

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ

INSTITUTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BÁSICAS



PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN  
POSPARTO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL DE LA MUJER DE  
CIUDAD JUAREZ.

POR

M.C. BELEN LÓPEZ ROMERO

TESIS

ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

CD. JUÁREZ, CHIH.

FEBRERO 2014

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN  
POSPARTO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL DE LA MUJER DE  
CIUDAD JUAREZ

POR

M.C. BELEN LOPEZ ROMERO

TESIS

---

C.D. Daniel Constandse Córtes  
Director del Instituto de Ciencias Biomédicas

---

Dra. Beatriz Araceli Díaz Torres  
Jefa del Departamento de Ciencias de la Salud

---

Mtra. Irma Delia Enríquez Anchondo  
Coordinadora de Investigación y Posgrado  
del Instituto de Ciencias Biomédicas

---

M.C. Marco Antonio Guzmán Aguilar  
Coordinador de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia

---

M.C. Carlos Exiquio Cano Vargas  
Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación  
Del Hospital De La Mujer de Ciudad Juárez

---

M.C. Aldo Fornelli López  
Asesora de Tesis

---

Dra. Beatriz Aracely Díaz Torres  
Coasesora de tesis

## AGRADECIMIENTOS

### A Dios

Por darme siempre las fuerzas para continuar en lo adverso, por guiarme en el sendero de lo sensato y darme sabiduría en las situaciones difíciles.

### Papa y Mama

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

### A mi Esposo.

Gracias por tu paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío, Por no permitirme renunciar, y saber siempre que decir , me inspiraste a ser mejor para ti, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de tí, gracias por estar siempre a mi lado . Te Amo.

### A mi Hija

Por ser mi más grande motivación, por alegrarme el día con una sonrisa, y empujarme a ser mejor cada día. Te amo

### A mis maestro

Que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico cada una de estas páginas de mi tesis.

### A Los Residentes

Gracias por hacer la vida en el Hospital algo más llevadero, por lo aprendido y lo sufrido, por esas guardias interminables y las sesiones sin fin. Por las risas y las lágrimas, por las experiencias y ser parte de esta etapa.

## Table de Contenidos

1. INTRODUCCIÓN .....	7
2 ANTECEDENTES .....	10
2.1 Factores de riesgo.....	11
2.2 Manifestaciones clínicas .....	12
2.3 Clasificación de los trastornos afectivos en el posparto .....	13
2.3.1. Tristeza posparto.....	13
2.3.2 Depresión posparto .....	14
2.3.3. Psicosis posparto .....	14
2.4 Método para clasificar depresión posparto.....	14
2.4.1 Pautas para la evaluación .....	15
2.5 Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS).....	15
2.6 Tratamiento .....	16
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	18
4. JUSTIFICACION .....	19
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	20
6 HIPOTESIS .....	20
6.1 Hipótesis Nula .....	20
6.2 Hipótesis Alterna .....	20
7. OBJETIVOS .....	21
7.1 Objetivo General .....	21
7.2 Objetivos Específicos .....	21
8.1 Metodología.....	22
8.2 Análisis.....	23
9. RESULTADOS .....	25

9.1 Características de las mujeres en el puerperio inmediato.....	25
9.2 Características de los Recién Nacidos.....	28
9.3 Prueba de Edimburgo a Mujeres en Puerperio Inmediato.....	28
9.4 Evaluación de depresión en puerperio tardío.....	29
9.5 Características de los Recién Nacidos.....	31
9.6 Diferencias entre las mujeres con y sin depresión en el puerperio tardío.....	33
9.7 Factores de riesgo para depresión posparto.....	34
10. DISCUSION.....	36
11. CONCLUSION Y RECOMENDACIONES.....	38
12. BIBLIOGRAFIA.....	39
13. ANEXOS.....	40

# 1. INTRODUCCIÓN

El puerperio es uno de los periodos de mayor riesgo en la presentación de trastornos del estado de ánimo. La bibliografía menciona que entre el 8-15% pueden llegar a presentar depresión posparto y en situaciones de pobreza aumenta hasta un 22-34%, cerca del 90% de las mujeres presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico sin embargo menos del 20% reportan síntomas ante algún médico durante el posparto. Algunas de ellas experimentan síntomas transitorios y leves sin embargo entre el 8 y 25% de las mujeres manifiestan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. De este último grupo permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos. Varios reportes recientes sobre infanticidio por parte de mujeres con enfermedad psiquiátrica en el posparto señalan la importancia de diagnosticar y tratar estos trastornos. Su detección precoz es limitada debido a que no se busca atención médica, ni se realiza tamizaje de rutina. (2, 3, 4,5)

La depresión posparto se incluye en el manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales la 4ta edición (DMS IV) como un trastorno depresivo mayor de inicio en el posparto; según la cual se trataría de un episodio depresivo mayor que comienza en las primeras cuatro semanas tras el nacimiento de un hijo. (1)

Algunos factores de riesgo son: antecedentes de psicopatología y depresión posparto, problemas psicológicos durante el embarazo, bajo soporte social, malas relaciones maritales, estilos de vida muy estresantes y eventos traumáticos recientes.

La depresión posparto no solo afecta el bienestar y salud de las mujeres, sino que también pone en riesgo el vínculo de apego y la estabilidad familiar, contribuyendo a la aparición de problemas o trastornos en los hijos.

La depresión posparto es un impactante problema de salud pública afectando al 8%-25% de las mujeres puérperas y resulta en una considerable morbilidad de estas mujeres, sus hijos y familiares, mientras en mujeres con factores de riesgo puede aumentar hasta el doble. (5)

La depresión posparto es un problema de salud que afecta a mujeres de diversas culturas internacionalmente, la prevalencia de depresión posparto va de tasas de 0% en Singapore hasta cerca del 57% en Brasil. En Canadá se reporta una tasa de 10-15% tasas de prevalencia que son similares en países desarrollados.

Sin embargo en nuestro país no hay estudios recientes que nos proporcionen la tasa de prevalencia de depresión posparto.

En Chihuahua no existen trabajos que se enfoquen a esta problemática, por lo que el presente estudio busca conocer la prevalencia y factores de riesgo de esta condición en mujeres puérperas que se atienden en el Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez.

La depresión posparto afecta a un 15% aproximadamente de las mujeres durante el puerperio, pero lamentablemente en Ciudad Juárez no se conoce la prevalencia exacta de la misma, estando esta probablemente aumentada debido a que la población que se atiende en el hospital de la Mujer de Ciudad Juárez presenta muchos de los factores de riesgo que pueden aumentar la prevalencia de depresión posparto. (3, 4, 5, 6, 7, 8,9,)

Cabe señalar que, las mujeres en las consultas durante el posparto, no expresan los síntomas de depresión posparto, ya sea por ignorancia o por considerarlos poco importantes o incluso por el miedo de ser estigmatizada por los familiares; por otra parte el médico de atención primaria al desconocer de esta patología no la busca intencionadamente, haciendo con esto mas difícil el diagnostico y tratamiento oportuno de la enfermedad. (5)

En un reciente estudio en cuanto a la condición por la cual los médicos no diagnostican la depresión posparto el 64% respondió que se debía a que no se sentían con suficiente entrenamiento, para el diagnostico y tratamiento de la madre, así como el 73% respondió no tener suficiente tiempo durante la consulta para educar y aconsejar a la madre. (10)

Es importante señalar que no existe, en el primer nivel de atención de salud, algún método de detección para depresión posparto, por lo que esta patología pasa inadvertida por consiguiente no es tratada.

Es trascendental conocer la prevalencia y los factores de riesgo que presentan las puérperas en el Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez. Para así hacer un diagnóstico temprano de depresión posparto y poder proveerlas de un tratamiento multidisciplinario y referirlas a un centro especializado.

