

Artículo de investigación

Riesgo de depresión posparto en una institución de salud de Medellín

Daniela Salazar-Sepúlveda¹; Manuela Usma-Trujillo¹; Laura-Cristina Tobón-Otálvaro¹; Isabella Aristizábal-Gómez¹; Valentina García-Henao¹; Luisa-Fernanda Calderón-Álvarez¹; Dora-Isabel Giraldo-Montoya¹

1. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Resumen

Introducción: la depresión posparto es la complicación psiquiátrica más frecuente del periodo posnatal y con altas repercusiones en el bienestar de la madre y del bebé.

Objetivo: identificar el riesgo de depresión posparto en una institución de salud de Medellín en el periodo del año 2021-2.

Metodología: estudio cuantitativo de tipo descriptivo transversal no probabilístico por conveniencia. La población correspondió a todas las madres accesibles que firmaron el consentimiento informado y cumplieron los criterios de inclusión: encontrarse en posparto inmediato o mediato (hasta 40 días), mayores de 18 años y alfabetas. Se empleó una encuesta elaborada por las investigadoras para obtener los datos sociodemográficos y obstétricos. Para determinar el riesgo de depresión posparto, se empleó la Escala de Edimburgo para depresión posparto, autoaplicada y de uso libre. El análisis estadístico descriptivo se realizó mediante frecuencias absolutas y relativas y el riesgo de depresión posparto fue interpretado mediante el puntaje global, acorde a la explicación de la escala. Se utilizó el programa estadístico Epi-info v. 7.2.5.0. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Escuela de Ciencias de la Salud y por el Comité de Investigación de la Institución de salud de Medellín.

Resultados: la mediana de edad fue 25 años, el 50 % de las participantes tenía un hijo y el 64 % se encontraba en unión libre, un 46 % tenía escolaridad secundaria, el 42 % era ama de casa, el 48 % se ubicaba en el estrato socioeconómico 2 y el 70 % afirmó que su embarazo fue deseado. Al analizar el puntaje global de la Escala de Edimburgo se encontró que el 70 % de las madres no presentaron riesgo de depresión posparto. El 30 % del total de la muestra registró algún riesgo de depresión posparto.

Conclusiones: Un 13% de las madres presentaron algún riesgo de depresión posparto y el 17% de las madres obtuvieron un riesgo alto de posible depresión posparto.

Palabrasclave: depresión posparto; salud mental; enfermería materno-infantil.

Información del artículo

Autor de correspondencia
valengarcia099@gmail.com

Cómo citar este artículo

Salazar-Sepúlveda D, Usma-Trujillo M, Tobón-Otálvaro LC, Aristizábal-Gómez I, García-Henao V, Calderón-Álvarez LF, Giraldo-Montoya DI. Riesgo de depresión posparto en una institución de salud de Medellín. Rev Colomb Enferm [Internet]. 2024;23(1),e064

doi: <https://doi.org/10.18270/rce.v23i1.4049>

Recibido: 23-06-2022

Aprobado: 26-07-2023

Ediciones anteriores 

Redes sociales



Risk of postpartum depression in a Medellín health facility

Abstract

Introduction: Postpartum depression is the most common psychiatric complication of the postnatal period and has a major impact on the well-being of both mother and baby.

Objective: To identify the risk of postpartum depression in a health facility in Medellín in the period 2021–2.

Methods: Quantitative cross-sectional descriptive study using non-probability convenience sampling. The population consisted of all accessible mothers who signed the informed consent form and met the inclusion criteria: immediate or mid-term postpartum (up to 40 days), over 18 years of age, and able to read and write. A survey developed by the researchers was used to collect sociodemographic and obstetric data. The free, self-administered Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was used to determine the risk of postpartum depression. Descriptive statistical analysis was performed using absolute and relative frequencies, and the risk of postpartum depression was interpreted using the global score according to the scale interpretation. The statistical software Epi-info v. 7.2.5.0 was used. The study was approved by the Ethics Committee of the School of Health Sciences and the Research Committee of the health institution in Medellín.

Results: The median age was 25 years, 50% of the participants already had a child, and 64% were in a domestic partnership; 46% had a high school education, 42% were homemakers, 48% were in socioeconomic stratum 2, and 70% reported that their pregnancy was wanted. When the total score of the Edinburgh Scale was analyzed, it was found that 70% of the mothers were not at risk for postpartum depression. Thirty percent of the total sample registered some risk of postpartum depression.

Conclusion: Thirty percent of the total sample registered some risk of postpartum depression.

Keywords: Postpartum depression; mental health; maternal-child nursing

Risco de depressão pós-parto em uma instituição de saúde em Medellín

Resumo

Introdução: a depressão pós-parto é a complicação psiquiátrica mais frequente do período pós-natal e tem um elevado impacto no bem-estar da mãe e do bebé.

Objetivo: identificar o risco de depressão pós-parto em uma instituição de saúde em Medellín no período 2021–2.

