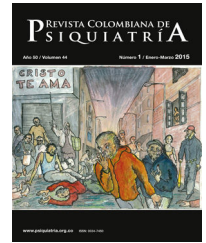




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Postparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados

Roberth Alirio Ortiz Martínez^{a,*}, Cristal Ximena Gallego Betancourt^b,
Ednna Lizeth Buitron Zuñiga^c, Yohana Daisury Meneses Valdés^c,
Nestor Felipe Muñoz Fernandez^c y Maria Alejandra Gonzales Barrera^c

^a Especialista en Ginecología y Obstetricia, Universidad del Cauca, Magister en Epidemiología, Universidad del Valle, Docente Universidad del Cauca

^b Médico Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad del Cauca

^c Médico interno, Universidad del Cauca

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de octubre de 2015

Aceptado el 7 de marzo de 2016

On-line el 28 de abril de 2016

Palabras clave:

Prevalencia

Depresión postparto

Apoyo social

RESUMEN

La Depresión Postparto (DPP) es un importante trastorno de salud, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo, se considera de etiología multifactorial, afecta tanto el bienestar materno como la salud, el comportamiento y el desarrollo del niño, se han reconocido la influencia de los factores biológicos, psicológicos y sociales en el origen de la DPP y sus implicaciones, con diferente prevalencia reportadas de acuerdo a las características de la población estudiada.

Objetivo: Determinar la prevalencia DPP en el hospital Universitario San José de Popayán (HUSJ) y explorar que posibles factores asociados están relacionados con el desarrollo de la misma.

Materiales y métodos: A través de un estudio transversal en un hospital de nivel III, con una muestra de 194 puerperas, durante el periodo de Enero a Junio del 2015, a quienes se les aplicó la escala de depresión de Edimburgo, tomando como tamiz positivo un punto de corte de 10 o más, además de recopilar las características sociodemográficas, se les aplicó escala de apoyo social. Se estimó la prevalencia de periodo de DPP y se realizó exploración de los factores asociados a DPP por medio de análisis bivariado. Con base en el bivariado y por medio de regresión logística se generaron tres diferentes modelos multivariados (biológico, psicológico y social). Para seleccionar las variables incluidas en cada uno de estos, se tomaron en cuenta criterios teóricos y estadísticos.

Resultados: Se encontró una prevalencia de tamiz positivo para DPP de un 40,20% IC 95%; 33%-47%, posibles factores asociados a esta tenemos: patología obstétrica de alto riesgo ORa = 2,11; IC95%, 1,11-4,01, neonato hospitalizado ORa = 1,95; IC95%, 1,01-3,76, pobre

* Autor para correspondencia: Cl 78 N Cr 9 -198 Casa 116 B Conjunto Pino Pardo Real, Popayán Cauca, Celular 3014282185.

Correo electrónico: roberthni@yahoo.com (R.A. Ortiz Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.03.002>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

apoyo social ORa 12,92 IC 95%, 3,61-46,17, no poder lactar ORa =2,85, IC95%, 1,29-6,25, raza negra/indígena ORa 3,13 IC 95% 1,32-7,41, nivel educativo menor a 5 años ORa 2,20; IC 95% 1,03-4,68, y régimen subsidiado ORa 2,61, IC95%, 1,17-5,79.

Conclusión: La prevalencia de DPP es más alta que la encontrada en países desarrollados, y es similar a la de los latinoamericanos incluyendo Colombia, la pobreza, las minorías étnicas, el pobre apoyo social y el resultado adverso materno y neonatal son los posibles factores asociados.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Prevalence of Positive Screen for Postpartum Depression in a Tertiary Hospital and Associated Factors

A B S T R A C T

Keywords:

Prevalence

Postpartum depression

Social support

Postpartum depression (PPD) is a major health problem. With a three times higher prevalence in developing countries, it is of multiple origin and affects maternal well-being, such as health and behaviour, as well as the development of the child. The influence of biological, psychological, and social factors and their implications have been recognised in the origins of PPD, with different prevalence reported depending on the characteristics of the study population.

Objective: To determine the prevalence of PPD in the University Hospital in San José de Popayan (HUSJ) and examine the factors associated with its development.