## 2 ANTECEDENTES

La organización mundial de la Salud predice que la depresión se convertirá en la segunda causa de muerte prematura para el año 2020. El sufrimiento causado por la depresión es todavía hasta nuestros tiempos desestimado, esta puede afectar varios aspectos de la persona sus sentimientos, pensamiento y función. La depresión posparto es particularmente importante porque es muy común y ocurre en un tiempo crítico de la vida de la madre, su bebe y la familia. <sup>(11)</sup>

De cada 1000 nacimientos, 80-250 mujeres sufrirán depresión posparto. La falla en el tratamiento de este desorden resultara en un deterioro prologado de la relación entre la madre y su bebe y la educación psicosocial del niño así como su desarrollo educativo, la relación entre la madre y su pareja también se verá deteriorada. <sup>(20)</sup>

En el siglo IV a. de C., Hipócrates realizo la primera descripción de la enfermedad mental asociadas al posparto. En su reseña considero que algunas apreciaciones sobre las características clínicas de las manías posparto, asociadas a la lactancia, se trataban de delirium asociado a sepsis puerperal, entidad relativamente común en la antigua Grecia. <sup>(12)</sup>.

En los siglos XVIII y XIX la literatura alemana y francesa introdujo los primero reportes sistémicos de casos sobre locura puerperal. En 1818 Jean Esquirol realizó la primera descripción detallada de 92 casos de psicosis puerperal. En 1829 Robert Gooch, reportó la psicosis puerperal en su informe enfermedades propias de las mujeres.

En 1856 el médico francés Víctor Luis Marce en su libro *Traite de la Fontie Des Femmes Enceintes*, caracteriza de manera sistemática la enfermedad mental durante el postparto. Este médico fue el primero en sugerir que los cambios fisiológicos durante

el puerperio influían en el estado de ánimo materno. En 1969 B. Pitt caracterizó un tipo de depresión leve asociada al posparto. <sup>(1)</sup>

## ***2.1 Factores de riesgo***

El embarazo y el parto estas acompañados de cambios hormonales y niveles plasmáticos bajos de triptófano, sin embargo los niveles bajos de triptófano no están relacionados directamente con los síntomas depresivos, pero en mujeres con previos episodios depresivos y variaciones polimórficas de los genes transportadores de serotonina (5-HTT) se considera un moderado factor de riesgo para síntomas depresivos con niveles de triptófano bajos pero solo cuando otro factor genético o factor depresivo está presente.

En revisiones recientes se ha propuesto, clasificar los factores de riesgo para depresión posparto como mayores, moderados o leves predictores.

Los predictores mayores para depresión posparto es la ansiedad y depresión durante el embarazo, las pacientes que ha presentado depresión mayor tiene 5 veces más riesgo de presentar depresión posparto en relación aquellas sin este antecedente <sup>(1, 3, 5, 8, 10,11)</sup>.

Otro de los predictores mayores es el limitado apoyo social, ya que la depresión posparto se presenta en menor frecuencia en pacientes que cuentan con sistemas de apoyo sociales de alta calidad, por otra parte los eventos estresantes de la vida como un divorcio, perdida de trabajo, la muerte de un ser querido, abuso en la infancia, mudarse de domicilio, violencia domestica, el fumar se consideran como predictores mayores para desarrollar depresión posparto. <sup>(1, 5, 8,13)</sup>

Un predictor moderado será la tensión marital, así como la personalidad materna, nerviosa, baja autoestima, vergüenza de sí misma, con mentalidad pesimista, enojada. <sup>(8,13)</sup>

Dentro de los predictores menores encontramos los antecedentes familiares de depresión, estatus socioeconómicos bajos, complicaciones durante el embarazo como

preeclampsia, hiperémesis, parto instrumentado, hemorragia obstétrica, parto de emergencia mediante cesárea o parto prematuro. (1, 5, 8,10)

Por otro lado las madres que alimentan a su hijo exclusivamente con seno materno durante las primeras 6 semanas posparto tienen menos probabilidad de presentar depresión posparto. (1)

Existen otros factores de riesgo que no se han clasificado aun como mayores, medianos o menores, pero que se han considerado, como es el nivel de sobrecarga experimentado por los cuidados del bebe, percepción respecto a su cuerpo posterior al parto, interrupción del embarazo por vía abdominal, así como anemia, edad materna en los extremos de la vida, el consumo de alcohol, antecedentes de depresión posparto en embarazos previos, embarazo en adolescentes no planeado, problemas financieros, dos o más abortos inducidos, no tener casa propia, decepción con respecto al género del recién nacido. (3, 7,10,)

## ***2.2 Manifestaciones clínicas***

La depresión posparto es por demás una entidad compleja ya que sus manifestaciones pueden ir desde una simple tristeza transitoria hasta una intensa psicosis depresiva con tendencias suicidas.

Estas manifestaciones clínicas incluyen tristeza, irritabilidad, fatiga, insomnio, pérdida del apetito, anidonia y ansiedad.

- a) Tristeza. Síntoma más frecuente de la depresión posparto. Las pacientes sienten baja autoestima, así como incapacidad para cuidar a sus hijos, acompañada de infelicidad la mayor parte del tiempo; aunque este síntoma puede empeorar en algún momento particular del día como en las mañanas o las tardes.
- b) La Irritabilidad. Por lo general se acompaña de una sensación de tristeza. La irritabilidad se puede orientar hacia la pareja o los demás hijos , incluso hacia el recién nacido

- c) **Fatiga.** Las pacientes con depresión posparto pueden sentir tanta fatiga que no les permite cuidar a sus hijos. Pueden incluso pensar que padecen alguna enfermedad física
- d) **Insomnio.** Las pacientes refieren dificultad para conciliar el sueño, aun cuando sea la pareja quien se encargue de la alimentación del bebe.
- e) **Pérdida del apetito.** Las mujeres con depresión posparto refieren no tener deseos de comer. Lo que contribuye a que se sientan malhumoradas y agotadas; también puede que coman en exceso para aliviar su malestar psicológico, lo que a su vez contribuye que se sientan culpables y molestas por el aumento de peso.
- f) **Incapacidad para disfrutar las relaciones sexuales:** Las mujeres con depresión posparto suelen rechazar cualquier contacto sexual con la pareja, lo cual aumenta la tensión y la relación.
- g) **Desbordamiento.** La paciente se siente con incapacidad para cuidar a sus hijos, el no hacer nada bien o incapacidad para hacer algo para remediarlo.
- h) **La ansiedad.** Suele ser aguda y se manifiesta como miedo a quedarse sola con el bebe y no poder cumplir con las necesidades del mismo; algunas madres con depresión posparto ven a su hijo como un objeto y se sienten distantes a ellos.

### ***2.3 Clasificación de los trastornos afectivos en el posparto***

Los trastornos afectivos en el posparto se agrupan dependiendo el tiempo en que se presentan así como la gravedad de los síntomas en tristeza, depresión y psicosis.

#### **2.3.1. Tristeza posparto**

Es un estado transitorio de labilidad emocional, y se presenta en un 50% aproximadamente de las mujeres posparto, se presenta generalmente en el día 3 a 5

posterior al parto, se presenta con un prevalencia del 75-80% su duración puede ser hasta de 2 semanas y no es necesario el tratamiento farmacológico, con una probabilidad del 20% de desarrollar depresión posparto <sup>(3, 8,10)</sup>

### **2.3.2 Depresión posparto**

Se presenta generalmente en un lapso de 6 meses posterior al parto, los síntomas pueden incluir sentimientos, de tristeza, anhedonia, incapacidad para ser madre, insomnio y anorexia, si se llega a presentar conductas suicidas puede considerar también matar a sus hijos debido generalmente al deseo de no abandonarlos.

### **2.3.3. Psicosis posparto**

Se presenta generalmente alucinaciones, delirios en las primeras 3 semanas posterior al parto, con un prevalencia del 1-2% a diferencia con otro tipo de psicosis en este caso se presenta mayor desorientación y labilidad, las mujeres con esta patología tienen más probabilidades de terminar haciendo daño a sus hijos, las mujeres que presentan psicosis posparto requieren ayuda urgente así como hospitalización. <sup>(3, 8,12,)</sup>

## ***2.4 Método para clasificar depresión posparto***

Para determinar la probabilidad de depresión posparto así como el grado de esta se utiliza la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS), ese instrumento consiste en un auto cuestionario de 10 reactivos, con cuatro opciones de reactivos cada uno, las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba el puntaje varía de 0 a 30 puntos.