Metodologia: estudo quantitativo, descritivo, transversal, não probabilístico, quantitativo por conveniência. A população correspondeu a todas as mães acessíveis que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e atenderam aos critérios de inclusão: pós-parto imediato ou tardio (até 40 dias), maiores de 18 anos e alfabetizadas. Um questionário desenvolvido pelos pesquisadores foi utilizado para obter dados sociodemográficos e obstétricos. Para determinar o risco de depressão pós-parto, foi utilizada a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, de uso livre e auto-administrada. A análise estatística descritiva foi efetivada através de frequências absolutas e relativas e o risco de depressão pós-parto foi interpretado através da pontuação global, de acordo com a explicação da escala. Foi utilizado o programa estatístico Epi-info v. 7.2.5.0. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde e pela Comissão de Pesquisa da Instituição de Saúde de Medellín.

Resultados: A idade mediana foi de 25 anos, 50% das participantes tinham um filho e 64% estavam em união de facto, 46% tinham o ensino médio, 42% eram donas de casa, 48% pertenciam à população de baixa renda e 70% afirmaram que a sua gravidez era desejada. Ao analisar a pontuação global da Escala de Edimburgo, verificou-se que 70% das mães não estavam em risco de depressão pós-parto. 30% da amostra total registrou algum risco de depressão pós-parto.

Conclusões: 13% das mães apresentavam algum risco de depressão pós-parto e 17% das mães registaram um risco elevado de possível depressão pós-parto.

Palavras-chave: depressão pós-parto; saúde mental; enfermagem materno-infantil.

Introducción

La depresión posparto (DPP) es la complicación psiquiátrica más frecuente del periodo posnatal y con complejas repercusiones en el bienestar de la madre y del bebé (1), razón por la cual su correcto abordaje por parte del equipo multidisciplinario debe constituir una prioridad en las instituciones de salud que atienden a mujeres en su proceso de gestación, trabajo de parto, parto y posparto. Durante el embarazo y el puerperio suceden cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer. La DPP es entendida como la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año posparto. Su cuadro clínico es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, pero posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica (2).

La prevalencia mundial de la DPP a lo largo de la vida fluctúa entre el 10,0 % y el 20,0 %, observándose mayores valores en madres adolescentes (26,0 %) y en estratos socioeconómicos bajos (38,2 %) (1). El estudio de Urdaneta et ál. (2) refiere que la DPP es un importante trastorno de la salud mental en la mujer, con prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados, siendo más frecuente en las mujeres de estrato socioeconómico bajo. La prevalencia en Colombia es similar a la reportada a nivel mundial. Al respecto, el estudio realizado por Rincón-Pabón y Ramírez-Vélez (3) sobre la DPP en mujeres colombianas encontró que, a nivel nacional, la prevalencia de la DPP fue del 12,9 %, siendo mayor en zonas urbanas (15,1%) que en zonas rurales (6,8%), y en mujeres de 20 a 34 años (13,4%). El pertenecer a este grupo etario (20–34 años) (OR = 1,15; IC 95 % 1,03–1,28), la primigravidez (OR = 1,42; IC 95 % 1,28–1,57), el residir en zonas urbanas (OR = 2,43; IC 95 % 2,06–2,87) y el nivel escolar universitario (OR = 2,22; IC 95 % 1,98–2,48) permanecieron asociados a la DPP.

Las variaciones en las tasas de prevalencia de depresión posparto pueden deberse a características propias de la población (3) (el origen étnico, la procedencia, la edad, el nivel socioeconómico, el nivel de escolaridad, estilo de vida, zona geográfica, etc.), la forma de valorarla (por ejemplo, por entrevista clínica estructurada vs. autorreporte) o el momento de su evaluación. A nivel biopsicosocial, la falta de apoyo social, los antecedentes de enfermedad mental, la ansiedad prenatal, la baja autoestima, el embarazo no planificado y los sentimientos negativos en relación con el niño se asocian también al autorreporte de DPP. Según los datos disponibles, en Colombia, la DPP es uno de los problemas actuales de salud pública que requiere mayor atención y del conocimiento más preciso de su distribución en las diferentes regiones del país (3).

Desafortunadamente a la DPP no se le ha dado la importancia que merece en los centros de atención materno-infantil, pese a su prevalencia, y las mujeres que la experimentan tienen escasa ayuda profesional (2). Se ha demostrado que cuando existe en la población mayor atención dirigida a la mujer y adecuadas redes de apoyo familiar, la DPP disminuye. Por ejemplo, un estudio realizado en China (4) sugiere que la DPP era prácticamente inexistente dado el interés que se le daba a este grupo poblacional con programas dirigidos a la mujer y redes de apoyo psicosocial (1).

