

Depresión posparto en una ciudad colombiana. Factores de riesgo

J.F. Latorre-Latorre^{a,b}, L.M. Contreras-Pezzotti^{c,d} y O.F. Herrán-Falla^b

Objetivo. Determinar la cifra de incidencia de depresión posparto y sus factores asociados en mujeres de la ciudad de Bucaramanga (Colombia).

Diseño. Estudio de cohorte.

Participantes. Participaron 286 mujeres puerperas seleccionadas entre mayo de 2003 y abril de 2004 y seguidas durante 6 semanas.

Emplazamiento. El estudio se realizó en 11 centros asistenciales de diferente nivel de complejidad en el área metropolitana de Bucaramanga.

Mediciones. Se recogió información sobre variables sociodemográficas, obstétricas, antecedentes psiquiátricos, variables relacionadas con el niño, satisfacción con el nacimiento y lactancia materna. El diagnóstico fue establecido por un especialista en psiquiatría, mediante una entrevista clínica semiestructurada, según los criterios de DSM IV. Se establecieron la tasa de incidencia y, mediante la construcción de un modelo de regresión, los factores asociados.

Resultados. La tasa de incidencia de depresión posparto fue de 1 caso por cada 1.000 días/persona de seguimiento (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,5-1,7).

Una vez realizado el ajuste, sólo los antecedentes personales de depresión (*hazard ratio* [HR] = 3,87; IC del 95%, 1,02-14,7), la falta de control prenatal (HR = 3,87; IC del 95%, 1,1-13,2) y los antecedentes de disforia (HR = 15,13; IC del 95%, 1,9-118,2) permanecieron asociados.

Conclusiones. La depresión posparto es un trastorno poco reconocido. En Bucaramanga puede considerarse como un problema de salud pública. Su frecuencia podría disminuir si se realiza un control prenatal adecuado y un seguimiento estrecho de las mujeres puerperas durante las primeras semanas del posparto.

Palabras clave: Depresión posparto. Incidencia. Factores de riesgo.

POSTNATAL DEPRESSION IN A COLOMBIAN CITY. RISK FACTORS

Objective. Depression is a major public health problem, which women present, as well as at other periods of their lives, at the puerperium. Postnatal depression is the most frequent complication at this period, with worldwide prevalence as high as 15%. In Colombia, its frequency and associated factors were not clearly defined.

Design. To establish the incidence and associated factors for postnatal depression in the Bucaramanga, Colombia, metropolitan area.

Methods. Between May 2003 and April 2004, a cohort was assembled of 286 puerperal women from 11 health centres at different levels, within the Bucaramanga metropolitan area. Women were monitored for 6 weeks. Information was obtained on social, demographic and obstetric variables, psychiatric history, variables concerning the newborn, satisfaction with delivery, and breast-feeding. Postnatal depression was established by a psychiatrist, in a semi-structured clinical interview, using DSM-IV criteria. Incidence rate and associated factors were calculated through a regression model.

Results. Incidence rate of postnatal depression was: 1 case per 1000 days/person monitored (95% CI, 0.5-1.7). After the data were then fitted, only these factors were associated with postnatal depression: depression background, HR 3.87 (95% CI, 1.02-14.7), absence of prenatal monitoring, HR 3.87 (95% CI, 1.1-13.2), and background of dysphoria, HR 15.13 (95% CI, 1.9-118.2).

Conclusions. Postnatal depression is little recognized during the puerperium. It is a major public health problem in Bucaramanga, where an appropriate prenatal monitoring program could reduce it. A follow-up program for mother and child would help its early diagnosis and management.

Key words: Postnatal depression. Incidence. Risk factors.

^aDirección de Investigaciones. Facultad de Salud. Universidad Industrial de Santander. UIS. Bucaramanga. Colombia.

^bObservatorio de Enfermedades Cardiovasculares. Universidad Industrial de Santander. UIS. Bucaramanga. Colombia.

^cDepartamento de Psiquiatría. Universidad Industrial de Santander. UIS. Bucaramanga. Colombia.

^dInstituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML y CF). Bucaramanga. Colombia.

Correspondencia:

J.F. Latorre.
Universidad Industrial de Santander. Facultad de Salud. Dirección de Investigaciones. Carrera 32, número 29-31. Bucaramanga. Colombia.
Correo electrónico:
www.difsalud@uis.edu.co;
www.jlatorre@unab.edu.co

Manuscrito recibido el 2 de mayo de 2005.