La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos, 5 de estos ítems incluyen síntomas de disforia, 2 ítems están relacionados con la ansiedad, 1 con sentimientos

de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultad para la concentración. Según los resultados obtenidos las puérperas serán clasificadas en 2 grupos.

EPDS menor igual a 11. Sin riesgo depresión posparto

EPDS mayor o igual a 12: puntaje indicador de probable depresión

#### **2.4.1 Pautas para la evaluación**

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total, una puntuación de mayor o igual a 12 muestra de probabilidad de una depresión, pero no su gravedad, cualquier número que se escoja que no sea "0" para la pregunta 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico. No para reemplazarlo.

#### ***2.5 Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS)***

El Test de Edimburgo consta de 10 preguntas cortas, autoaplicativas, con relación a cómo se han sentido las madres en los últimos quince días, El tiempo máximo para contestar no debe superar los 5 min. Es un test anónimo, en el cual cada respuesta se valora de 0 a 3 puntos, y se obtiene una puntuación global. Se ha usado como punto de corte un resultado mayor o igual a 12 puntos. Este test destaca por su amplia utilización, porque es fácil de interpretar y porque tiene sensibilidad suficiente (en una revisión realizada por Eberhard-Gran et al, sobre 18 estudios de validación del EPDS durante los años 1987 y 2000, se cita una sensibilidad entre el 65 y el 100%) para considerarlo de elección ante la sospecha de depresión postnatal, aunque debe considerarse siempre como un método de cribado que nos indica la posibilidad elevada de presentar una depresión posparto y que deberá ser confirmada con otros métodos diagnósticos.

## ***2.6 Tratamiento***

Para el tratamiento de la Depresión Postparto es necesario un abordaje que considere la multiplicidad de factores involucrados en su ocurrencia y mantención y las implicancias que tiene para madre e hijo(a).

Diversos estudios han analizado comparativamente la efectividad de diferentes intervenciones terapéuticas para abordar la Depresión posparto y concluyen que la terapia farmacológica muestra mayor efectividad que intervenciones no farmacológicas para reducir la sintomatología depresiva en puérperas. Sin embargo, el miedo a los efectos adversos en el producto juega un rol importante en la decisión materna de aceptar y seguir el tratamiento. Si bien el uso de medicamentos antidepresivos es la mejor opción para revertir la condición clínica, hay antecedentes que demuestran que intervenciones psicosociales y psicológicas también son una alternativa sobre todo si se inician precozmente.

Las drogas antidepresivas desarrollan su efecto terapéutico a través del bloqueo de la recaptura de neurotransmisores como serotonina, dopamina y norepinefrina entre otros. Existe suficiente evidencia que apoya el uso de algunos medicamentos antidepresivos para el tratamiento de la DPP que no involucran riesgo para los niños(as) que son alimentados con leche materna.<sup>(2)</sup>

Las drogas antidepresivas de elección son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). Los antidepresivos tricíclicos se mantienen en una segunda línea de tratamiento, ya que se asocian más frecuentemente con sedación excesiva y efectos adversos anti colinérgicos

Entre los ISRS, sertralina y paroxetina deberían considerarse como primera opción en el tratamiento de la DPP de mujeres que desean continuar amamantando. Su uso no reviste riesgos para el lactante ya que no han podido detectarse niveles sanguíneos significativos de dichas drogas. Otros ISRS como fluoxetina y citalopran, tienen una vida media mayor, por lo que algunos estudios reportan niveles séricos elevados en los

hijos(as) de las madres usuarias, lo que pudiera asociarse a la presencia de efectos adversos en los niños, como cólicos, diarrea e irritabilidad.

Una vez establecido el diagnóstico, las indicaciones del tratamiento deben ser claras en relación con su inicio, dosis, efecto terapéutico y efectos adversos. Es importante informar a la madre de la existencia de un período de latencia en el inicio de la respuesta farmacológica, que oscila entre 2 y 4 semanas, durante el cual deberá continuar ingiriendo el fármaco pese a no observar remisión de los síntomas.

La sertralina y la paroxetina, corresponden a ISRS que estimulan los receptores 5-HT<sub>2</sub>. Esta estimulación puede explicar efectos adversos como ansiedad, insomnio, inhibición de la libido y disfunción sexual. Por otro lado, la estimulación de receptores 5-HT<sub>3</sub> pudiera causar náuseas, anorexia, disminución de peso, molestias abdominales y diarreas.

En el caso de las puérperas, se sugiere iniciar el tratamiento con la mitad de la dosis recomendada para disminuir la sensibilidad inicial al fármaco y la ocurrencia de efectos secundarios.

En relación con el abordaje no farmacológico, las intervenciones psicosociales y psicológicas son una alternativa complementaria al tratamiento farmacológico del cuadro depresivo, que tienen la ventaja de no generar temor en las madres ya que no producen efectos directos sobre sus hijos(as). Diversos estudios han intentado demostrar la eficacia de distintas intervenciones, aceptándose que cualquier intervención psicosocial o psicológica, comparada con la atención posparto habitual se asocia a una reducción de la probabilidad de presentar sintomatología depresiva, medida de cualquier manera, al final en el primer año posparto. De estas intervenciones, con terapia de orientación cognitivo conductual se obtienen resultados tan buenos como los alcanzados con fármacos antidepresivos. Sin embargo, este tipo de tratamiento requiere tiempo y compromiso y tiene costos altos para los usuarios y los servicios de salud, lo que se traduce en que entre el 10 % y 40 % no logre llevarlo a término.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el estado de Chihuahua no existen trabajos que se enfoquen a la depresión posparto por lo que el presente estudio busca conocer la prevalencia y factores de riesgo de esta condición en mujeres puérperas que se atienden en el Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez, para ofertar un diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado a esta patología, que no ha recibido la atención necesaria a nivel local y sobre todo entre a la población más vulnerable.

Por otro lado, es importante recordar que la depresión posparto no solamente afecta a la mujer puérpera, también al lactante en su desarrollo psicosocial.

La depresión posparto es considerado como un problema de salud pública con impacto social y en cuyos casos en los que evoluciona hasta psicosis postparto con desenlace tan lamentable como lo es el suicidio.

Por lo que es de suma importancia iniciar una detección de estas pacientes así como una perspectiva de la prevalencia de esta enfermedad en la ciudad para de ser necesario establecer un programa de apoyo y manejo para las mismas. De forma que no continúe desapercibida por el personal de salud.

## 4. JUSTIFICACION

Los trastornos depresivos del puerperio conllevan una serie de consecuencias para la madre donde se ven mermados tanto su nivel de salud como la capacidad para experimentar el gozo de la maternidad. Incluso se ha llegado a establecer que a pesar de que existen unas tasas bajas de suicidio de mujeres en el periodo postnatal, aquellas que desarrollan una depresión grave, sobre todo en el primer año tras el parto, están en un riesgo elevado de cometer suicidio.

A nivel internacional en países en desarrollo la depresión posparto se presenta en un 10-15 % siendo en estos países en donde de forma rutinaria se realiza screening para este padecimiento por otra parte en países en vías de desarrollo se puede presentar hasta en un 34% siendo el caso de México en donde aun no se conoce la prevalencia de este padecimiento, debido a que no hay una prueba de tamizaje para la detección del mismo a pesar de que nuestra población presenta varios factores de riesgo.

En el caso de Ciudad Juárez no es diagnosticado y por lo tanto no existen estadísticas conocidas con respecto a este padecimiento. Con base en los antecedentes de riesgo se puede considerar que la población de esta ciudad reúne la mayoría de ellos como son nivel de educación, estatus socioeconómico así como el nivel de estrés y ansiedad que vive la embarazada en nuestra ciudad ya que al estar en constante exposición a hechos violentos por las condiciones que se suscitan aumenta el riesgo de padecer depresión posparto y con ello las consecuencias tanto familiares como sociales.