En los últimos años se ha intentado optimizar el diagnóstico y proveer tratamientos tempranos y eficientes para la DPP. El DSM-IV es el método más exacto para el diagnóstico de esta entidad clínica. Además, se han diseñado varias escalas para su detección, entre las cuales se encuentra la Escala de Edimburgo para depresión posparto (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) (2, 5) y la Escala de detección sistemática de depresión posparto, diseñada desde enfermería por la teórica Chery Tatano Beck (6).

Enfermería tiene un papel muy importante en la prevención y el cuidado de la depresión posparto, a través de la detección temprana mediante la utilización de escalas de fácil diligenciamiento y en corto tiempo como es la Escala de Edimburgo, en la cual se puede detectar los riesgos, prevenir y cuidar a la mujer desde la prevención en la salud mental, y el fin último es evitar llegar a complicaciones como la psicosis posparto y sus consecuencias en el futuro. De otro lado, los coordinadores del área de enfermería de la institución donde se realizó el presente estudio han manifestado la necesidad de que desde enfermería se pueda aportar para el control de esta enfermedad y buscar medidas para darle solución. Todo el personal de salud, y de manera especial los profesionales en enfermería, quienes tienen contacto permanente con la gestante y puérpera, deben estar atentos y actualizados de manera que se puedan desarrollar estrategias de prevención, programas de detección temprana y planes de cuidado congruentes con el contexto de cada madre para prevenir el daño a las mujeres, a sus hijos y a sus familias en el futuro. El presente estudio tiene por objetivo identificar el riesgo de depresión posparto en una Institución de salud de Medellín en el periodo del año 2021–2.

Metodología

Estudio cuantitativo de tipo descriptivo transversal no probabilístico por conveniencia. La población correspondió a todas las madres accesibles que firmaron el consentimiento informado y cumplieron los criterios de inclusión: encontrarse en posparto inmediato o mediato (hasta 40 días), mayores de 18 años y alfabetas; en el periodo 2021–2. Se utilizaron como criterios de exclusión: ser madres menores de edad, tener antecedentes de trastornos mentales y no saber leer ni escribir.

Se utilizó una encuesta elaborada por las investigadoras para obtener los datos para las variables sociodemográficas y obstétricas: lugar de residencia, edad, estado civil, escolaridad, estrato socioeconómico, ocupación, religión, número de controles prenatales, embarazo deseado, número de hijos,

número de abortos, número de mortinatos, número de partos por vía vaginal, número de partos por cesárea, así como complicaciones durante el trabajo de parto, el parto y el posparto, y del recién nacido.

Para identificar a las madres con riesgo de depresión posparto, se empleó la Escala de Edimburgo para depresión posparto (6), la cual fue creada en centros de salud de Livingston y Edinburgh. Es una escala autoadministrada, desarrollada para la detección de síntomas depresivos en mujeres que hayan dado el parto recientemente. Consta de 10 preguntas de selección múltiple, con cuatro alternativas cada una, puntuada de 0 a 3 de acuerdo con la severidad creciente de los síntomas. La escala tiene una puntuación mínima de 0 y máxima de 30. Mide la intensidad de los síntomas depresivos; cinco de estos ítems incluyen la disforia, dos ítems están relacionados con ansiedad, uno con sentimiento de culpa, uno con ideas suicidas y uno con dificultad de concentración.

Según los resultados obtenidos, la puérpera puede ser clasificada en tres grupos (5, 6):

- * EPDS < 10 puntos: sin riesgo de DPP
- * EPDS 10-12: riesgo de DPP
- * EPDS ≥ 13: probable depresión.

La escala presenta una sensibilidad del 76,7 % y una especificidad del 92,5 % para depresión perinatal. La puntuación de 13 o más indica una probable depresión de diversa gravedad. El instrumento es muy fiable para las evaluaciones secuenciales de síntomas depresivos. Puede ser autoaplicado y contestar en un periodo de tiempo aproximado de cinco minutos (7).

Los autores de la escala autorizan que se puede reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionan los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones (5).

Para recopilar la información se desarrolló el siguiente plan:

- * Se informó al personal de la institución sobre la ejecución de la investigación y sus objetivos.
- * Se formó a los investigadores sobre la utilización del instrumento.
- * Se realizó la prueba piloto al 10 % de la muestra con el fin de hacer los correctivos y entrenamiento pertinentes.
- * Diariamente, los investigadores pasaron ronda en el servicio de salud para captar a las madres que cumplieran con los criterios de inclusión.
- * Se explicó a las madres los objetivos del estudio y se les preguntó si deseaban participar de la investigación.
- * Todas las madres firmaron consentimiento informado.
- * Se caracterizaron según la condición sociodemográfica y de sus antecedentes obstétricos.
- * Las madres diligenciaron los instrumentos de manera autoaplicada.
- * Ante cualquier duda en el diligenciamiento, siempre estuvo el investigador para aclararlas.

Se realizó análisis estadístico descriptivo mediante frecuencias y medidas de tendencia central. El riesgo de depresión fue interpretado mediante el puntaje global, acorde a la explicación detallada en la escala. Para el procesamiento de la información, se utilizó el programa estadístico Epi-info V. 7.2.5.0.