Manuscrito aceptado para su publicación el 22 de junio de 2005.

Este estudio fue financiado por el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología Francisco José Caldas - COLCIENCIAS.

Información especial: trabajo de tesis de maestría considerado meritorio.

Introducción

Los trastornos afectivos constituyen, en todo el mundo, la segunda alteración más común entre las enfermedades mentales¹. Para el año 2020 la depresión será, según el estudio de Carga global de la enfermedad (OMS/Banco Mundial), la segunda causa general de discapacidad². Los trastornos depresivos son más frecuentes en la mujer y han sido asociados con diferentes eventos vitales, incluido el parto³.

El parto es un evento vital en la vida de la mujer, ya que la madre debe aceptar al nuevo hijo y generar una capacidad adecuada de respuesta ante sus demandas⁴. El puerperio constituye una época de alto riesgo para presentar trastornos afectivos, entre ellos, la depresión posparto (DPP), complicación muy común que no siempre es reconocida, por lo que muchas mujeres no reciben tratamiento⁵.

La frecuencia de presentación y los factores de riesgo relacionados con la DPP se han estudiado en diferentes poblaciones⁶⁻⁸. Entre estos factores cabe destacar aspectos psiquiátricos y socioeconómicos y, en menor grado, problemas obstétricos^{9,10}. También se han evaluado variables biológicas y, aunque algunos estudios no son concluyentes¹¹, otros mencionan que podrían ayudar a dilucidar aspectos etiológicos^{12,13}.

Sin embargo, los resultados no son extrapolables debido a la diversidad cultural, étnica, económica y social. En Colombia no hay datos al respecto; el único estudio publicado¹⁴ relacionó la calidad de vida y el apoyo social con la presencia de síntomas depresivos, tanto durante la gestación como en el posparto.

El objetivo del presente trabajo fue determinar la incidencia y los factores asociados con la DPP en las mujeres de la ciudad de Bucaramanga (Colombia).

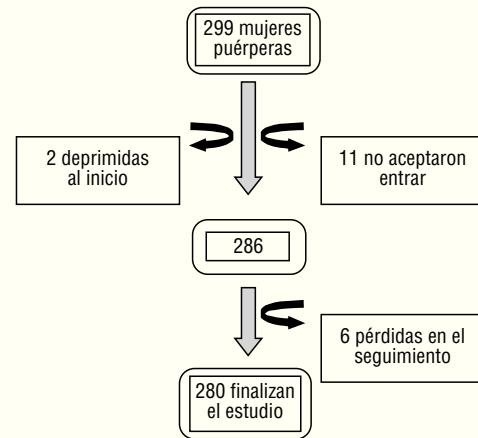
Material y método

Entre abril de 2003 y mayo de 2004 se realizó un estudio observacional tipo cohorte en el que se realizó un seguimiento de 286 mujeres durante 6 semanas. Las participantes fueron incluidas en 11 centros asistenciales de diferente complejidad ubicados en los 4 municipios que forman el área metropolitana de Bucaramanga (Colombia), ciudad del noreste del país, que cuenta con una población aproximada de 1.100.000 habitantes¹⁵. Después de que el comité interno de ética o las direcciones aprobaran el protocolo, en cada centro se seleccionó una muestra de mujeres en situación de posparto inmediato que firmaron un consentimiento informado. El número de mujeres seleccionadas por centro fue proporcional al número de partos atendidos en éste durante el año anterior. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander.

Seguimiento de los sujetos

Se consideraron elegibles las mujeres en situación de posparto residentes en la ciudad. Se excluyó a las que presentaban retraso mental evidente o cuyo feto hubiese nacido muerto.

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Cohorte de mujeres puerperas, seleccionadas entre mayo de 2003 y abril de 2004.

Las que fueron elegibles respondieron a la escala de Edimburgo¹⁶, en una versión traducida por los investigadores de la original en inglés. Dicha prueba incluye valores entre 0 y 30, y las puntuaciones > 10 indican sospecha de DPP. Una enfermera previamente entrenada aclaró las dudas. Las mujeres que puntuaron por encima de 10 fueron evaluadas por un psiquiatra calificado quien, mediante entrevista semiestructurada según los criterios del DSM IV¹⁷, descartó a las que presentaban un episodio depresivo actual.