Así como el hecho de encontrarnos en una ciudad con altos niveles de violencia, puede ser un factor sumamente estresante y que aumente aun más el riesgo de este padecimiento.

La presencia de factores de riesgo como bajo nivel socioeconómico, educación, primaria solamente, no tener una pareja estable, embarazo no deseado, así como haber estado en relación a un hecho violento son factores desencadenantes a presentar depresión posparto.

## **5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la prevalencia de depresión posparto y sus posibles factores de riesgo en mujeres puérperas atendidas en el Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez?

## **6 HIPOTESIS**

### ***6.1 Hipótesis Nula***

Existe una elevada prevalencia de de depresión posparto entre las mujeres puérperas atendidas en el Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez.

### ***6.2 Hipótesis Alterna***

NO Existe una elevada prevalencia de de depresión posparto entre las mujeres puérperas atendidas en el Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez.

## **7. OBJETIVOS**

### ***7.1 Objetivo General***

Conocer la prevalencia y posibles factores de riesgo para la depresión posparto en mujeres puérperas. Atendidas en el Hospital De La Mujer en Ciudad Juárez, en el periodo comprendido del 01 octubre al 15 de diciembre 2013.

### ***7.2 Objetivos Específicos***

- a) Conocer las características socio-demográficas e historia obstétrica de las mujeres puérperas.
- b) Identificar diferencias entre mujeres puérperas con y sin posible depresión posparto inmediato.
- c) Identificar los factores más frecuentes en las mujeres con posible depresión posparto inmediato y tardío
- d) Conocer posibles factores de riesgo asociados a depresión posparto en mujeres puérperas: Factores socio-económicos, personales y familiares.

## **8. METODOLOGIA Y ANALISIS**

### ***8.1 Metodología***

Se realizó un estudio transversal, observacional, analítico con mujeres en puerperio inmediato y tardío atendidas en el Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez en el periodo del 1 octubre al 15 diciembre del 2013.

Se incluyeron en el estudio pacientes de todas las edades con diagnostico de puerperio fisiológico o patológico, que cursaran con diagnostico de puerperio inmediato hospitalizadas, y aquellas pacientes con puerperio tardío que regresaron a consulta de seguimiento, que aceptaran participar en forma voluntaria en el estudio, que tuvieran la capacidad de responder el cuestionario de Edimburgo. A las pacientes que aceptaron participar en este trabajo de investigación se les pido que leyeran y firmaran un consentimiento informado.

Se excluyeron del estudio a las mujeres puérperas que no aceptaran participar en el estudio, que presentaran alguna discapacidad que les impida responder el cuestionario de Edimburgo o que no aceptaran leer y firmar la hoja de consentimiento informado.

Toda la información, incluyendo datos socio-demográficos y otras variables de salud, se recolectaron utilizando un cuestionario diseñado con ese fin incluyendo información de edad, paridad, patología durante el embarazo, tipo de parto, prematuridad, patologías del recién nacido o lactante que requirieron hospitalización o estudio, estado civil, consumo de alcohol antecedentes personales o familiares de primer grado, de depresión o drogas.

A cada hoja de encuesta se le designó un folio, el que coincide con la hoja de datos personales de cada paciente. Toda la información fue manejada con la mayor discreción y protegiendo la confidencialidad.

Para la evaluación del estado mental se utilizó la Prueba de Edimburgo que consta de 10 preguntas cortas, con relación a cómo se han sentido las madres en los últimos quince días. El tiempo máximo para contestar esta prueba no fue superior los 5 min.

Para su análisis cada respuesta tuvo valores de entre 0 a 3 puntos obteniendo una puntuación global, el punto de corte es un resultado mayor o igual a 11 puntos.

Las pacientes con test positivo fueron remitidas a interconsulta con el Servicio de Psiquiatría. <sup>(13)</sup>

A todas las pacientes que aceptaron participar en el estudio se les cito en la consulta externa de ginecología de 4 a 6 semanas posterior a su parto, para aplicar una segunda Prueba de Edimburgo.

Se eliminaron del estudio aquellas pacientes que no acudan a la segunda cita en el puerperio para responder la prueba de Edimburgo o en la que la recolección haya sido inadecuada.

Las pacientes que no acudieron a la consulta de la semana 4 de postparto, se les localizó por vía telefónica y se les ofreció una segunda cita. En algunos casos en que las pacientes no pudieron acudir a la segunda visita, y cuando fue posible se les aplicó la segunda encuesta vía telefónica, en caso de presentar puntuación mayor a 12 se les cito nuevamente para ofrecerles la interconsulta con psiquiatría.

## ***8.2 Análisis***

La variable dependiente fue la depresión posparto y las variables independiente todos los probables factores de riesgo. (Anexo 3)

Toda la información recolectada fue capturada en una base utilizando el Programa Excel en la cual se reviso en busca de incongruencias antes de ser pasado al Programa Estadístico STATA versión 13.

Se realizó un primer análisis exploratorio de las variables, se obtuvo media, desviación estándar, y rango, Chi-cuadrada y t-student se utilizaron en busca de diferencias entre variables. Toda la información de frecuencias se presenta en tablas.

Para la identificación de factores de riesgo se utilizó regresión lineal para la obtención de Razón de momios.

## 9. RESULTADOS

En el periodo del 1 de octubre del 2013 al 1 de diciembre del 2013, se identificaron 300 pacientes en el puerperio inmediato en el Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez Chihuahua, de las cuales 209 (69.7%) cumplieron con los criterios de inclusión en el puerperio inmediato y 89 en el puerperio tardío.

### 9.1 Características de las mujeres en el puerperio inmediato

La edad media de las mujeres participantes en el puerperio inmediato fue 23 (DE 6.2), con rango de 14 a 43 años; el 46.6% (97) estuvo representado por el grupo de edad de 20-29 años. El 65.6% reportaron vivir en unión libre; el 49% tenían escolaridad de 7-9 años. La mayoría de las pacientes se dedicaban al hogar. Tabla 1.

<b>Tabla 1</b>				
<b>Características Socio-demográficas de Mujeres Participantes</b>				
<b>Hospital de la Mujer de Cd. Juárez</b>				
<b>1 al 31 octubre 2013</b>				
<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media (DE)</b>	<b>Rango</b>
Edad	209	100	23 ( 6.22)	14-43
Grupo de Edad (años)				
14-16	18	8.6		
17-19	59	28.2		
20-29	97	46.4		
30-39	30	14.4		
≥40	5	2.4		
Estado civil				
Soltera	34	16.3		
Casada	38	18.2		
Unión libre	137	65.6		
Escolaridad (años)				
≤6	53	25.4		
7-9	103	49.3		
10-12	45	21.5		
≥13	8	3.8		
Ocupación				
Hogar	198	94.7		
Trabaja	6	2.9		
Estudia	4	1.9		
Presidaria	1	0.05		

El antecedente de gestas previas tuvo una media de 2.4 (DE 1.5) y un rango de 1 a 10 embarazos. El 83% de las pacientes tuvo antecedente de parto, 13.4% cesárea previa y 12% pacientes antecedente de aborto. Tabla 2.

<b>Tabla 2</b> <b>Antecedentes Ginecobstetricos de Mujeres Participantes</b> <b>Hospital de la Mujer Ciudad Juárez</b> <b>1 al 31 Octubre 2013</b>				
Variable	n	%	Media (DE)	Rango
Gestas	209	100	2.4 (1.5)	1-10
Numero de Gestas				
1	70	33.5		
2-3	96	45.9		
≥4	43	20.6		
Antecedentes				
Parto	174	83.3		
Cesárea	28	13.4		
Aborto	25	12.0		

En el ultimo embarazo, el 76.1% de las mujeres tuvo como vía de desembarazo el parto y el resto fue operación cesárea en dos tipos, media infraumbilical y Pfannestiel..