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Institución de salud de Medellín y del Comité de Investigación de la institución en salud, Segundo la Resolución N.º 8430 de 1993 del Ministerio de Salud en Colombia (8), fue una investigación con riesgo mínimo, debido a que se empleó el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en exámenes psicológicos.

Resultados

En total se captaron a 100 madres en el servicio del Programa Familia Madre Canguro. Con respecto a la edad de las mujeres, la máxima fue de 42, la mediana de edad 25 y la edad mínima de 18 años; el 50 % de las mujeres tenía un hijo y el 64 % se encontraba en unión libre, el 46 % contaba con escolaridad hasta secundaria y el 42 % era ama de casa. En relación con su residencia, el 80 % vivía en zona urbana y el

48 % se ubicaba en estrato socioeconómico 2, y de acuerdo con sus principios vitales, el 78 % practicaba la religión católica (véase Tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas de las madres participantes

Variable	Frecuencia N	Porcentaje %
Número de hijos: uno	50	50
Escolaridad: secundaria	46	46
Estado civil: unión libre	64	64
Estrato socioeconómico: 2	48	48
Ocupación: ama de casa	42	42
Procedencia: urbana	80	80
Religión: católica	78	78

En cuanto a las variables ginecoobstétricas, el 70 % de mujeres deseaban el embarazo, el 80 % no había tenido abortos y el 98 % no registraba mortinatos; el 99 % realizó algún control prenatal. Consecuentemente, el 78 % no presentó complicaciones en el trabajo de parto y el 90 % no las tuvo en el momento del parto. Por su parte, el 58 % de los recién nacidos presentaron prematuridad y el 60 % no nació en la Institución de salud de Medellín donde se realizó el estudio (véase Tabla 2).

Tabla 2. Variables ginecoobstétricas de las madres participantes

Variable	Frecuencia N	Porcentaje %
Embarazo deseado: Sí	70	70
Abortos: No	80	80
Mortinatos: No	98	98
Controles prenatales: Sí	99	99
Complicaciones del trabajo de parto: Ninguna	78	78
Complicaciones del parto: Ninguna	90	90
Complicaciones del recién nacido: Prematuro	58	58
Nacidos en otra institución de salud en Medellín:	60	60

Al aplicar la Escala de Edinburgh para depresión posparto, se encontró para cada una de las preguntas lo siguiente: el 73 % de las mujeres fueron capaces de reír y ver el lado bueno de las cosas, el 72 % miraron el futuro con placer, el 50 % se culparon sin necesidad cuando las cosas no marchaban bien y el 46 % se sintieron, a veces, ansiosas y preocupadas sin motivo. El 37 % reportó no haber tenido ni miedo ni pánico, el 38 %, a veces, se sintió oprimida o agobiada y el 40 %, en ocasiones, sintió infelicidad y estuvo llorando, pero el 51 % de la muestra no.

Es importante resaltar que, según los resultados arrojados por las 100 encuestadas, el 69 % de las participantes no sintieron tristeza ni desgracia, el 66 % no percibieron que la infelicidad le causara dificultades para dormir y el 95 % nunca pensaron en hacerse daño a sí mismas (véase Tabla 3).

Tabla 3. Resultados de la aplicación de la Escala de Edimburgo para depresión posparto

Variable	Frecuencia N	Porcentaje %
He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas: Tanto como siempre	73	73
He mirado el futuro con placer: Tanto como siempre	72	72
Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien: Si, algunas veces	50	50
He estado ansiosa y preocupada sin motivo: Sí, a veces	46	46
He sentido miedo y pánico sin motivo alguno: No, nada	37	37
Las cosas me oprimen o agobian: Sí, a veces	38	38
He sido tan infeliz que he estado llorando: No, nunca	51	51
Me he sentido triste y desgraciada: No, nada	69	69
Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir: No, nada	66	66
He pensado en hacerme daño a mí misma: No, nunca	95	95

Al analizar el puntaje global de la Escala de Edimburgo se encontró que el 70 % de las madres no presentaron riesgo de depresión posparto. El 30 % del total de la muestra registró algún riesgo de depresión posparto (véase Tabla 4).

Tabla 4. Puntuación general obtenida al aplicar la Escala de Edimburgo para depresión posparto

Puntaje global	Frecuencia N	Porcentaje %
<10 puntos  sin riesgo de DPP	70	70
10 a 12 puntos  riesgo de DPP	13	13
≥ 13 puntos  probable DPP	17	17

Discusión

Según la literatura, la depresión posparto (DPP) es una condición frecuente, la cual tiene relación con factores desencadenantes socioeconómicos, ginecoobstétricos y emocionales (9). En el presente estudio se buscó identificar el riesgo de DPP en un grupo de madres y la frecuencia de algunas características que pudieron afectar el riesgo. A continuación, se analiza cada uno de estos factores.