Materials and methods: A cross-sectional study was conducted in a level III hospital on a sample of 194 postpartum women during the period from January to June 2015. The Edinburgh Depression Scale was used, taking a cut-off of 10 or more as a positive screen. The socio-demographic characteristics were also collected and social support scale was applied. The prevalence of the PPD period was estimated, and the determination of the factors associated with PPD was conducted using bivariate analysis. Based on the bivariate analysis and using logistic regression, three different models (biological, psychological and social) were generated. Theoretical and statistical criteria were taken into account in the selection of the variables to include in each of these.

Results: A prevalence of 40.20% (95% CI; 33%-47%) positives was found in the screening for PPD 95%. The possible factors associated with this are: obstetric pathology high risk, ORa = 2.11; 95% CI; 1.11 to 4.01, hospitalised newborn, ORa = 1.95; 95% CI; 1.01-3.76, poor social support, ORa 12.92, 95% CI; 3.61-46.17, not able to breastfeed, ORa = 2.85, 95% CI; 1.29-6.25, African/Indian race, ORa 3.13, 95% CI; 1.32-7.41, less than 5 years education, ORa 2.20; 95% CI; 1.03 - 4.68, and a subsidised healthcare scheme, ORa = 2.61, 95% CI; 1.17-5.79.

Conclusion: The prevalence of PPD is higher than that found in developed countries, and is similar to that of Latin America, including Colombia. Poverty, ethnic minorities, poor social support, and maternal and neonatal adverse outcomes are the possible associated factors.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La depresión perinatal se puede definir en forma pragmática como un episodio de depresión mayor o menor que inicia durante el embarazo (depresión prenatal) o durante los primeros 12 meses después del parto (depresión postparto), en el DSM IV la define como un “estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución del interés en casi todas las actividades, insomnio o hipersomnía, pérdida del apetito o

pérdida de peso no intencionada, fatiga, agitación o enlentecimiento psicomotriz, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, de inutilidad o excesiva culpa”¹. Esta definición en el DSM-IV está más relacionada al periodo postparto, (la que inicia después del nacimiento), por el contrario en el DSM-5 ahora incluye la que inicia en el peri parto, es de decir durante el embarazo. Estas definiciones siguen siendo problemáticas ya que durante el postparto inmediato alrededor de un 85% de las mujeres pueden experimentar síntomas

melancólicos, en consecuencia se genera desacuerdo en la definición dada por DSM y las definiciones pragmáticas más comúnmente aplicadas en la práctica por los médicos que trabajan en investigación². Con respecto a la depresión posparto (DPP) se considera de etiología multifactorial, se presenta en las cuatro semanas posparto, aunque puede iniciarse hasta un año o más después de este³. Afecta a 19.2% de las puérperas durante los tres primeros meses posparto, pero su prevalencia puede variar entre 3% y 30% durante el primer año, dependiendo del método de medición y del tiempo transcurrido desde el nacimiento. En los 3 primeros meses posparto ocurre entre 40% y 70% de los casos, con una recidiva si la madre no recibe el tratamiento correcto, aun así hay una proporción de ellos que no mejora, pudiendo incluso seguir un curso crónico⁴. La DPP es un importante trastorno de salud, con una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo, siendo más frecuente en los niveles socioeconómicos bajos⁵. La depresión afecta a millones de personas sin importar su raza, nacionalidad o cultura, se conforma como la forma más común de sufrimiento mental⁶. Estudios en Colombia (Bucaramanga), muestras tasas de DPP de 0,6 (IC95% 0,07-2,2); 1,0 (IC95% 0,3-2,0) y 1,9 (IC95% 0,3-5,4) por 1.000 días-personas de seguimiento entre adolescentes, gestantes de 21 a 34 años y mayores de 34, respectivamente⁷. En Cali se encontró que el 57% de las pacientes presentó síntomas depresivos durante el periodo posparto, donde la falta de apoyo social, la baja calidad de vida pudieran ser predictores de sintomatología depresiva⁸, otro estudio en la misma ciudad encontró una prevalencia de 46,3%⁹, otro en Medellín encontró una prevalencia de tamizaje positivo para depresión en gestantes de 61,4%¹⁰, encontrando además como factores asociados; antecedentes de la misma (OR = 7,1; IC 95%: 2,6-19,2); el maltrato psicológico (OR = 8,7; IC 95%: 2-38,5); tener pareja disfuncional (OR = 5,1; IC 95%: 1,9-13,8), y tener hijos menores de cinco años (OR = 4,9; IC 95%: 1,8-13,4).