La media del Índice de masa corporal ( $\text{kg/m}^2$ ) fue de 27.6 (DE 4.6) con un rango de 18.2-13.7  $\text{kg/m}^2$ . El 26.8% presentó obesidad, 43.5% sobrepeso, 29.2% peso normales, y 0.5% presentó bajo peso. Tabla 3

<b>Tabla 3</b> <b>Características Del Ultimo Embarazo</b> <b>Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez</b> <b>1 al 31 Octubre 2013</b>				
Variable	N	%	Media (DE)	Rango
Gestas	209	100		
<b>Vía de Desembarazo</b>				
Parto	159	76.1		
Cesárea	50	23.9		
<b>Tipo de Cesárea</b>				
Media Infraumbilical	25	50.0		
Pfannestiel	25	50.0		
<b>Hemoglobina (g/dL)</b>	209	100	10.7 (1.26)	6.90-13.70
≤6.9	1	0.5		
7-8.9	19	9.1		
9-10.9	59	28.2		
≥11	130	62.2		

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	209	100	27.62 (4.6)	18.18-41.59
< 18.5	1	0.5		
18.5-24.9	61	29.2		
25-29.9	91	43.5		
>30	56	26.8		

Al momento del egreso del hospital, las pacientes presentaron una media de hemoglobina 10.7 (DE 1.3) g/dL, con rango de 6.9-13.7. La mayoría de las pacientes (62.2%) presentaron niveles de hemoglobina dentro de parámetros normales, 9.1% anemia moderada y 0.5% anemia severa.

Ciento setenta y siete pacientes (84.7%) no presentaron patologías agregadas durante el embarazo y 15.3% presentó algún tipo de patología, siendo la más frecuente la preeclampsia, seguida por hipertensión gestacional, diabetes gestacional, hipertensión arterial sistémica y desprendimiento prematuro de placenta normoinsera. Se presentaron algunas pacientes con combinaciones de padecimientos. Tabla 4

<b>Tabla 4</b> <b>Características del Último Embarazo</b> <b>Hospital de Mujer Ciudad Juárez</b> <b>1 al 31 Octubre 2013</b>			
Variable		n	%
<b>Patologías</b>			
	Diabetes Mellitus Tipo 1	1	0.5
	Diabetes Gestacional	2	1.0
	Hipertensión Arterial Sistémica	2	1.0
	Hipertensión Gestacional	6	2.9
	Preeclampsia	13	6.2
	Eclampsia	1	0.5
	Epilepsia	1	0.5
	Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinsera	2	1.0
	DM2 e Hipertensión Gestacional	1	0.5
	Diabetes Gestacional e Hipertensión Sistémica	1	0.5
	Hipertensión Sistémica y Preeclampsia sobreagregada	1	0.5
	Preeclampsia y Epilepsia	1	0.5
	Ninguna	177	84.7
<b>Toxicomanías</b>			
	Con Toxicomanías	22	10.5
	Sin Toxicomanías	187	89.5
	Tabaco	12	5.7
	Alcohol	6	2.9
	Drogas	4	1.9

El 10.5% de las mujeres refirieron alguna toxicomanía, siendo el tabaquismo la adicción más frecuente, seguida por el alcohol y drogas ilegales. Tabla 4

## 9.2 Características de los Recién Nacidos

El peso medio de los recién nacidos fue 3189.5 (DE 544.7) gr., con un rango de 1470 a 4800 gr.; el peso entre 2500 y 3990 gr fue el más frecuente, seguido por productos con bajo peso (8.6%). El 5.7% de los recién nacidos calificaron como macrosómicos. El 50.2% de los recién nacidos fueron del sexo masculino.

La edad gestacional media de los recién nacidos fue de 39.1 (DE 1.6) semanas con rango de 31.2 a 42.3 semanas; el 8.6% fueron de pre término. Tabla 5.

Tabla 5 Información de los Recién Nacidos Hospital de la Mujer Ciudad Juárez 1 al 31 Octubre 2013				
Variable	n	%	Media (DE)	Rango
<b>Sexo Recién Nacidos</b>	209	100		
Femenino	104	49.8		
Masculino	105	50.2		
<b>Peso Recién Nacidos (gr)</b>	209	100	3189.5 (544.7)	1470-4800
≤2499	15	7.2		
2500-3990	182	87.1		
≥4000	12	5.7		
<b>Edad Gestacional (semanas)</b>	209	100	39.1 (1.6)	31.2-42.3
≤36.6	18	8.6		
37-41.6	186	89.0		
≥42	5	2.4		

## 9.3 Prueba de Edimburgo a Mujeres en Puerperio Inmediato

Los resultados de la prueba de Edimburgo presentaron una media de 6.3 (DE 4.9) y un rango de 0-27 puntos. El 86% no presentaron signos de depresión posparto y resto, (13.9%) presentaron puntuación ≥12, señalando a las pacientes que presentaban algún riesgo de depresión posparto. Tabla 6

<b>Tabla 6</b> <b>Resultado Prueba Edimburgo</b> <b>Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez</b> <b>1 al 30 Noviembre, 2013</b>				
Variable	N	%	Media	Rango
<b>Calificación de Edimburgo</b>	209	100	6.3 (DE 4.85)	0-27
≤11	180	86.1		
≥12	29	13.9		

#### ***9.4 Evaluación de depresión en puerperio tardío***

De las 209 mujeres identificadas e incluidas en la evaluación de depresión posparto inmediato, 86 (41%) fueron incluidas en la evaluación del puerperio tardío.

La edad media de las mujeres que fueron nuevamente captadas, fue de 23.5 (DE 6.9) años, con rango de edad 14 y 41 años; casi dos terceras partes de ellas con edades entre los 17 y 29 años. La mayoría de las participantes refirieron estar en unión libre (70.9%).

Un poco más de la mitad (51.2%) de las pacientes en puerperio tardío tenían entre 7 y 9 años de educación formal y 2.3% 12 o más años. La mayoría se dedicaban a las labores domesticas. Tabla 7

<b>Tabla 7</b> <b>Características Socio-demográficas de Mujeres Participantes Puerperio Tardío</b> <b>Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez</b> <b>1 al 30 Noviembre 2013</b>				
Variable	n	%	Media (DE)	Rango
Edad (años)	86	100	23.5 (6.9)	14-41
<b>Grupo de Edad (años)</b>				
14-16	7	8.1		
17-19	24	27.9		
20-29	38	44.2		
30-39	14	16.3		
≥40	3	3.5		
<b>Estado civil</b>				
Soltera	11	12.8		
Casada	14	16.3		
Unión libre	61	70.9		

<b>Escolaridad (años)</b>	≤6	23	26.7		
	7-9	44	51.2		
	10-12	17	19.8		
	≥13	2	2.3		
<b>Ocupación</b>	Hogar	23	26.7		
	Trabaja	44	51.2		
	Estudia	17	19.8		
	Presidaria	2	2.3		

La media de gestas previas fue de 2.5 (DE 1.4) gestas con un rango de 1 a 6 embarazos; 48.8% refirieron tener de dos a tres partos. El 83.7% de las pacientes tenia antecedente de parto, 17.4% cesárea previamente y 18.6% aborto. Tabla 8

<b>Tabla 8</b>				
<b>Antecedentes Ginecobstetricos de Mujeres Participantes Puerperio Tardío</b>				
<b>Hospital de la Mujer Ciudad Juárez</b>				
<b>1 al 30 de Noviembre 2013</b>				
<b>Variable</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Media (DE)</b>	<b>Rango</b>
Gestas	86	100	2.5 (1.4)	1-6
Numero de Gestas				
1	25	29.1		
2-3	42	48.8		
≥4	19	22.1		
Antecedentes				
Parto	72	83.7		
Cesárea	15	17.4		
Aborto	16	18.6		

La vía de desembarazo del grupo de puerperio fue, parto en 73.3% y 26.7% cesárea. Tabla 9.