Una vez incluidas en el estudio, las mujeres respondieron a un cuestionario que incluía información sobre variables socioeconómicas, antecedentes personales y familiares de enfermedad mental, estado de la relación conyugal, consumo de sustancias psicoactivas y antecedentes obstétricos y del parto. Los datos respecto a variables socioeconómicas, obstétricas, del parto o del recién nacido se contrastaron con la información que aparecía en las historias clínicas.

En la tercera semana posparto se estableció contacto con las participantes por segunda vez; respondieron otra vez a la escala de Edimburgo, y las que puntuaron > 10 fueron evaluadas por el médico psiquiatra. En esta ocasión se valoraron las condiciones de salud y la satisfacción con el recién nacido, la lactancia materna, la satisfacción con los cuidadores del niño y la presencia de síntomas disfóricos en las primeras 2 semanas.

En la sexta semana posparto, las participantes contestaron de nuevo la prueba de Edimburgo y, al igual que en la segunda encuesta, se evaluó a las mujeres que puntuaron por encima de 10.

El psiquiatra que confirmó el diagnóstico nunca conoció la puntuación de la prueba y, aleatoriamente, evaluó al 5% de las pacientes que puntuaron < 10 en el primer, segundo y tercer contactos con el fin de detectar a otras pacientes que cumplieran los requisitos del diagnóstico.

Tamaño de la muestra

La variable dependiente fue el tiempo transcurrido hasta la aparición de casos incidentes de DPP, determinada por la entrevista psiquiátrica. La variable predictora fue los antecedentes personales de episodios de depresión antes de la gestación, según la información suministrada por la paciente.

El tamaño de muestra se calculó sobre la base de una relación de mujeres con antecedentes personales de depresión frente a las que no los tenían de 4:1, de acuerdo con el segundo Estudio Nacional Salud Mental en Colombia¹⁸; una prevalencia de DPP esperada, entre las no expuestas, del 15,8%, y una *odds ratio* (OR) de 3,03, de acuerdo con un estudio de Albacete (España)¹⁹. Se aceptó un nivel de confianza del 95% y un poder para detectar el evento explicatorio del 80%. Se previó una incidencia de pérdidas en el seguimiento del 20%. Con estos datos se estimó que se debería incluir a un mínimo de 282 mujeres.

Calidad de los datos y análisis estadístico

Se construyeron, por separado, dos bases de datos mediante el programa EpiInfo 6.04 d (1993), las cuales se cruzaron mediante el programa Validate. Se corrigieron las discrepancias mediante revisión, contrastándolas con los datos originales consignados en los cuestionarios. El análisis fue realizado con el programa StataCorp 2003 (Stata Statistical Software: Release 8.0. Collage Station, TX: Stata Corporation).

Las variables en escalas de medición cuantitativa (edad, nivel educativo alcanzado, edad gestacional, peso y talla del recién nacido, nivel educativo, número de controles prenatales, número de hijos) se resumieron con medianas y rangos intercuartílicos. Las variables en escalas de medición ordinal o nominal (nivel socioeconómico, calidad de la relación conyugal, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas, disforia y acontecimientos vitales durante la gestación, procedencia, estado civil, trabajo del compañero o de la paciente, régimen de atención médica, deseo del embarazo, sexo del recién nacido, problemas con la alimentación del menor, haber recibido información sobre los cuidados del niño y haberse separado del menor en las primeras 3 semanas) se resumieron como porcentajes.

La variable dependiente se midió en términos de tasa de DPP (número de eventos/días-persona en riesgo) general y tasas específicas, para las mujeres con y sin antecedentes personales de depresión.

Se estableció la relación entre las variables independientes con la presencia de DPP en términos de razón de tasas. Se utilizaron la prueba de la χ^2 , la prueba exacta de Fisher y el test de la *t* de Student para establecer asociación. Todos los factores asociados con DPP con valores de $p < 0,2$ se consideraron factores de confusión.

Se estimó la función de la supervivencia (para este caso, permanecer libre de la enfermedad) de toda la cohorte mediante tablas de supervivencia y el método de Kaplan-Meier y, la función de la supervivencia se obtuvo mediante la estratificación de la cohorte según las pacientes hubiesen tenido o no antecedentes personales de depresión.

Se estimó la *hazard ratio* (HR) y se construyeron curvas de supervivencia. Se consideró supervivencia hasta que las personas presentaron DPP o hasta que fueran excluidas por finalización del seguimiento o por pérdida. Las curvas se compararon mediante las pruebas de rangos logarítmicos y de Wilcoxon.