En cuanto a las variables sociodemográficas, la edad máxima de las mujeres fue de 42 años, la mediana de edad 25 y la edad mínima de 18 años; este dato concuerda con el presentado en el estudio de Mercan y Tari Selcuk, en donde la edad media de las participantes fue de $28,61 \pm 5,72$ (mín.: 18, máx.: 44) y el 59,8 % estaba en el grupo de edad de 25 a 34 años (10). En una investigación realizada en Malasia, se evidenció que la edad media de madres con depresión posparto fue menor ($29 \pm 5,4$ años) en comparación con las mujeres que no tenían depresión posparto ($30,8 \pm 4,5$ años) (11). El estudio de Casas J. menciona que la aparición de la enfermedad en las adolescentes ocupa el primer lugar, seguido por el grupo de adultas jóvenes (12).

Las mujeres jóvenes tienen especial riesgo de sufrir depresión posparto, situación que merece mayor atención por parte de los profesionales de la salud que atienden en los servicios de ginecoobstetricia y en especial a adolescentes que pueden estar en otras condiciones desfavorables que las hacen más vulnerables. Es necesario asumir con rigor las políticas que priorizan la atención mental de las madres en Colombia, sobre todo desde el control prenatal. Desde esta etapa, según la ruta de atención materno- perinatal (RIAS) en Colombia (13), se establece la necesidad de reconocer aquellas en riesgo para disminuir la frecuencia de la depresión en el posparto.

En relación con la residencia de las encuestadas, la mayoría vivía en zona urbana. De manera similar, en el estudio sobre factores asociados a depresión posnatal en puérperas en Antioquia del año 2020, se halló que el 53 % de las participantes procedía de zona urbana y que la DPP representó mayor riesgo en mujeres que vivían en estas zonas (14). Probablemente, los factores estresantes que se experimentan en zonas de mayor congestión, las condiciones socioeconómicas en la que quizás se vive en una metrópoli, las presiones sociales, familiares o laborales y otras situaciones citadinas hacen que sea más difícil afrontar el entorno y mantener una adecuada salud mental.

Con respecto al estrato socioeconómico, la mayoría de las mujeres pertenecía al estrato 2, lo que significa que poseía bajos ingresos económicos. Jiménez refieren en su estudio que la estratificación económica 1 y 2 fueron las más frecuentes (14). A su vez, son similares los resultados en Malasia, en donde la incidencia de DPP fue significativamente mayor en las participantes del grupo de bajos ingresos (27,2 %) en comparación con los grupos de ingresos medios y altos (8,3 %) (11). En un estudio realizado en El Salvador, se verificó que la mayoría de las puérperas que tenían un nivel socioeconómico precario eran más susceptibles de desarrollar DPP y que dicha condición es influenciada por las dificultades relacionadas con la pobreza (15).

Se considera que, a la luz de los datos observados sobre la pobreza de las madres evaluadas y teniendo en cuenta que cada vez es mayor el desplazamiento de las mujeres por la violencia y la migración, se deben crear medidas de seguimiento en el posparto para las madres que tienen estas condiciones que las hace mucho más vulnerables para desarrollar DPP. Desde enfermería, también se pueden mejorar los planes de cuidado, estableciendo protocolos que faciliten el seguimiento posparto y fortaleciendo las redes de apoyo de este grupo.

Ahora bien, sobre el estado civil, en el presente estudio la mayoría de las participantes se encontraba en unión libre, a diferencia de la investigación sobre factores asociados a la DPP en puérperas de Antioquia, donde el 46,9 % refirió estar casada (14). Este dato podría ser de importancia, porque los autores mencionan que existe una relación significativa entre el apoyo de la pareja y la DPP. Otro estudio evidenció que el acompañamiento de la pareja ayuda a reducir el riesgo en las mujeres (16). El apoyo que reciben las madres durante la gestación, así como en el trabajo de parto, parto y posparto es de gran importancia para afrontar las situaciones difíciles que pueden afectar la salud mental en estas etapas de la vida. Como lo plantean Ramos-Cárdenas y Rivera (16), la ayuda del compañero es necesaria y se debe incentivar el acompañamiento por parte del cónyuge o pareja en momentos de mayor estrés como es el caso del trabajo de parto y parto y permitir el ingreso sin restricciones, dado los efectos negativos que genera la soledad y el escaso acompañamiento en las madres.

En cuanto a la variable de escolaridad, la mayoría de las madres refirieron haber terminado la secundaria. Esto coincide con los resultados reportados por un estudio realizado en Turquía, donde el 52,5 % de las participantes eran graduadas de la escuela secundaria o superiores (10). En este apartado, se resalta que las mujeres tienen algún nivel de escolaridad, lo que puede favorecer la divulgación de información por diferentes medios como volantes, infografía, cartillas u otros, para que accedan a los datos disponibles alrededor del cuidado de la salud mental, la prevención y el tratamiento.