La DPP afecta tanto el bienestar materno como la salud, el comportamiento y el desarrollo del niño. Hay evidencia de recurrencias de episodios depresivos mayores en aquellas que la han padecido, de la misma manera estudios muestran alteraciones en la relación madre-hijo, del neurodesarrollo, del desarrollo emocional y del desarrollo cognitivo del niño⁷, menor número de controles de salud, reciben menos inmunizaciones y alteraciones en sus rutinas de cuidados básicos¹¹.

A pesar de la evidencia sobre la importancia de la detección y manejo oportuno, ésta todavía es limitada, la frecuencia de detección es baja, alrededor del 2%¹², por lo que los autores recomiendan prestar mayor atención a las pacientes que presenten factores de riesgo asociados a su desarrollo y realizar el debido seguimiento, para lo cual es indispensable estar capacitado en el uso de un método de tamizaje, como por ejemplo la escala de Edimburgo¹³.

A través de los diferentes estudios se ha reconocido la influencia de los factores biológicos, psicológicos y sociales en el origen de la DPP y sus implicaciones, con diferente prevalencia e incidencia reportadas de acuerdo a las características de la población estudiada, por lo que se planteó la presente investigación que tiene como objetivo determinar su prevalencia en el Hospital Universitario San José de Popayán (HUSJ) y explorar que posibles factores asociados están relacionados con el desarrollo de la misma.

Metodología

Estudio de corte transversal en el que se incluyeron madres en puerperio de un parto sea vaginal o cesárea, con edades gestacional mayor a 24 semanas atendidos en el HUSJ de Popayán (Colombia) en el periodo comprendido entre Enero a Junio 2015. Esta institución presta servicios de III nivel de complejidad, es centro de referencia del departamento del Cauca, y atiende población perteneciente a ambos regímenes de aseguramiento. Se excluyeron madres cuyo parto fue atendido en otra institución y no aceptación para entrar al estudio. Para el tamaño de muestra (194 participantes) se aplicó la fórmula: $n = P \times Q / (E/Z)^2$, para la cual se tuvo en cuenta: la población promedio de nacidos vivos en los años previos en la institución (1.600), una prevalencia esperada mínima de DPP del 15%, un error tolerado del 5%, corrección por población finita y por no respuesta del 10%. Se realizó un muestreo aleatorio sistemático, el tamaño de muestra se realizó para resolver el objetivo primario y no se tuvo en cuenta el objetivo secundario.

Procedimiento: Previamente, las participantes elegibles recibieron por escrito toda la información acerca del estudio, las que firmaron el consentimiento fueron entrevistadas por personal entrenado y se aplicó las diferentes escalas. Para determinar DPP se aplicó la Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo, existe consenso que esta es el mejor instrumento de tamizaje, diseñada especialmente para reconocer síntomas anímicos en mujeres puérperas^{2,13}. Sus ítems se agrupan en torno a dos elementos: tristeza y ansiedad, tiene una consistencia interna adecuada, 100% de sensibilidad y 80% de especificidad, ha sido validada en diversos países y culturas incluyendo el nuestro¹³, logrando su mayor sensibilidad con un punto de corte entre 9 y 10 puntos^{13,14}, para el presente se tomó 10 puntos como punto de corte, es de autoreporte, de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta y puntajes que varían de 0 a 3 puntos, según la severidad sintomática. De sus ítems, 5 se relacionan con disforia, 2 con ansiedad, 1 con sentimientos de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultades de concentración. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que aquellas que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad¹⁵. Además se aplicó la escala de apoyo social (cuestionario MOS) Este cuestionario (MOS) fue desarrollado por Sherborne y cols en 1991, es auto administrado de 20 ítems, el primero valora el apoyo estructural o cuantitativo por ejemplo el número de amigos íntimos y familiares cercanos, en los 19 restantes se miden 4 dimensiones de apoyo social o cualitativo (a- apoyo emocional/informacional, como expresión de afecto y comprensión, guía de consejo e información, b- interacción social positiva, como la disponibilidad de otras personas para reunirse, divertirse o pasarla bien, c- apoyo afectivo, con demostraciones reales de amor, cariño, o empatía hacia el sujeto, y d- apoyo instrumental, es decir, la provisión de la ayuda material o tangible que se pueda recibir). las preguntas están en una escala de 5 puntos tipo likert, donde se mira con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo va desde 1 (nunca) a 5 (siempre),