Todas las variables consideradas de confusión se probaron para la construcción de un modelo de tasas proporcionales (regresión de Cox), en el que finalmente se realizaron pruebas de bondad de ajuste.

Resultados

Descripción de la cohorte

De las 299 mujeres contactadas, 11 no aceptaron participar y 2 fueron excluidas por encontrarse deprimidas. De las 286 restantes, 6 no completaron el tiempo de seguimiento.

Las 11 mujeres que no aceptaron tenían características similares a las de las participantes. De las 6 pérdidas, 4 tenían antecedentes personales de depresión; sin embargo, la diferencia no fue significativa con respecto a las demás (prueba exacta de Fisher; $p = 0,10$).

En ninguna paciente seleccionada, de las que puntuaron < 10 en la prueba de Edimburgo, entrevistada por el psiquiatra se estableció el diagnóstico de depresión.

La tasa de incidencia global de DPP fue de 1 caso por cada 1.000 días-persona de seguimiento (IC del 95%, 0,5-1,7). Entre las personas que tenían antecedentes personales de depresión, la tasa de incidencia fue de 2,3 casos por cada 1.000/días-persona de seguimiento, mientras que entre las personas que no los tenían fue de 0,4. La razón cruda de tasas fue de 6,2 (IC del 95%, 1,6-35,8). La fracción atribuible a la exposición fue del 84% (IC del 95%, 35,8-97,2).

La paciente de menor edad tenía 14 años y la mayor, 43 (mediana, 25; rango intercuartílico [RI], 11). El máximo nivel de educación formal que habían alcanzado fue 17 años y el menor fue 1, con una mediana de 9 y un RI de 6. El 63,6% de las mujeres provenía de niveles socioeconómicamente deprimidos y las restantes, de niveles intermedios. Éste fue el primer parto para 122 mujeres (el 42,7%) y el séptimo para una de ellas. Treinta (el 10,5%) no realizaron ninguna consulta médica durante su embarazo.

La edad gestacional de los recién nacidos varió entre 27 y 42 semanas (mediana, 39; RI, 2). Antes de las 36 semanas nació el 7,4% de los niños. El peso varió entre 876 y 4.700 g (mediana, 3.204,5; RI, 550). La talla se situó entre 31 y 57 cm (mediana, 50; RI, 3).

En la tabla 1 se describen las características de la cohorte y en la tabla 2, las variables asociadas con la DPP.

En el modelo final permanecieron los antecedentes personales de depresión, la falta de asistencia a las consultas médicas de control prenatal y la presencia de disforia en las primeras 2 semanas posparto (tabla 3). Las pacientes con baja autoestima y antecedentes personales de depresión durante la gestación fueron excluidas del modelo por colinealidad. En la figura 1 se muestra la curva de supervivencia libre de DPP ajustada, y en la figura 2 se expone el modelo ajustado según los antecedentes personales de depresión.

El modelo mantuvo la proporcionalidad de la razón de tasas sobre el tiempo y ajustó los datos de manera aceptable, aunque este ajuste se pierde parcialmente con el transcurso del tiempo (datos no mostrados).