Con respecto a la ocupación, la mayoría de las encuestadas eran amas de casa. Al respecto, un estudio desarrollado en Malasia refiere que las madres con esta ocupación tienen significativamente mayores síntomas depresivos posparto alcanzando el 30,1 % en comparación con las que laboran por cuenta ajena (13,3 %) o por cuenta propia (11,4 %) (11). En cuanto al contexto donde se desarrolló el presente estudio, las mujeres en condiciones de pobreza inician su vida sexual a temprana edad, tienen mayor riesgo de quedar embarazadas, menos oportunidades laborales, y es más frecuente la ocupación de ama de casa (17). En concordancia con esto, el cuidado de los hijos, los escasos recursos socioeconómicos y la falta de apoyo social conllevan mayor estrés y menos elementos para hacerle frente a una situación difícil. Se requiere mayor atención a las madres que son amas de casa, dadas las condiciones particulares a las que se encuentran sometidas; también se insiste en la importancia del seguimiento en el posparto a este grupo poblacional con el fin de valorar el riesgo y detectar tempranamente la DPP.

Sobre las variables ginecoobstétricas, el 50 % de las mujeres tenía un solo hijo, lo cual es similar al resultado del estudio de Mercan y Tari Selcuk donde el número medio de hijos vivos fue de $1,58 \pm 0,81$ (mín.: 1,0, máx.: 6,0) (10). Es importante resaltar los resultados de la investigación realizada en Malasia, según los cuales no hay asociación estadísticamente significativa entre el número de hijos y la DPP (11).

En el presente estudio, más de la mitad de las mujeres entrevistadas refirieron que deseaban su gestación, aunque no esperaban la noticia, aclararon que lo aceptaron con amor. Oliveira et al. examinaron la

relación entre el deseo de quedar embarazada y la DPP mediante la evaluación de los síntomas depresivos. Los autores concluyeron que las mujeres que no deseaban quedar embarazadas tenían mayor riesgo de desarrollar la patología, más que las mujeres que deseaban quedar embarazadas. Además, identificaron la misma correlación en el caso de mujeres con DPP que estaban insatisfechas con sus embarazos (18). Araujo et ál. señalan como factor de riesgo importante el embarazo no planificado o no deseado (15). Al respecto es de anotar que los programas de planificación familiar son fuentes de información relevantes para las madres y su pareja, de manera que el fin último es desear al hijo por nacer y ofrecerle las mejores condiciones de vida. Así mismo, se propone que, durante el posparto, se establezcan planes de cuidados que contemplen información sobre dicho programa.

Por otra parte, en un estudio realizado en México (19) se determinó que las complicaciones en el parto y el apoyo emocional de la pareja fueron factores de riesgo asociados a la depresión en el embarazo o en el puerperio inmediato. Alhusen y Álvarez (20) refieren que las complicaciones en el embarazo son factores de riesgo que se asocian a la aparición de la DPP (21). Algunos estudios mencionan que los antecedentes de depresión y agresión psicológica durante el embarazo fueron variables significativas para predecir la depresión perinatal (18, 22). Otro factor de riesgo son los antecedentes personales o familiares de DPP, las patologías psiquiátricas y los eventos estresantes recientes (23).

Desde otro ángulo, se encuentran las complicaciones experimentadas por las mujeres durante el embarazo o con sus recién nacidos después del parto, las cuales se consideran precipitantes de la depresión materna (15). Cabe anotar que este estudio fue realizado en el Programa Familia Canguro de una institución de salud de Medellín, lugar donde se ingresan neonatos con bajo peso al nacer o prematuros, razón por la cual todos los hijos de las participantes tenían diagnosticado al menos uno de los problemas mencionados o incluso más de uno. Loor-Reyes et ál. (24) encontraron que en los casos definidos como DPP la principal complicación fueron los nacimientos prematuros, lo cual tuvo una asociación significativa con la DPP. Por consiguiente, se plantea que esta situación pudo haber influido en las madres con mayor riesgo de DPP. Los programas de seguimiento canguro deben establecer pautas de manejo para el cuidado de la salud mental de las madres, especialmente porque la evidencia indica que al tener complicaciones asociadas ya sea la madre o el hijo, se registra mayor riesgo de DPP. Cabe resaltar que el programa donde se desarrolló el presente trabajo tiene establecido un seguimiento de la DPP con la Escala de Edimburgo y es evaluado por los profesionales de psicología y enfermería, quienes determinan el tratamiento y los planes de cuidado, respectivamente.

En cuanto a los resultados obtenidos según la Escala de Edimburgo, un estudio sobre depresión posparto y los factores de riesgo (12) refiere que el 34,4 % de la muestra estudiada ($n = 204$) presentó DPP, resultado que es significativamente similar al obtenido en esta investigación en cuanto a la frecuencia (13% riesgo de DPP y 17% riesgo alto de posible DPP), pero significativamente menor respecto al tamaño de la muestra ($n = 100$, en este caso).