las sub-escalas pueden tener puntuaciones independientes o sumarlas para un total, esto último se hizo en el presente estudio, entre más alta la puntuación mayor apoyo percibido¹⁶, también se recolectaron otras variables según un marco teórico biopsicosocial así; Social: residencia, estado civil, nivel educativo, raza, ocupación, aseguramiento, estrato socioeconómico, ingresos del hogar, atención Preconcepcional, atención prenatal adecuada (número de controles mayor o igual a 4 y edad gestacional de inicio del control en el primer trimestre), Psicológico: curso Psicoprofiláctico, consumo de alcohol, cigarrillo, sustancias psicoactivas, planeación del embarazo, lactancia materna, Biológicos: edad, historia de depresión, historia de otras enfermedades psiquiátricas, edad gestacional al nacimiento, vía del nacimiento, presencia de patología neonatal y de hospitalización, y patología materna obstétrica de alto riesgo.

Análisis estadístico: Para determinar la prevalencia de tamiz positivo para DPP se tomaron en cuenta las púrpas con puntaje mayor o igual a 10 (numerador) y el total del tamaño muestral analizado (denominador). Las variables de interés se analizaron individualmente desde el punto de vista exploratorio para mirar la normalidad de su distribución, se identificaron valores extremos y perdidos que pudieran incidir en el resultado, se describió la población, se compararon las distribuciones de las características de interés entre las púrpas con tamiz positivo y negativo para DPP usando la prueba de la ji cuadrado y la exacta de Fisher según corresponda, para las variables continuas con distribución normal se utilizó la prueba de la t de Student, previo análisis de varianza, para variables con distribución no normal, se utilizó la U de Mann-Whitney, previa aplicación de test de normalidad de Shapiro-Wilk. Para el análisis de posibles variables explicativas se realizó un bivariado donde se determinó la fuerza de la asociación (OR) y sus intervalos de confianza del 95% (IC95%), entre las diferentes variables, con lo que se generaron tablas de contingencia. Con base en los hallazgos del bivariado y por medio de regresión logística se generaron tres diferentes modelos multivariados (biológico, psicológico y social). Para seleccionar las variables incluidas en cada uno de estos, se tomaron en cuenta criterios teóricos y estadísticos. Para ello se empleó el procedimiento stepwise con una probabilidad de entrada de 0,2 y de salida de 0,15, se evaluó la colinealidad y finalmente se realizó diagnóstico de los modelos con el estadístico de Hosmer-Lemeshow (HL). Las variables continuas fueron categorizadas para introducirlas en los diferentes modelos, esto se hace para disminuir los errores en la medición, además la dicotomización facilita la interpretación de los resultados del modelo y permite cumplir con los supuestos del modelo. El análisis se realizó con STATA 10,0.

El presente estudio está regido por normas bioéticas internacionales vigentes, como el código de Núremberg, la declaración de Helsinki y el reporte Belmont; igualmente, las normas del Código Civil Colombiano, en su artículo 1502, la ley 23 del 1981, decreto 3380 de 1981 y la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, las pacientes que aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio firmaron el consentimiento informado, y se obtuvo el aval ético del Hospital Universitario San José de Popayán para su realización.

Tabla 1a – Características biológicas, de la población en estudio

Características	DPP (N:78)	No DPP (N:116)
Edad (años) Promedio	25,52	26,56
18 y Menos	17 (21,79)	18 (15,52)
19-34	51 (65,38)	79 (68,10)
35 y Mas	10 (12,82)	19 (16,38)
<i>Historia Enfermedad Psiquiátrica</i>		
Si	2 (2,56)	0 (0,00)
No	76 (97,44)	116 (100)
Antecedente de DPP*	7 (8,97)	5 (4,31)
<i>Edad Nacimiento</i>		
Pretérmino	22 (28,21)	16 (13,79)
Termino	56 (71,79)	100 (86,21)
<i>Vía Nacimiento</i>		
Cesárea Emergencia	42 (53,85)	49 (42,24)
Cesárea Programada	3 (3,85)	14 (12,07)
Vaginal	33 (42,31)	53 (45,69)
<i>Patología Neonatal</i>		
Si	36 (46,15)	33 (28,45)
No	42 (53,85)	83 (71,55)
<i>Hospitalización Neonatal</i>		
No	37 (47,44)	30 (25,86)
SI	41 (52,56)	86 (74,14)
<i>Patología Obstétrica de Alto Riesgo</i>		
Si	51 (65,38)	48 (41,38)
No	27 (34,62)	68 (58,62)

