las comparaciones fueron realizadas mediante un test de Mann - Witney. Se consideraron significativas aquellas asociaciones con una $p < 0.05$.

Se realizó un análisis de regresión logística no condicional para identificar la asociación independiente entre los factores socio-demográficos, antecedentes médicos maternos, obstétricos, y neonatales, asociados a un screening positivo. Las estimaciones se expresaron como Odds ratio (OR) con límites de confianza del 95%. Se consideraron significativas asociaciones con una $p < 0.05$. En un segundo tiempo se efectuó un estudio de caso-control anidado, a fin de evaluar la estabilidad temporal de los síntomas depresivos. Se utilizó el programa estadístico Spss versión 14.0 idioma español.

Resultados

Caracterización de la muestra: del total de pacientes incluidas, el 98,2 % fueron embarazos únicos siendo la mediana de edad gestacional de 39 semanas. La media de edad materna fue de $31,9 \pm 4,7$ y la paterna de $34,8 \pm 5,9$. El 97,9 % de las madres había finalizado sus estudios secundarios, de las cuales el 30,9 % habían realizado estudios terciarios y el 48,9% estudios universitarios. Del mismo modo, el 97,2 % de los padres había finalizado sus estudios secundarios de los cuales el 18,9 % contaba con estudios terciarios y el 49,5 % había finalizado estudios universitarios.

Todos los datos descriptivos de la muestra han sido expuestos en la Tabla 1 de datos socio-demográficos (Tabla 1).

ETAPA 1: screening

De las 398 mujeres que fueron inicialmente recluta-

Tabla 1. Datos descriptivos (n = 398).

VARIABLE	
Características del Recién Nacido (RN)	
Edad gestacional: N (mediana, rango)	376 (39 24.3 - 41.2)
Peso RN: N (mediana, rango)	384 (3350 890 - 4800)
Recién nacido masculinos: % (N)	49.7 (197)
Recién nacido femeninos: % (N)	50.3 (198)
Embarazo Múltiple: % (N)	1.8 (7)
Complicaciones en el parto o en el embarazo: % (N)	27.6 (108)
Internación Conjunta: % (N)	84.2 (320)
Reanimación: % (N)	2.9 (11)
Dificultades de lactancia: % (N)	14.5 (56)
Complicaciones RN: % (N)	7.6 (29)

Datos sobre el embarazo: % (N)	
Consulta antes de las 20 semanas	93.9 (367)
Tratamiento fertilidad	3.3 (13)
Internación durante el embarazo	18.5 (72)
Consulta Genética	24.8 (97)
Datos Socio-demográficos de los padres	
Edad Materna N (media ± ds)	391 (31.9 ± 4.7)
Edad paterna N (media ± ds)	386 (34.8 ± 5.9)
Educación materna: % (N)	
Primario Completo	0.8 (3)
Secundario Completo	18.1 (71)
Terciario Completo	30.9 (121)
Universitario Completo	48.9 (192)
Educación Paterna: % (N)	
Primario Completo	0.8 (3)
Secundario Completo	28.8 (113)
Terciario Completo	18.9 (74)
Universitario Completo	49.5 (194)
Antecedentes Psiquiátricos Maternos: % (N)	
Antec. Depresión embarazos previos	4.6 (18)
Antecedente de Depresión Posparto	7.3 (28)
Antecedentes Depresión	7.5 (29)
Disforia Premenstrual	17.1 (65)
Historia Familiar de Depresión	16.8 (65)
Otros antec. psiquiátricos familiares	5.4 (21)

* Los porcentajes han sido calculados a partir de los datos informados.
ds: desvío standard

das en la Etapa 1 del screening, 71 (17,8%) tuvieron un screening positivo (EPDS > 9) utilizando un intervalo de confianza del 95 %. Todos los resultados obtenidos del análisis estadístico realizado a fin de identificar asociación con cada una de las variables mencionadas anteriormente, han sido expuestos en la Tabla 2.

Los factores significativamente asociados con la presencia de sintomatología depresiva en el posparto inmediato fueron: Historia Familiar de depresión (χ^2 : 4,55 (1); $p = 0,03$), edad materna menor de 25 años

(χ^2 : 5,80 (2); $p = 0,05$), consumo de tabaco (χ^2 : 5,77 (1); $p = 0,02$), complicaciones del recién nacido (χ^2 : 9,99 (1); $p = 0,00$), antecedentes de DPP (χ^2 : 24,50 (1), $p = 0,00$) y antecedentes de depresión (χ^2 : 10,87 (1) $p = 0,00$) (Tabla 2). Consumo de drogas presentó una asociación negativa (χ^2 : 5,94 (1) $p = 0,01$) con la presencia de sintomatología depresiva en el posparto inmediato (Tabla 2).