TABLA 1 Características de base de las mujeres de la cohorte

Variable	Antecedentes personales de depresión	
	Positivos (n = 95)	Negativos (n = 191)
Edad, años ^a	24 (10)	25 (12)
Años de educación ^a	9 (6)	9 (5)
Hijos previos ^a	1 (2)	1 (2)
Procedencia urbana	96,8 (90,4-99,2)	96,9 (93-98,7)
Bajo nivel socioeconómico	68,1 (60,9-64,5)	54,7 (44,2-64,9)
Sin pareja	28,4 (19,8-38,7)	16,8 (11,9-23)
Desempleada	84,2 (75-90,6)	81,2 (74,7-86,3)
Esposo desempleado ^b	61,2 (49,1-73)	67,3 (59,3-74,4)
Seguridad social	75,8 (65,7-83,7)	71,2 (64,1-77,4)
<i>Antecedentes familiares</i>		
Enfermedad psiquiátrica	14,7 (8,6-32,8)	11 (7,1-16,5)
Depresión	16,8 (10,2-26,2)	8,4 (5-13,5)
<i>Antecedentes personales</i>		
Enfermedad psiquiátrica	3,2 (0,8-9,6)	0 (0-2,5)
Baja autoestima	64,2 (53,7-736)	26,2 (20,2-33,1)
Ansiedad	72,6 (62,4-81)	47,6 (40,4-55)
Mala relación conyugal ^b	26,7 (17,4-38,3)	7,2 (4-12,6)
Consumo de tabaco	4,6 (1,6-11)	3,7 (1,6-7,7)
Consumo de psicofármacos	5,3 (2-12,4)	0,5 (0,0-3,3) ^d
Consumo de alcohol	68,4 (58-77,4)	58,6 (51,3-65,6)
<i>Antecedentes durante la gestación</i>		
Depresión	30,5 (21,7-40,9)	6,3 (3,4-11)
Acontecimientos vitales ^c	75,8 (65,7-3,7)	58,6 (51,3-5,6)
Consumo de psicofármacos	(0,0-6,5)	0 (0-2,5)
Consumo de alcohol	23,4 (15,5-33,5)	12 (7,9-17,7)
Embarazo deseado	73,7 (63,5-82)	58,6 (51,3-65,6)
Más de tres consultas médicas	69,5 (59,1-78,3)	76,4 (69,7-82,1)
<i>Parto y recién nacido</i>		
Edad gestacional, semanas ^a	39 (2)	39 (2)
Vía natural del parto	54,7 (44,2-64,9)	55,5 (48,1-62,6)
RN varón	49,5 (39,1-59,9)	49,7 (42,5, 57)
RN sano	82,1 (72,6-88,9)	82,7 (76,4-87,7)
Satisfacción plena con el RN	52,6 (42,2-68,9)	59,7 (52,3-66,6)
Problemas con la lactancia	20 (12,8-29,7)	16,2 (11,5-22,4)
Separación temprana del RN	23,2 (15,4-33,29)	16,8 (11,9-23)
Información en cuidados del RN	38,9 (29,3-49,5)	43,5 (36,4-50,8)
Presencia de disforia	45,3 (35,1-55,8)	30,9 (24-5,38)

RN: recién nacido.
^aMediana (rango intercuartílico). ^bn = 141. ^cSeparación, muerte de familiar, traslado de domicilio o pérdida del trabajo. ^dTest de Fisher.

TABLA 2 Análisis bivalente: razón de tasas de incidencia para depresión posparto en las variables asociadas (p < 0,20), Bucaramanga, Colombia, 2004

Variable	IRR total y por edad de la gestante (años)	
	n = 286	IRR (IC del 95%)
Menos de 9 años de escolaridad		4,4 (0,9-41,1)
Antecedentes personales de depresión		6,2 (1,6-35,8)
Depresión durante la gestación		6,3 (1,7-23,6)
Presencia de ansiedad		2,4 (0,6-13,5)
Baja autoestima		8,3 (1,8-77,7)
Consumo de psicofármacos		4,3 (0,1-29,9)
Ausencia control médico prenatal ^a		5,9 (1,6-26,8)
Hospitalización del recién nacido ^b		5,2 (0,9-20,7)
Problemas con la lactancia		2,4 (0,5-8,9)
Síntomas de disforia ^c		20,0 (2,9-863)
Desempleo ^d		0,135
Acontecimientos vitales ^d		0,005

IRR: razón de tasas de incidencia; IC: intervalo de confianza.
^aTres o más consultas médicas de control. ^bHospitalización en cuidados intermedios. ^cLeves o moderados. ^dTest exacto de Fisher; el desempleo incluye trabajo no calificado.

TABLA 3 Modelo final de Cox^a

Variables	HR (IC del 95%)	p
Antecedentes personales de depresión	3,87 (1,02-14,65)	0,046
Ausencia de consultas de control prenatal	3,87 (1,13-13,24)	0,031
Presencia de disforia	15,13 (1,94-118,2)	0,01

HR: hazard ratio; IC: intervalo de confianza.
^aLog-likelihood = -49,50.