Un estudio realizado en Guayaquil (24) con una muestra similar ($n = 112$) obtuvo como resultado que el 39,3 % de las pacientes tenían puntajes para DPP según la Escala de Edimburgo (puntaje >10 puntos). Una investigación realizada en Latinoamérica con una muestra de 140 mujeres reportó que 47 tuvieron un puntaje en la Escala de Edimburgo mayor o igual a 10, para una prevalencia del 34 % de DPP (25). Otro estudio similar encontró riesgo de DPP según la Escala de Edimburgo en 44 (39,3 %) pacientes de un total de 112 madres (24). Lo anterior sugiere que esta patología se encuentra presente de manera importante en las mujeres y que en la mayoría de los casos puede tratarse de un evento subdiagnosticado y subtratado (20). Se considera entonces que estos resultados requieren de estrategias de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento efectivo.

Adicionalmente, se estableció la utilidad que tiene la Escala de Edimburgo como instrumento predictor de DPP, no solamente en su puntaje global, sino también en cada uno de sus ítems. Al realizar búsqueda de literatura (en español), no se encontraron investigaciones en donde sus resultados arrojen las frecuencias por cada una de las diez preguntas de la escala de manera individual, tal como se realizó en el presente estudio. Una investigación realizada en Perú indica que la Escala de Edimburgo analiza tres dimensiones, las cuales son anhedonia en las preguntas 1, 2 y 10; ansiedad en los ítems 3, 4, 5 y 6, y depresión en las preguntas 7, 8 y 9 (26). Según esto, los resultados de este estudio muestran que los ítems 3, 4 y 6 (“me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien”, “he estado ansiosa y preocupada sin motivo” y “las cosas me oprimen o me agobian”), respectivamente, sugieren predominio de ansiedad en las madres encuestadas.

Conclusiones

Un 13% de las madres presentaron algún riesgo de depresión posparto y el 17% de las madres obtuvieron un riesgo alto de posible depresión posparto. Esta es una enfermedad mental de gran impacto en la etapa de posparto, que requiere evaluación por psicología y del reconocimiento oportuno por parte de enfermería a través de escalas, además del establecimiento de planes de cuidado de tipo preventivo y la ejecución de las políticas de salud de manera oportuna y accesible para todas las madres y sus familias.

La salud mental de las mujeres desde la gestación hasta el posparto debe ser prioridad en todas las instituciones de salud con atención materno-infantil. Desafortunadamente, la atención se ha centrado en intervenciones biomédicas con poco énfasis en la humanización del cuidado. Los resultados invitan a acoger y activar de manera efectiva y eficaz las políticas de salud que están encaminadas al cuidado de la madre, de su hijo y su familia y en especial en los temas relacionados con la salud mental de este grupo poblacional.

Limitaciones del estudio

Inicialmente el estudio se planteó en el área de hospitalización posparto, sin embargo, el instrumento ya se estaba aplicando en el Programa Familia Canguro por el personal de enfermería y se contaba con los profesionales de psicología para atender oportunamente a las madres en riesgo. Por esto, se desarrolló la investigación en este servicio. Las madres que se encontraban en el Programa Familia Canguro tuvieron un hijo con prematuros o de bajo peso, razón que pudo afectar las respuestas de la Escala de Edimburgo.

Agradecimientos

Al Programa Familia Canguro de la Clínica Universitaria Bolivariana y a todas las madres, por su tiempo y la información tan valiosa que proporcionaron a este estudio. A la Universidad Pontificia Bolivariana, a la Facultad de Enfermería y al Semillero de Investigación Cuidar, por motivar constantemente nuestro espíritu investigador. Finalmente, agradecemos a la docente asesora científica y metodológica Dora Isabel Giraldo Montoya por guiarnos y apoyarnos en cada etapa del estudio.

Conflictos de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

1. Mendoza BC, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Méd Chile*. 2015;143(7):887–94.
2. Urdaneta MJ, Rivera SA, García IJ, Guerra VM, Baabel ZN, Contreras BA. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2010;75(5):312–20.
3. Rincón-Pabón D, Ramírez-Vélez R. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. *Rev salud pública*. 2014;16(4):534–46.
4. Lee D, Yip A, Chiu H, Leung T, Chung T. A psychiatric epidemiological study of postpartum Chinese women. *Am J Psychiatry*. 2001;158(2):220–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.220>
5. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782–6. Disponible en: <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
6. Beck CT, Gable RK. Screening performance of the postpartum depression screening scale--Spanish version. *J Transcult Nurs*. 2005;16(4):331–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1043659605278940>