A fin de ajustar por posibles factores de confusión, se llevó a cabo posteriormente, un análisis de regresión

Tabla 2. Cruce de variables con resultado en la *Edinburgh Postnatal Depression Scale*.

	Screening de síntomas depresivos(epds)*				
	Negativa (n=327)	Positiva (n=71)	Total (n=398)	Test 1 (df)	P
Datos del Recién Nacido					
Edad gestacional: media (sd)	38.52 (3.6)	38.56 (2.5)	38.53 (3.4)	t: 0.0	0.93
Peso RN: media (sd)	3356.8 (537.3)	3259.1 (565.2)	3338.9 (543.0)	t:1.3	0.17
Sexo del RN: % (N)					
Femenino	49.7 (155)	49.3 (34)	49.6 (189)	0.0 (1)	0.95#
Masculino	50.3 (157)	50.7 (35)	50.4 (192)		
Embarazo Múltiple: % (N)	1.8 (6)	1.41 (1)	1.9 (7)	0.0 (1)	0.78
Complicaciones en el parto: % (N)	26.2 (84)	33.8 (24)	27.6 (108)	1.6 (1)	0.19

Internación Conjunta: % (N)	85.2 (264)	80.0 (56)	84.2 (320)	1.1 (1)	0.28
Reanimación: % (N)	3.2 (10)	1.4 (1)	2.8 (11)	0.6 (1)	0.42
Dificultades de lactancia: % (N)	13.8 (44)	17.4 (12)	14.5 (56)	0.5 (1)	0.45
Complicaciones en el RN: % (N)	5.8 (19)	16.9 (12)	7.8 (31)	9.9 (1)	0.00**
Datos del embarazo: % (N)					
Consulta antes de las 20 semanas	93.7 (300)	94.4 (67)	93.8 (367)	0.0 (1)	0.85
Tratamiento fertilidad	3.8 (12)	1.4 (1)	3.3 (13)	0.9 (1)	0.31
Internación durante el embarazo	17.3 (55)	23.9 (17)	18.5 (72)	1.7 (1)	0.19
Consulta genética	25.0 (80)	23.9 (17)	24.8 (97)	0.0	0.85
Datos sociodemográficos maternos: % (N)					
Edad materna					
< 25 años	5.2 (17)	12.7 (9)	6.5 (26)	5.8 (2)	0.05*
de 25 a 34 años	65.4 (214)	56.3 (40)	63.8 (254)		
≥ 35 años	29.4 (96)	31.0 (22)	29.7 (118)		
Educación materna					
Primario completo	0.9 (3)	0.0 (0)	0.8 (3)	0.8 (2)	8.83
Secundario completo	17.9 (57)	20.3 (14)	18.3 (71)		
Terciario completo	31.4 (100)	30.4 (21)	31.3 (121)		
Universitario completo	49.7 (158)	49.3 (34)	49.6 (192)		
Antecedentes Maternos: % (N)					
Antec. Depresión embarazos previos	3.8 (12)	8.4 (6)	4.6 (18)	2.8 (1)	0.09
Antecedente de Depresión Posparto	4.3 (14)	21.1 (15)	7.3 (29)	24.5 (1)	0.00**
Antecedentes de Depresión	5.5 (18)	16.9 (12)	7.5 (30)	10.8 (1)	0.00**
Disforia Premenstrual	16.7 (52)	18.8 (13)	17.1 (65)	0.1 (1)	0.67
Historia Familiar de Depresión	14.9 (47)	25.3 (18)	16.8 (65)	4.5 (1)	0.03*
Otros antecedentes psiquiátricos familiares	4.8 (15)	8.4 (6)	5.4 (21)	1.5 (1)	0.21
Consumo de tabaco	10.7 (35)	21.1 (15)	12.6 (50)	5.7 (1)	0.02*
Consumo de alcohol	3.4 (11)	5.6 (4)	3.8 (15)	0.7 (1)	0.492
Consumo de drogas	7.8 (25)	0.0 (0)	6.4 (25)	5.9 (1)	0.012*

* EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*); Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo

En el análisis de la variable sexo se excluyeron los 7 casos de embarazo múltiple.

* Valor de la probabilidad menor o igual a 0.05: estadísticamente significativo.