La media del Índice de masa corporal ( $\text{kg/m}^2$ ) fue de 31.6 (DE 4.6) con un rango de 19.2-40.4  $\text{kg/m}^2$ . El 27.9% presentaba obesidad, 34.9% sobrepeso y 37.2% peso dentro de parámetros normales. Tabla 9

Tabla 9 Características Del Ultimo Embarazo Mujeres Participantes Puerperio Tardío Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez 1 al 30 Noviembre 2013				
Variable	N	%	Media (DE)	Rango
Gestas	86	100		
<b>Vi a Desembarazo</b>				
Parto	63	73.3		
Cesárea	23	26.7		
<b>Tipo de Cesárea</b>				
Media Infraumbilical	12	52.2		
Pfannestiel	11	47.8		
<b>Hemoglobina (g/dL)</b>	86	100	10.6 (1.15)	8.0-13.3
≤6.9	0	0.0		
7-8.9	10	11.6		
9-10.9	40	46.5		
≥11	36	41.9		
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	86	100	31.6 (3.78)	19.2-40.4
18.5-24.9	32	37.2		
25-29.9	30	34.9		
>30	24	27.9		

### ***9.5 Características de los Recién Nacidos***

El 51.2% de los recién nacidos fueron del sexo masculino. La media del peso fue de 3218.6 (DE 509.7) con un rango de 1860-4600 gr. El peso en el grupo de 2500-3990 gr fue el más frecuente (91.9%) seguido por los recién nacidos macrosomicos (4.7%) y por último (3.5%) los productos de bajo peso.

La edad gestacional media de los recién nacidos fue de 39.2 (DE 1.42) con un rango de 35.4-42.2 semanas, presentándose con más frecuencia los productos a término (90.7%), seguido por los pre términos (8.1%) y último los postérmino (1.2%). Tabla 10

<b>Tabla 10</b> <b>Información de los Recién Nacidos Mujeres Participantes Puerperio Tardío</b> <b>Hospital de la Mujer Ciudad Juárez</b> <b>1 al 30 Noviembre 2013</b>				
Variable	n	%	Media (DE)	Rango
<b>Sexo Recién Nacidos</b>	86	100		
Femenino	42	48.8		
Masculino	44	51.2		
<b>Peso Recién Nacidos (gr)</b>	86	100	3218.6 (509.7)	1860-4600
≤2499	3	3.5		
2500-3990	79	91.9		
≥4000	4	4.7		
<b>Edad Gestacional (semanas)</b>	86	100	39.0 (1.42)	35.4-42
≤36.6	7	8.1		
37-41.6	78	90.7		
≥42	1	1.2		

Los resultados de la prueba de Edimburgo en puerperio inmediato de las pacientes que regresaron tuvo una media de 7.0 (DE 4.9) y un rango de 0-27 puntos. El 82.6% no presentaron depresión posparto y el 17.4% presentaron puntuación mayor o igual a 12 presentando riesgo de presentar depresión posparto.

En el puerperio tardío los resultados de la prueba de Edimburgo presentaron una media de 5.6 (DE 6.2) un rango de 0-27 puntos. El 83.7% no presento depresión posparto y el 16.3% presentó una puntuación ≥12 lo que nos sugiere una depresión posparto. Tabla

11

<b>Tabla 11</b> <b>Resultado Prueba Edimburgo Mujeres Participantes</b> <b>Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez</b> <b>1 al 30 Noviembre 2013</b>				
Variable	Puerperio Inmediato		Puerperio Tardío	
	n	%	n	%
<b>Calificación de Edimburgo</b>	86	100	86	100
≤11	71	82.6	72	83.7
≥12	15	17.4	14	16.3

## 9.6 Diferencias entre las mujeres con y sin depresión en el puerperio tardío

Las pacientes que participaron en el estudio de depresión en el puerperio tardío y no presentaron depresión tuvieron edad media fue de 23.5 (DE 6.7) años, comparada con 23.9 (DE 6.9) años del grupo con depresión.

Con relación al estado civil, en el primer grupo el 60.5% vivían en unión libre y 64.3% en el grupo con depresión. El nivel escolar fue mucho menor en el grupo de las mujeres sin depresión que entre las que mostraron depresión posparto. La mayoría de las pacientes en ambos grupos se dedicaban al hogar.

Las diferencias en edad, nivel escolar y ocupación entre ambos grupos no fueron estadísticamente significativas, con excepción el estado civil ( $p=0.047$ ). Tabla 14

Variable	Total	Sin Depresión Posparto		Con Depresión Posparto		P
<b>Edad(años) Media (DE)</b>	86	23.5 (6.7)		23.9 (6.9)		0.8729*
		n	%	n	%	
<b>Estado Civil</b>	86	72	83.7	14	16.3	0.047**
Soltera	11	11	15.3	0	0.0	
Casada	14	9	10.5	5	35.7	
Unión libre	61	52	60.5	9	64.3	
<b>Escolaridad (años)</b>	86	72	83.7	14	16.3	0.213**
23	23	18	25.0	5	35.7	
1-6	44	40	55.6	4	28.6	
7-9	17	13	18.1	4	28.6	
10-12	2	1	1.4	1	7.1	
13						
<b>Ocupación</b>	86	72	83.7	14	16.3	0.558**
82	82	69	95.8	13	92.9	
Hogar	2	1	1.4	1	7.1	
Trabaja	1	1	1.4	0	0.0	
Estudia	1	1	1.4	0	0.0	
Presidiaria						

Con respecto a los antecedentes gineco-obstetricos de gestas, paridad y abortos, no se

observo diferencia estadística, con excepción a las pacientes que tuvieron antecedente de cesárea ( $p=0.0012$ ). Tabla 15

Tabla 15 Factores de Pacientes Con y Sin depresión Posparto Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez 1 al 30 Noviembre 2013						
Variable	Total	Sin Depresión Posparto		Con Depresión Posparto		<i>p</i>
		n	%	n	%	
<b>Numero de Gestas</b>	86	72	83.7	14	16.3	0.430**
1	25	22	30.6	3	21.4	
2-3	42	34	47.2	8	57.1	
≥4	19	16	22.2	3	21.4	
<b>Antecedente de partos</b>	86	72	83.7	14	16.3	0.1461**
0	14	9	12.5	5	35.7	
1	29	26	36.1	3	21.4	
2-3	32	27	37.5	5	35.7	
≥4	11	10	13.9	1	7.1	
<b>Antecedente Cesárea</b>	86	72	83.7	14	16.3	0.0012**
0	57	52	72.2	5	35.7	
1	17	13	18.1	4	28.6	
2	8	5	6.9	3	21.4	
3	4	2	2.8	2	14.3	
<b>Antecedente Aborto</b>	86	72	83.7	14	16.3	0.235**
0	69	60	83.3	9	64.3	
1	15	10	13.9	5	35.7	
2	2	2	2.8	0	0.0	

Al analizar la vía de parto, en su mayoría de las mujeres sin depresión fue parto vaginal, mientras que en las mujeres con depresión la cesárea fue más frecuente, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. ( $p=0.029$ )

No se observo diferencia estadísticamente significativa en los niveles de hemoglobina al momento del egreso, índice de masa corporal y antecedente de familiar finado. Tabla 15.

### **9.7 Factores de riesgo para depresión posparto**

Al realizar regresión logística cruda se observo que la edad, el nivel de hemoglobina al egreso o el índice de masa corporal se observo que no fueron factores de riesgo para depresión posparto.

El vivir en unión libre, un aumento en la educación, antecedente de aborto, el número de gestas que se incrementaran aparecieron como factores de riesgo con poco valor, pero al observar el intervalo de confianza no se confirmaron.

La mala relación con la pareja presento un OR de 3.8 (IC 95% 0.578-25.407), lo que no confirmo este factor.