Discusión

Muchos estudios realizados en todo el mundo comunican cifras de prevalencia de DPP en diferentes momentos²⁰⁻²², pero sólo algunos indican datos de incidencia²³. Las diferencias, en cuanto a prevalencia, han sido favorecidas por el uso de distintas escalas de medición, con puntos de corte diferentes, y definiciones disímiles de la enfermedad. Por tanto, los valores han fluctuado de forma importante, con un 5,5% a las 6 semanas²² en la población china, un 25% a las 4 semanas en mujeres de minorías étnicas de Londres²⁴ o un 32,5% a las 12 semanas en mujeres chilenas⁸. Igualmente, la incidencia presenta variaciones sustanciales, desde el 3,7% al año en Minnessota²³ hasta el 38,2% en mujeres nulíparas de nivel socioeconómico bajo de Montreal²⁵.

En el presente trabajo se utilizó, como método de cribado, la escala de DPP de Edimburgo, mediante administración directa en la entrevista inicial. El nivel de corte para definir la posibilidad de presencia de la enfermedad fue de 10

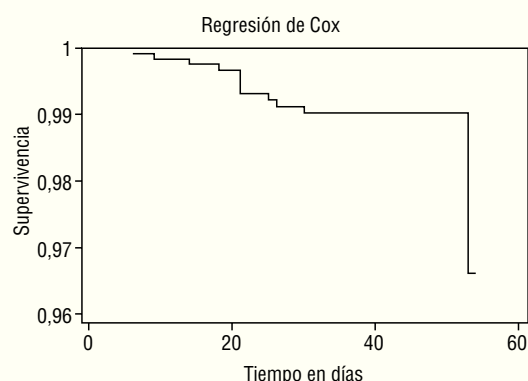


FIGURA 1 Curva de supervivencia libre de depresión posparto, ajustada en toda la cohorte.

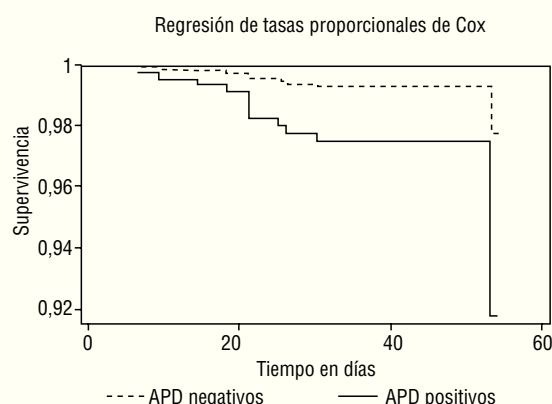


FIGURA 2 Curva de supervivencia libre de depresión posparto ajustada según el antecedente personal de depresión (APD).

puntos, límite en el cual algunos estudios realizados en Latinoamérica han comunicado la presencia de DPP con una sensibilidad cercana al 100%²⁶. La entrevista semiestructurada con el psiquiatra, considerada la prueba de referencia, fue el método de clasificación de la enfermedad en las mujeres de la cohorte. No obstante, se escogió al azar una muestra de mujeres que puntuaron por debajo de 10 en cada momento de administración de la prueba de Edimburgo con el fin de entrevistarlas y corregir posibles sesgos por mala clasificación.

Se encontró una tasa de incidencia de DPP, para el área metropolitana de Bucaramanga (Colombia), de 1 caso por cada 1.000/días-persona de seguimiento, lo que corresponde a una incidencia acumulada de 4,2 por 100 perso-

Discusión Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- El puerperio es una época de alto riesgo para que se presenten trastornos afectivos en la mujer.
- La depresión posparto es una complicación muy común, no siempre reconocida, que se ha relacionado con variables socioeconómicas, psiquiátricas y problemas obstétricos.
- En mujeres colombianas, la cifra de incidencia y los factores asociados no se conocían.

Qué aporta este estudio

- Se determinó, en mujeres de Bucaramanga (Colombia), una tasa de incidencia de un caso por cada 1.000/ días-persona de seguimiento, que corresponde a una incidencia acumulada del 4,2%.
- Se encontró una asociación de la depresión posparto con los siguientes factores: antecedentes personales de depresión, ausencia de consultas de control durante la gestación y presencia de síntomas disfóricos al inicio del puerperio.

nas en riesgo durante el puerperio. Esto se traduce en una incidencia en la ciudad cercana a 640 casos nuevos cada año. No se conocen estadísticas de detección de los casos, pero es posible que muchos de ellos pasen inadvertidos y, posteriormente, en el mejor de los casos, se diagnostiquen como un episodio depresivo independiente.