** Valor de la probabilidad menor o igual a 0.01: altamente significativo. (1): Test t de Student. (2): Test exacto de Fisher.

logística multivariada, con las variables que habían resultado estadísticamente significativas en el análisis bivariado. A partir del mismo, las variables que permanecieron estadísticamente asociadas a la presencia de sin-

tomatología depresiva en el posparto inmediato fueron: Edad materna < 25 años, consumo de tabaco, complicaciones en el RN, antecedentes de DPP y antecedentes de Depresión (Tabla 3).

Tabla 3. Análisis de regresión logística del Screening.

	Negativa % (N=327)	Positiva % (N=71)	OR (95% CI)	OR Ajustado (95% CI)	P>z
Edad materna < 25 años	5.2 (17)	12.7 (9)	2.86 (1.19-6.86)	2.15 (1.08-5.57)	0.049*
Edad materna ≥ 35 años	29.4 (96)	31.0 (22)	1.32 (0.71-2.43)	0.95 (0.50-1.85)	0.901
Consumo de tabaco	10.7 (35)	21.1 (15)	2.22 (1.14-4.33)	2.12 (1.01-4.43)	0.045*
Complicaciones en el RN	5.8 (19)	16.9 (12)	3.27 (1.51-7.11)	3.35 (1.43-7.81)	0.005**
Antec. Depresión Posparto	4.3 (14)	21.1 (15)	5.95 (2.72-13.00)	5.71 (2.49-13.08)	0.000**
Antecedentes de Depresión	5.5 (18)	16.9 (12)	3.47 (1.59-7.58)	3.23 (1.37-7.58)	0.007**
Historia Familiar de Depresión	14.9 (47)	25.3 (18)	1.94 (1.1-3.72)	1.43 (0.71-2.88)	0.311

* Valor de la probabilidad menor o igual a 0.05: estadísticamente significativo.

** Valor de la probabilidad menor o igual a 0.01: altamente significativo.

ETAPA 2: seguimiento a largo plazo

En el estudio de caso-control anidado, se llamó telefónicamente a la totalidad de las mujeres que habían resultado positivas en el screening (55) y se seleccionó al azar a un número igual de pacientes con resultado negativo. De las 55 pacientes positivas contactadas telefónicamente, 12 continuaron siendo positivas. De las 55 pacientes previamente negativas, 6 resultaron positivas. De las 110 pacientes entrevistadas, 24 fueron positivas en el 2º análisis.

La frecuencia de exposición fue del 22 % tanto en casos como controles. Para identificar asociaciones, fueron analizadas las siguientes variables: estar actualmente embarazada, intención de quedar embarazada, estado de ánimo después del parto, tratamiento en salud mental después del parto o actualmente, percepción de necesidad de recibir tratamiento.

De dicho análisis sólo la percepción de necesidad de tratamiento en salud mental se asoció significativamente con un segundo screening positivo (OR: 9,85 IC 95 %: 2,60-37,32) (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis de regresión logística seguimiento a largo plazo.

	Negativa (Seguimiento) % (N=24)	Positiva (Seguimiento) % (N=86)	OR Ajustado (95% CI)	P>z
Recibir TSM después del parto	6.9 (6)	25.0 (6)	3.60 (0.88-14.65)	0.073
Recibir TSM actualmente	8.1 (7)	25.0 (6)	0.40 (0.07-2.21)	0.298
Necesidad de recibir TSM	13.9 (12)	54.2 (13)	9.85 (2.60-37.32)	0.001

Discusión

La prevalencia de síntomas depresivos perinatales en el período inmediato al postparto hallada en este estudio (17,8 %) es similar a la referida en la literatura internacional (4, 6, 30, 33, 34). También se relevaron resultados similares a los encontrados en Panamá (5), tanto en el valor de prevalencia a seis meses (22 %), como en el peso del factor asociado, ‘antecedentes de depresión’, confirmando la importancia de los episodios depresivos previos a la DPP.

En estudios anteriores se ha detectado que ciertos hábitos como el abuso de tabaco se encuentra asociado a la depresión lo cual también ha sido reportado en el presente trabajo, pero dada la fuerte asociación entre diferentes tipos de patología psiquiátrica y el consumo de tabaco, se considera que el dato no aporta información específica sobre la DPP.

En este trabajo también se encontraron resultados similares a los reportados en estudios precedentes (23, 38) acerca de una mayor frecuencia de DPP en las mujeres pertenecientes a un grupo etario menor a 25 años. Estudios posteriores deberán confirmar estos resultados en pos de concluir acerca de si la asociación entre ambas variables es suficientemente fuerte como para identificar la edad materna como un factor de riesgo específico para la DPP.