7. Morales-Lozano M, Garay-Hernández I, González-Azuara D, Meza-López M, Ixtla-Pérez M, Martínez-Zúñiga M, et ál. Evaluación del riesgo de depresión postparto en un hospital ginecoobstétrico. *Evid Med Invest Salud.* 2014;7(3):105–9.
8. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. Resolución número 8430 de 1993 [Internet]. 1993 oct. 4 [citado 2022 jun. 7]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca-Digital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
9. Gómez-Martínez N, Molina-Guanoluisa JC, Castro-Sánchez F de J, León-Baryolo LP. Prevención de la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital General Ambato 2017. *Rev enferm investig.* 2019;4(1):26–32.
10. Mercan Y, Tari Selcuk K. Association between postpartum depression level, social support level and breastfeeding attitude and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women. *PLoS One.* 2021;16(4):e0249538. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249538>
11. Hairol MI, Ahmad S, Sharanjeet-Kaur S, Hum-Wee L, Abdullah F, Ahmad M. Incidence and predictors of postpartum depression among postpartum mothers in Kuala Lumpur, Malasia: A cross-sectional study. *PLoS One.* 2021;16(11):e0259782. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259782>
12. Casas J, Bohorjas L, Meléndez M, Corbino J, Díaz M, Cabaña A, et ál. Depresión postparto y los factores de riesgo. *SALUS* [Internet]. 2017 [citado 2022 jun. 7];21(3):7–12. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375955679003>
13. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. Ruta para mejorar la salud materna. Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS). Bogotá: Minsalud; 2015 [citado 2022 jun. 7]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Ruta-para-mejorar-la-salud-materna.aspx>
14. Jiménez G, Peña Y, Ortega M, Gil J, Arias K. Factores asociados a depresión posnatal en puérperas de Antioquia, según escala de Edimburgo. *Rev cis* [Internet]. 2020 [citado 2022 jun. 7];e84:205–96. Disponible en: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/3898/4705>
15. Araújo IS, Aquino KS, Fagundes LKA, Santos VC. Postpartum depression: Epidemiological clinical profile of patients attended in a reference public maternity in Salvador-BA. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2019;41(3):155–63. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1676861>
16. Ramos-Cárdenas MA, Rivera FLM. Asociación entre depresión postparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. *An Fac Med* [Internet]. 2022 [citado 2022 jun. 9];83(1):19–24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v83i1.20562>
17. Fundación MAPFRE. Rompiendo el círculo de pobreza de las madres adolescentes en Colombia: Fundación Juan Felipe Escobar Gómez. España: Fundación MAPFRE; 2022 my. 31. Disponible en: <https://www.fundacionmapfre.org/accion-social/proyectos/internacionales/colombia/pobreza-madres-adolescentes-colombia/#:~:text=17%20ni%C3%B1as%20quedan%20embarazadas%20diariamente,pobreza%20y%20en%20exclusi%C3%B3n%20social>
18. Oliveira TA, Luzetti GGCM, Rosalém MMA, Mariani Neto C. Screening of perinatal depression using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2022 mzo. 4. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1743095>
19. Genchi-Gallardo FJ, Paredes-Juárez S, Solano-González NL, Rios-Rivera CE, Paredes-Solís S, Andersson N. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México. *Ginecol Obstet Méx* [Internet]. 2021 [citado 2022 jun. 9];89(12):927–36. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v89i12.6947>
20. Alhusen JL, Alvarez C. Perinatal depression: A clinical update. *Nurse Pract.* 2016 my. 19;41(5):50–55. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000480589.09290.3e>
21. Suarez-Rojas JC. Revisión narrativa: importancia de la intervención de enfermería en la educación a las madres sobre depresión postparto [Internet]. Universidad Cooperativa de Colombia; 2021 [citado 2022 jun. 9]. Disponible en: shorturl.at/uAQWZ
22. Genchi-Gallardo FJ, Paredes-Juárez S, Solano-González NL, Rios-Rivera CE, Paredes-Solís S, Andersson N. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en usuarias de un hospital público de Acapulco, Guerrero, México. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2021 [citado 2022

- jun. 9];89(12):927–36. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102743>
23. Mora-Delgado M. Depresión postparto y tratamiento. Rev Med Cos Cen [Internet]. 2016 [citado 2022 jun. 9];73(620):511–14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163q.pdf>
 24. Loor-Reyes NF, Lobo-Santiago DK, Quiroz-Moncerrad LX, Magallanes-Vera YA. Prevalencia y factores de riesgo de la evaluación precoz de la depresión postparto por medio del Test de Edinburgh en el Hospital de Especialidades Mariana de Jesús en el periodo del 1 marzo al 15 abril del 2016. RECIAMUC [Internet]. 2021 [citado 2022 jun. 9];5(2):300–1. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/648>
 25. Arréllaga-Trovato N. Depresión posparto en mujeres puérperas del Hospital General Materno Infantil San Pablo. REVCOG [Internet]. 2020 [citado 2022 jun 9]; 24(3):47–56. Disponible en: <shorturl.at/cjE38>
 26. Azañedo LE, Frasser YA. Evidencias psicométricas de la escala de depresión postnatal de Edinburgh en mujeres puérperas en un centro de salud de Chimbote [Internet]. Chimbote-Perú: Universidad César Vallejo; 2020 [citado 2022 jun 9]. Disponible en: <shorturl.at/dyKL>