El tener antecedente de cesárea o cesárea en el último embarazo fue consistentemente un factor de riesgo para depresión posparto OR 2.3 (IC 95% 1.270 – 4.236) con  $p= 0.006$ , en la primera y OR 2.3 (IC 95% (IC 95% 1.148-4.619) en el segundo. Tabla 16

<b>Tabla 16</b>			
<b>Factores de Riesgo Mujeres Participantes Hospital de la Mujer Ciudad Juárez</b>			
<b>1 al 30 de noviembre 2013.</b>			
<b>Variable</b>	<b>OR</b>	<b>P</b>	<b>IC (95%)</b>
Edad	1.0	0.871	0.925-1.096
Estado Civil	1.1	0.723	0.495-2.750
Escolaridad	1.2	0.605	0.573-2.602
Relación de Pareja	3.8	0.164	0.578-25.407
Antecedente de Cesárea	2.3	0.006	1.270-4.236
Antecedente de Parto	0.7	0.150	0.418-1.143
Antecedente de Aborto	1.9	0.245	0.649-5.420
Numero de Gestas	1.2	0.427	0.729-1.734
Cesárea en el ultimo embarazo	2.3	0.019	1.148-4.619
Hemoglobina	1.0	0.957	0.600-1.619
Índice de Masa Corporal	1.1	0.343	0.942-1.185

## 10. DISCUSION

Se puede mencionar como fortaleza el que este es el primer estudio que se aplica en un hospital de atención a población abierta para identificar la prevalencia y posibles factores de riesgo en una población femenina fronteriza que fue expuesta a una situación de violencia en los últimos años y conocer como pudo haber influido en la salud mental de las mujeres embarazadas en ese periodo.

Como una debilidad del presente trabajo se puede decir que el porcentaje de mujeres que regreso o se contacto para una segunda evaluación fue más bajo de lo esperado, y que solo se incluyeron mujeres de recursos y educación limitada, en su mayoría derechohabientes del Seguro Popular del México.

Entre los resultados se encontró una prevalencia de depresión posparto de 16.3% en las mujeres atendidas en el Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez, cifra mencionada en otros estudios realizados en población de características similares en países en vías de desarrollo. <sup>2</sup>

Se buscaron los diversos factores de riesgo para identificar las posibles causas de depresión posparto. Un importante factor sociodemográfico fue la baja educación encontraron un porcentaje mayor de depresión posparto en mujeres con primaria en relación a más de seis años de educación no siendo este un factor estadísticamente significativo ( $p=0.605$ ) este factor ha sido previamente descrito como asociado con la prevalencia y la gravedad de la depresión <sup>14,15,16</sup> ue los resultados no lo confirman, otro factor importante para depresión es el estado civil , la mayoría de las pacientes viven en unión libre mas no hubo una diferencia significativa entre ambos grupo.

Si bien la corta edad materna se asocio con depresión posparto <sup>14, 15,16</sup> en el estudio no existe deferencia significativa en la prevalencia de la depresión entre mujeres de 20 años o menores, y las mujeres de más de 20 años de edad. ( $p= 0.871$ )

Del mismo modo no observaron diferencias en la prevalencia al analizar otras características sociodemográficas como la ocupación ya que la mayoría de las pacientes se dedicaban al hogar en ambos grupos ( $p=0.921$ )

En relación al número de embarazos previos ambos grupos presentaron de dos a tres embarazos no presentando una diferencia significativa ( $p= 0.430$ ), lo que no concuerda con la literatura, en donde se establece que la depresión posparto se presenta principalmente en mujeres con de más de cuatro embarazos.<sup>14</sup>

El antecedente de abortos y partos no fue un factor de riesgo para presentar depresión posparto. ( $p=0.146$ ). Lo que coincide con el estudio realizado por Donna E. Stewrd y colaboradores en el 2003.

Cabe mencionar que el antecedente de cesárea en embarazos previos fue un factor predisponente para la presencia de depresión posparto ( $p=0.0012$ ) lo cual en diversos estudios se había encontrado como un factor no confirmado.<sup>14</sup>

En relación a la vía de parto se percato que la cesárea como vía de desembarazo aumenta el doble la probabilidad de presentar depresión posparto ( $p=0.019$ ) sin importar el tipo de cesárea que se realizó ya sea tipo Pfannestiel o Media Infraumbilical siendo esta menos estética que la primera, sin por eso causar mayor riesgo para depresión posparto.

Se estudiaron los efectos de presentar anemia al momento del egreso como factor de predisponente para depresión debido al posible cansancio que presentaba la paciente secundaria a la misma, pero no fue un factor determinante para la presencia de depresión ( $p=0.957$ ).

## **11. CONCLUSION Y RECOMENDACIONES**

El presente estudio confirmó que la prevalencia de depresión posparto en puérperas del Hospital de la Mujer de Ciudad Juárez se encuentra dentro de lo esperado para las estadísticas de países en vías de desarrollo.

La bibliografía señala que diversos factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales contribuyen para la depresión, pero en el presente trabajo se encontró que el factor de riesgo en esta población fue la realización de cesárea ya sea en embarazos previos o en el último, por el cual fue incluida la mujer en el estudio.

Ya sea por la poca comunicación que existe por el personal médico hacia la causa de la realización de la misma o debido que la paciente se siente agredida o físicamente marcada debido a la cirugía.

Es importante tener en cuenta esta patología como algo presente en las pacientes y de manera estrecha aquellas postoperadas de cesárea así como establecer formas de tamizaje para ofrecerles un tratamiento oportuno y con esto una mejor calidad de vida.

## 12. BIBLIOGRAFIA.

1. Leitch, S. (2004). *Postpartum Depression: A Review of the Literature*. St. Thomas, Ontario: Elgin-St. Thomas Health Unit.
2. POO F, Ana María et al.(2008, 136); Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en púerperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Rev. méd. Chile* , 44-52
3. M. Vilouta (2006, 156) depresión en el posparto inmediato: factores de riesgo. *Clin invest Gin Obst* 208-211
4. Vargas mendoza, J. E. (2009, 3); depresión posparto : presenci8a y manejo psicológico, centro regional de investigación en Psicología 11-18
5. Jennifer Perfetti, MA (2004,103); postpartum depression: identificaction, screening, and treatment. *Wisconsin medical journal* . 56-63
6. Moreno Zaconeta A. (2004,69); depression posparto: prevalencia de test de Rastreo Positivo en púerperas del hospital universitario de Brasilia Brasil. *Rev Chil, Obstet Ginecol.* 209-213
7. Zinga S. (2005,27); postpartum depression: we Know the risks, can it bre prevent? *Rev Bras Psiquiatr.* 556-64
8. Robertson Emma Ph. D. (204,26); antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. 289-95.
9. Quelopana A. (2010); validacion del cuestionario "postpartum depression screening scale" version en español en mujeres de Arica Chile. 37-47
10. Maternal depression and Child development: strategies for primary care providers, (2007) Illinois Academy of Family Physicians/ Family Practice, Education Network (IAFP/FPEN).
11. Gjerdingen Dwenda K. (2007,20) postpartum depression Screening: Importance Methods, Barriers, and recommendations for practice *J Am Board Fam Med* 280-288.,
12. Oliviedo, G.; (2006, 47) Trastornos afectivos posparto. *Revista Universitas Médica.* 131-140.
13. Barra F. A. (2009, 1) depresión posparto. *Instituto chileno de psicoterapia integrativa* 77-88
14. Mortal M. (2005) Prevalence of self-reported postpartum depressive symptoms-Centers for Disease Control and Prevention. *Rep* 2008;57:361-366
15. Reck C, Struben K, Backenstrass M. 2008;. Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatr Scand* 118:459-468.
16. Mayberry LJ, Horowitz JA, Declercq E. Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007;36:542-549

## **13. ANEXOS**

## Anexo 1. Cuestionario Factores Asociados a Depresión Postparto

FECHA: \_\_\_\_\_ No. FICHA \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