Por otra parte, la estabilidad temporal de un screening positivo resulta limitada. Sin embargo, es interesante señalar que cerca del 22 % de las pacientes que resultaron positivas en el screening persistieron en su positividad. Además, del grupo que fue negativo en el

screening inicial, una cifra similar presenta síntomas compatibles con DPP en el período comprendido entre los 6 meses y los 12 meses posteriores al parto. El aumento en el número de casos positivos podría encontrarse precedido por antecedentes maternos y familiares de depresión, insuficiencia de recursos adaptativos propios, de la pareja y del entorno para el afrontamiento de las demandas implicadas en la crianza de un recién nacido, entre otros precedentes. Resultaría interesante poder indagar el operar de estos u otros posibles factores con mayor profundidad en futuros trabajos. Por otro lado, la percepción de necesidad de tratamiento en salud mental fue un factor fuertemente asociado a un puntaje positivo de DPP, lo cual también podría encontrarse vinculado al aumento de casos positivos encontrados a los 6 a 12 meses al existir, un grado suficientemente alto de conciencia de enfermedad, como para considerar tratamiento. Nuevamente, resultaría relevante poder confirmar y profundizar estas posibles asociaciones en sucesivos estudios.

La escala EDPS ha demostrado ser un instrumento confiable para la identificación de posibles casos de DPP, por lo que su utilización sistemática permitiría identificar gran parte de la población en riesgo. Si bien la escala de Edimburgo propone tres instancias de evaluación en el curso de un año (en cada evaluación se detectan diferentes grupos de pacientes en riesgo), resulta complejo evaluar la totalidad de las pacientes en tres oportunidades. Sería pertinente proponer, en cambio, un mínimo de dos instancias de evaluación, a sabiendas que en muchos casos la detección y la intervención terapéutica son tardías.

El poder detectar pacientes en riesgo de presentar DPP posibilita un contacto temprano con el área de salud mental por lo que de confirmarse el diagnóstico, se estaría promoviendo el tratamiento en las etapas iniciales del trastorno. Esto resulta fundamental dado que se trata de una patología cuyas consecuencias afectan no sólo a la madre sino también al niño y cuya evolución es favorable si es abordada a tiempo.

La amplitud de la muestra en base a la cual se obtuvieron los resultados, la alta tasa de respuesta a las instancias de evaluación y el seguimiento a largo plazo, son

elementos que brindan solidez a los datos encontrados en este estudio. Se considera además que el trabajo brinda un aporte original en cuanto a la detección de un cuadro de aparición tardía de DPP. Se espera que estudios subsiguientes planificados con seguimiento a un año puedan corroborar y ahondar en los resultados hallados.