Son escasos los trabajos que garantizan que la paciente no presenta un episodio depresivo en el momento del parto y que la enfermedad ha empezado durante el primer mes de puerperio. Esto puede haber llevado a sesgos de clasificación en el diagnóstico. Por tanto, no se sabe si lo que se denomina DPP es un continuo de la misma enfermedad iniciada tiempo atrás o una entidad clínica que se inicia gracias a las condiciones favorecedoras de la gestación y al nacimiento de un hijo.

En este estudio se excluyó a las mujeres que presentaban un episodio depresivo durante el parto y se verificó que éste hubiese durado al menos 2 semanas, según los criterios del DSM IV.

Se han aceptado múltiples variables como factores de riesgo para desarrollar depresión puerperal. Entre ellas se incluyen factores biológicos²⁷, medioambientales y psicológicos⁶⁻¹⁰.

En el presente estudio se encontró, al igual que en otros^{9,10}, una asociación significativa entre los antecedentes persona-

les de síntomas depresivos y la aparición de DPP. Otras manifestaciones de enfermedad depresiva o factores asociados con ella, como la baja autoestima, los antecedentes de depresión durante la gestación y la presencia de síntomas disfóricos, aparecieron igualmente asociados, como también se ha mencionado en otros estudios⁹. Estos hechos indican la hipótesis de que, efectivamente, la DPP no sería un cuadro diferente, sino más bien formaría parte de una enfermedad depresiva que, gracias a los cambios hormonales del embarazo y el puerperio, al estrés generado por el nacimiento del niño y al proceso de adaptación familiar, se inicia o reaparece como un nuevo episodio depresivo mayor.

En el estudio se encontró, por otra parte, una fuerte asociación de la DPP con la falta de asistencia de la gestante a las consultas de control prenatal, lo que permite deducir que a las bondades conocidas de dicha acción se podría sumar la detección temprana y la prevención de episodios depresivos. Un poco más del 25% de las pacientes no realizó control prenatal y, de ellas, cerca del 40% fueron madres adolescentes que, a su vez, constituyen el 25% de la muestra. Aunque no se demostró asociación con la edad, es llamativo el riesgo que pueden presentar las madres adolescentes, según lo expresado por otros autores²⁰.

En un trabajo realizado en Colombia¹⁴, no se exploró explícitamente la ausencia de control prenatal, pero se concluye que la falta de soporte social adecuado fue el principal factor asociado con la DPP. En otros estudios tampoco se discute específicamente la ausencia de consultas de control durante la gestación en relación con la DPP pero, al igual que en el estudio mencionado, se plantea la importancia de un adecuado soporte social durante la gestación^{10,28}.

Una debilidad del presente estudio fue el reducido tamaño de la muestra para detectar la verdadera importancia que podrían tener variables como la ausencia o la calidad del trabajo desarrollado por la paciente y la presencia de acontecimientos vitales durante la gestación. Estos factores estuvieron presentes en todas las mujeres que desarrollaron depresión puerperal y han sido mencionados por algunos autores^{6,29} como variables importantes en el desarrollo de la enfermedad.

La población con más ingresos tuvo escasa representación en la muestra, hecho que limita la inferencia que pueda hacerse de los resultados.

Creemos que los resultados del estudio son válidos. Se minimizó el sesgo de mala clasificación mediante la utilización de la entrevista psiquiátrica semiestructurada. No se presentó sesgo de selección, pues las pérdidas fueron escasas y las pacientes que se perdieron tenían características similares a las que permanecieron en el estudio. Finalmente, se realizó análisis multivariable para evitar fenómenos que pudieran confundir los resultados. Otra posible debilidad estriba en que la versión utilizada de la escala de Edimburgo no tuvo un proceso previo de validación; sin embargo, este problema trató de solucionarse con la ayuda

de una enfermera para mejorar la comprensión del instrumento. Además, en caso de haberse presentado un sesgo de clasificación, éste sería no diferencial, pues los procedimientos utilizados para la obtención de información fueron similares para todas las participantes.

En futuros estudios con un mayor tamaño de muestra se podría dilucidar la verdadera importancia de factores como la falta de empleo o la presencia de acontecimientos vitales durante la gestación en la frecuencia de aparición de cuadros depresivos posparto. Igualmente, las escalas de medición utilizadas deberían ser validadas previamente en las diferentes poblaciones.