### SECCION I. ANTECEDENTES PERSONALES

1. Estado civil.  
Soltera                  Casada                  Unión libre                  Viuda
2. Escolaridad  
Primaria                  secundaria                  preparatoria                  licenciatura                  completa incompleta
3. Ocupación  
Ama de casa                  trabaja
4. Como Califica Su relación de pareja  
a. Buena                  Mala
5. La calidad de su vivienda la clasificaría como  
a. Buena                  regular                  mala
6. Como se siente en este momento  
a. Bien                  mal
7. Antecedentes personales de ansiedad o depresión  
a. Si                  no
8. Uso de anticonceptivos previo antes de embarazarse                  SI                  NO
9. Ha perdido a un familiar en un hecho violento                  SI                  NO  
a. Padre  
b. Madre  
c. Hermano  
d. Hijo  
e. Otro \_\_\_\_\_
10. Hace cuanto tiempo
11. Ha perdido a su pareja en un hecho violento                  SI                  NO
12. Hace cuanto tiempo
13. Ha presenciado un hecho violento                  SI                  NO

### SECCION II. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

1. Número de embarazos \_\_\_\_\_ Partos \_\_\_\_\_ Cesareas \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_
2. Número de hijos vivos
3. hijos con enfermedad mental                  SI                  NO
4. hijos con enfermedad física                  SI                  NO

### SECCION III ANTECEDENTES DEL ULTIMO EMBARAZO

1. Este embarazo fue planeado                  SI                  NO
  2. Este embarazo fue aceptado                  SI                  NO
  3. Trabajo durante su embarazo                  SI                  NO                  NO
  4. Fumo durante su embarazo                  SI                  NO                  NO
  5. Consumió bebidas alcohólicas durante su embarazo                  SI                  NO                  NO
  6. Consumió drogas durante su embarazo                  SI                  NO                  NO
  7. Embarazo normal                  SI                  NO
  8. Embarazo Patológico
- DM 1                  DM2                  DM gestacional
- HAS                  Hipertension gestacional                  preeclampsia                  eclampsia
- Epilepsia                  hipotiroidismo

### SECCION IV ANTECEDENTE DEL PARTO

1. Embarazo de termino                  SI                  NO
2. Embarazo pretermino                  SI                  NO
3. Parto                  SI                  NO
4. Cesarea                  SI                  NO  
a. Media infraumbilical                  transversa suprapubica
5. Hemoglobina a su egreso:
6. Peso                  talla                  IMC:

### SECCION V ANTECEDENTES DEL RECIEN NACIDO

1. Ingreso recién nacido a UCIN                  SI                  NO
2. Problemas de lactancia                  SI                  NO
3. Lactancia exclusiva                  SI                  NO
4. Sexo recién nacido                  Femenino                  Masculino
5. Peso del recién nacido

## ANEXO 2 CUESTIONARIO SOBRE DEPRESION POSTNATAL DE EDIMBURGO (EDPS)

Queremos saber cómo se siente, por favor marque la respuesta que más se acerque a como se ha sentido en los últimos 15 días, no solamente como se siente hoy

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
  - a. Tanto como siempre
  - b. No tanto como ahora
  - c. Mucho menos
  - d. No, no he podido
2. He mirado el futuro con placer
  - a. Tanto como siempre
  - b. Un poco menos de que solía hacer
  - c. Definitivamente menos
  - d. No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salen bien
  - a. Si, la mayoría de las veces
  - b. Si algunas veces
  - c. No muy seguido
  - d. No, nunca
4. He estado nerviosa y preocupada sin motivo
  - a. No, para nada
  - b. Casi nada
  - c. Si, a veces
  - d. Si, a menudo
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
  - a. Si, bastante
  - b. Si, a veces
  - c. No, no mucho
  - d. No, nada
6. Las cosas me oprimen o agobian
  - a. Si, la mayor parte de las veces
  - b. Si, a veces
  - c. No casi nunca
  - d. No , nada
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
  - a. Si, la mayoría de las veces
  - b. Si a veces
  - c. No muy a menudo
  - d. No , nada
8. Me he sentido triste y desgraciada
  - a. Si casi siempre
  - b. Si, bastante a menudo
  - c. No muy a menudo
  - d. No nada
9. He sido tan infeliz que he estado llorando
  - a. Si, casi siempre
  - b. Si, bastante a menudo
  - c. Solo en ocasiones
  - d. No nunca
10. He pensado en hacerme daño a mi misma
  - a. Si, bastante a menudo
  - b. A veces
  - c. Casi nunca
  - d. No , nunca

### ANEXO 3. Descripción de variables dependientes

- **Depresión posparto.** Trastorno psiquiátrico de puerperio que se produce típicamente en la semanas 4-6 posparto, se trata de una variante continua se valorara con puntuación del 0-30. con diagnostico para el presente estudio mayor de 13 según EPDS
- **Edad.** Tiempo acumulado de vida es una variable continua con medición racional en anos.
- **Relación de pareja.** Estadio socioefectivo entre pareja en una variable no continua, con medición nominal buena, mala.
- **Estado civil.** Es su situación jurídica en la familia y la sociedad es una variable no continua, con medición nominal ( soltero, casada, unión libre, viuda)
- **Ocupación.** Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo es una variable no continua con medición nominal ama de casa, trabajo.
- **Hijo deseado.** Estado afectivo con variable no continuo con medición nominal (si, no)
- **Índice de masa corporal (IMC).** Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo ideada por el estadístico belga Adolphe Quetelet. Es una variable cualitativa con medición racional en kilogramos
- **Alcoholismo.** Presencia de dependencia física del alcohol es una variable no continua con medición nominal I (si, no)
- **Drogadicción.** Estado de intoxicación periódica o crónica originada por el consumo repetido de una droga es una variable no continua con medición nominal (si, no)
- **Calidad de vivienda.** Modo de vivir, genero de vida, variable no continua con medición ordinal (bueno , regular, malo )
- **Escolaridad.** Tiempo durante el cual se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza tipo de variable no continua con medición ordinal 5 niveles
- **Hecho violento.** Comportamiento deliberado que puede provocar daños físicos o psiquiátricos al prójimo tipo de variable nominal (si, no)
- **Puerperio patológico.** Es la evolución del puerperio fuera de los parámetros normales. Tipo de variable continua de tipo nominal (si , no )
- **Hemoglobina postparto.** Proteína presente en el torrente sanguíneo que permite el transporte de oxígeno. Niveles posterior al parto variable no continua de tipo racional (gr/dl)
- **Escala de Edimburgo. (EPDS).** Instrumento de tamizaje, diseñado específicamente para la detección de la depresión en madres en etapa de gestación y puerperio. Variable cualitativa de tipo numeral(1-13)



## Anexo 4 Hoja de consentimiento informado



### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

**Título del protocolo:** Prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión posparto en púerperas del hospital de la mujer de Ciudad Juárez

**Investigador principal:** \_\_Dra Belen Lopez Romero \_\_

**Sede donde se realizará el estudio:** \_Hospital de Mujer de Ciudad Juárez

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que/ haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

**1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.** Los trastornos depresivos del puerperio con llevan una serie de consecuencias para la madre donde se ven afectados su nivel de salud así como la capacidad para experimentar el gozo de la maternidad.

#### **2. OBJETIVO DEL ESTUDIO**

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos Conocer posibles factores de riesgo asociados a depresión posparto en mujeres púerperas el caso de Ciudad Juárez así como el diagnostico oportuno de la depresión postparto

#### **3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO**

Con este estudio conocerá de manera clara si usted padece depresión postparto asi como el manejo de la misma .este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido asi como detectar pacientes de forma oportuna con este padecimiento

#### **4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO**

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos, así como una encuesta llamada Test de Edimburgo misma que se realizara en dos ocasiones la primera en el postparto inmediato y la segunda 6 semanas posterior al parto.

#### **5. ACLARACIONES**

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

#### **7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

\_\_\_\_\_  
**Firma del participante o del padre o tutor Fecha**

#### **Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):**

He explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

\_\_\_\_\_  
**Firma del investigador Fecha**