Conflictos de intereses: Los autores no declaran conflicto de interés alguno ■

Referencias bibliográficas

1. Adewuya AO, Ola BA, Aloba OO, Dada AO, Fasoto OO. Prevalence and correlates of depression in late pregnancy among Nigerian women. *Depress Anxiety* 2007, 24 (1):15-21.
2. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Alvarez A, Salas-Martínez C, Martínez-García S, Validación de la depresión posparto de Edimburgo escala en una población de púerperas en México. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2006, 2: 33-33.
3. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR, 4th ed. Arlington, American Psychiatric Association, 2000.
4. Banti S, Mauri M, Oppo A, Borri C, Rambelli C, Ramaccioti D, et al. From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the Perinatal Depression-Research & Screening Unit Study. *Compr Psychiatry*. 2011; 52 (4):343-51.
5. Barnes F, Benavidez M, Castillero F, Gomez G, Huertas K, Malta R, et al. Prevalencia de riesgo de depresión posparto en madres que han dado a luz en el Hospital de Santo Tomás, Ciudad de Panamá en Noviembre de 2008. *Telmeds.org* [publicada en línea]. 2009 (11). [citado 15 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.telmeds.org/articulos/prevalencia-de-riesgo-de-depresion-postparto-en-madres-que-han-dado-a-luz-en-el-hospital-santo-tomas-ciudad-de-panama-en-noviembre-del-2008/>.
6. Beck CT, Gable RK. Further validation of the postpartum depression screening scale. *Nurs Res* 2000, 50 (3): 155-164.
7. Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs* 1998, 12 (1):12-20.
8. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 2004, 363(9405), 303-10.
9. Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. *BMJ* 1998, 316 (7148), 1884-6.
10. Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-items Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987, 150, 782-786
11. Cox, J.L. & Holden, J.M. Perinatal Mental Health: a guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale. London, Gaskell, 2003.
12. Dennis CL, Ross LE. Depressive symptomatology in the immediate postnatal period: identifying maternal characteristics related to true- and false-positive screening scores. *Can J Psychiatry* 2006, 51(5): 265-73.
13. Department of Health, Government of Western Australia. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Translated versions – validated. Perth, Western Australia: State Perinatal Mental Health Reference Group, 2006.
14. Des Rivières-Pigeon C, Saurel-Cubizolles MJ, Romito P. Psychological distress one year after childbirth: a cross-cultural comparison between France, Italy and Quebec. *Eur J Public Health* 2003, 13(3), 218-25.
15. Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, Bachman DJ, Whitlock EP, Hornbrook MC. Clinically Identified Maternal Depression Before, During, and After Pregnancies Ending in Live Births. *Am J Psychiatry* 2007; 164 (10):1515-1520.
16. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001, 323 (7307): 257-260.
17. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev* 2010; 33 (1):1-6.
18. Flynn HA, Davis M, Marcus SM, Cunningham R, Blow FC. Rates of maternal depression in pediatric emergency department and relationship to child service utilization. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004, 26(4):316-22.
19. García Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord* 2003, 75(1), 71-6.
20. Groer MW, Morgan K. Immune, health, and endocrine characteristics of depressed postpartum mothers. *Psychoneuroendocrinology* 2007, 32 (2), 133-139.
21. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord* 2006, 91 (2), 97-111.
22. Joffeson A, Berg C, Nordyn G, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in latepregnancy and postpartum; *Acta Obst Gynecol Scand* 2001,80 (3): 251-255.
23. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord*. 2003,74(1) 5-13.
24. Leiferman, J., The effect of maternal depressive symptomatology on maternal behaviours associated with child health. *Health Educ Behav* 2002, 21 (5), 596-607.
25. Lépine JP, Briley M. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2011; 7 Suppl 1:3-7.
26. Lund W, Gyllang C. Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in some Swedish child health care centers. *Scand J Caring Sci* 1993, 7 (3): 149-54.

27. Mahón PB, Payne JL, MacKinnon DF, Mondimore FM, Goes FS, Schweizer B, et al. Genome-wide linkage and follow-up association study of postpartum mood symptoms. *Am J Psychiatry* 2009, 166 (11):1229-37.
28. Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci* 2011;13 (1):89-100.
29. Milgrom J, Mendelsohn J, Gemmill AW. Does postnatal depression screening work? Throwing out the bathwater, keeping the baby. *J Affect Disord* 2010, 132 (3): 301-310.
30. Moreno Zaconeta A, Domingues Casulari da Motta L, França PS. Depresión postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Rev chil obstet ginecol* 2004, 69(3): 209-213.
31. Morof D, Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Postnatal depression and sexual health after birth. *Obstet Gynecol* 2003, 102 (6), 1318-1325.
32. Murray L, Stein A. The effects of postnatal depression on the infant. *Bailliere Clin Obstet Gynecol* 1989, 3(4): 921-33.
33. O'Hara M, Swain AM. Rates and risks of postpartum depression. A meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996, 8 (1): 37-54.
34. O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol* 1990, 99 (1):3-15.
35. Pawlby S, Sharp D, Hay D, O'Keane V. Postnatal depression and child outcome at 11 years: the importance of accurate diagnosis. *J Affect Disord* 2008, 107 (1), 241-245.
36. Rahman A, Isbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61 (4), 946-952.
37. Righthette-Veltema M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationships at 3 months old. *J Affect Disord* 2002, 70 (3), 291-306.
38. Vigod S, Villegas L, Dennis CL, Ross L. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG* 2010, 117 (5): 540-550.
39. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum Depression. *N Engl J Med* 2002, 347 (3): 194-199.
40. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH, Findling RL, Rapport D. Prevention of recurrent postpartum depression: a randomized clinical trial. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (2):82-6.
41. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) 2007. [citado 15 Jul 2011] Disponible en: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.
42. Zubaran C, Schumacher M, Roxo MR, Foresti K. Screening tools for postpartum depression: validity and cultural dimensions. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2010, 13(5):357-65.

La Casa
HOSTAL DE MEDIO CAMINO

**UN NUEVO CONCEPTO PARA
EL CUIDADO Y EL ALOJAMIENTO DEL
PACIENTE PSIQUIÁTRICO.**

Julián Álvarez 1762 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfonos: (5411) 4864-7106 / (5411) 3980-2594
Celular: (011) 15-4157-3014
E-mail: lacasa@hostal-lacasa.com.ar
www.hostal-lacasa.com.ar