Creemos, como conclusión final, que los hallazgos deben ser extrapolados con prudencia a otras poblaciones, ya que diferencias culturales y sociales pueden influir en los resultados de cada región. Recalcamos la importancia que tiene desarrollar un adecuado seguimiento de la mujer gestante, la vigilancia estrecha de la puérpera durante la primera semana posnatal y la sensibilización del personal de salud para que se detecten los casos y no se minimice esta situación clínica.

Recomendamos que se inicie o se fomente la asistencia de las mujeres gestantes a programas de control prenatal que permitan, entre otras cosas, la detección, el tratamiento y la remisión oportuna de las que estén en riesgo de presentar DPP. Creemos que la implantación en la consulta prenatal de una prueba de cribado rápida y sencilla, como el cuestionario de Edimburgo, sería de gran ayuda para lograr esta meta.

Bibliografía

1. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Survey. *JAMA*. 2004;291:2581-590.
2. Murray CJL, López AD. Evidence-based health policy: lessons from The Global Burden of Disease Study. *Science*. 1996; 274:740-3.
3. Gater R, Tansella M, Korten A, Tiemens BG, Mavreas VG, Olatawura MO. Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: report from the World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:405-13.
4. Boyce PM. Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations. *Arch Women Ment Health*. 2003;Suppl 2:43-50.
5. Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003;24:257-66.
6. Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yatees AD, Harris MD. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust NZJ Psychiatry*. 2001;35:69-74.

7. Romero ES, Lodo SM, Blázquez MM, Raja MI, Izquierdo MJ, Fernández N, et al. Depresión posparto en el área de salud de Toledo. *Aten Primaria*. 1999;24:215-9.
8. Risco L, Jadresic E, Galleguillos T, Garay JL, González M, Hasbún J. Depresión posparto: alta frecuencia en púerperas chilenas, detección precoz, seguimiento y factores de riesgo. *Psiquiatría y Salud Integral*. 2002;2:61-6.
9. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001;50:275-85.
10. Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, Biringer A, Carroll JC, Stewart DE. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *CMAJ*. 1996;154:785-99.
11. Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. *BMJ*. 1998;316:1884-6.
12. Wisner KL, Parry BL, Piontec CM. Postpartum Depression. *N Engl J Med*. 2002;347:194-9.
13. McCoy SJ, Beal JM, Watson GH. Endocrine factors and postpartum depression. A selected review. *J Reprod Med*. 2003;48:402-8.
14. Canaval E, González M, Martínez-Schallmoser, Tovar M, Valencia C. Depresión postparto, apoyo y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Médica*. 2000;31:4-10.
15. Departamento Nacional de Estadística. Proyecciones municipales. Disponible en: http://www.dane.gov.co/inf_est/series_proyecciones.htm
16. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-876.
17. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV, criterios diagnósticos. Barcelona: Masson; 1995.
18. Torres Y, Montoya ID. Segundo estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Colombia 1997. Bogotá: Ministerio de Salud; 1998.
19. Machado F, García T, Moya N, Bernabeu N, Cerdá R. Depresión puerperal y factores relacionados. *Aten Primaria*. 1997;20:161-6.
20. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Stucci-Portocarrero S, Campo M. Prevalencia y factores de riesgo para depresión en mujeres posparto. *Actas Esp de Psiquiatr*. 1999;27:299-303.
21. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80:251-5.
22. Lee D, Yip A, Chiu H, Leung T, Chung T. A psychiatric epidemiological study of postpartum chinese women. *Am J Psychiatry*. 2001;158:220-6.
23. Bryan TL, Georgiopoulos AM, Harms RW, Huxsahl JE, Larson DR, Yawn BP. Incidence of postpartum depression in Olmsted County, Minnesota. A population-based, retrospective study. *J Reprod Med*. 1999;44:351-8.
24. Onozawa K, Tumar R, Adams D, Dore C, Glover V. High EPDS scores in women from ethnic minorities living in London. *Arch Women Ment Health*. 2003;6 Suppl 2:51-5.
25. Seguin L, PptvinL, St-Denis M, Loiselle J. Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth*. 1999;26:157-63.
26. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPND) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1995;16:187-91.
27. Abou-Saleh MT, Ghubash R, Karim L, Krymski M, Bhai I. Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*. 1998;23:465-75.
28. Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, Carvalho MS, Martins ML, Texeira NA. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Braz J Med Biol Res*. 1998;31:799-804.
29. Paykel ES, Emms EM, Fletcher J, Rassaby ES. Life events and social support in puerperal depression. *Br J Psychiatry*. 1980;136:339-46.