Aplica solo a las que han tenido un parto previo,
Los valores expresan n (%), media $\pm$ desviación estándar o mediana.
Fuente: datos propios.

Resultados

El análisis final se realizó con un total de 194 púrpas entre Enero a Junio del 2015, se encontró una prevalencia de tamiz positivo para DPP de un 40,20% IC 95%; 33%-47%. No se presentaron rechazos ni pérdidas, la edad promedio fue 26 años con una desviación estándar de 7,14 años, el 81,96% se identificó como raza mestiza, el 50,52% procede de área urbana, el 85,57% pertenece a estratos bajos, el 68,56% pertenece al régimen subsidiado, el 57,73% son amas de casa y en promedio tienen 9 años de escolaridad, con respecto a las patologías obstétricas de alto riesgo, tenemos que el 51,03% presento alguna de estas, la más frecuente tenemos el trastorno hipertensivo del embarazo (41,34%), la ruptura prematura de membranas (18,26%), la Corioamnionitis y restricción del crecimiento intrauterino con 7,73% y 5,15% respectivamente, con respecto al neonato el 19,59% fueron preterminos y el 34,54% estaban hospitalizados al momento del estudio.

En la [tabla 1a,b,c](#), se describen las características generales según tengan tamiz positivo o negativo para DPP. No hay diferencia entre los grupos respecto al antecedente de DPP. Tener una patología obstétrica de alto riesgo, que su hijo sea pretérmino y estar hospitalizado fue más frecuente en el grupo con tamiz positivo, respecto a la dimensión psicológica, ambos grupos manifestaron baja frecuencia de conductas de riesgo. El grupo con tamiz negativo manifestó tener mejor apoyo social, la planeación del embarazo fue similar en ambos

Tabla 1b – Características psicológicas de la población en estudio

Características	DPP (N:78)	No DPP (N:116)
Consumo de Cigarrillo	0	0
Curso Psicoprofilactico		
No	68 (87,18)	100 (86,21)
Si	10 (12,82)	16 (13,79)
Planeación del Embarazo		
No	48 (61,54)	67 (57,76)
Si	30 (38,46)	49 (42,24)
Apoyo Social Total		
No	18 (23,08)	3 (2,59)
Si	60 (76,92)	113 (97,41)
Apoyo Cuantitativo		
p25	1	2
p50	2	3
p75	3	5
Lactancia		
No	19 (24,36)	14 (12,07)
Si	59 (75,64)	102 (87,93)
Los valores expresan n (%), media ± desviación estándar o mediana		
Fuente datos propios.		

grupos, la no lactancia materna fue más frecuente en el grupo con tamiz positivo. Respecto a lo social, variables como el control prenatal, la consulta Preconcepcional y el curso Psicoprofilactico fueron similares estadísticamente en ambos grupos. La raza negra e indígena fue más frecuentes en el grupo con tamiz positivo, al igual que tener una unión no estable, ser de régimen subsidiado, pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, menores ingresos y menor nivel de escolaridad.

En la [tabla 2](#) se muestran las OR no ajustadas de las posibles variables explicativas, al ser no ajustadas hay mayor de confusión. Se encontró OR significantes: madres con preterminos están asociados en forma positiva a tener tamiz positivo (OR=2,45; IC95%, 1,12- 5,42), al igual que tener su neonato hospitalizado, o que esté presente alguna patología (OR=2,58; IC95%, 1,34- 4,10; OR= 2,15 IC 95%, 1,13-4,10 respectivamente), presentar una patología obstétrica de alto riesgo (OR=2,67; IC95%, 1,41-5,07), en lo referente al apoyo social, el pobre apoyo está relacionado en forma positiva con tamiz positivo (OR=11,30; IC95%, 3,08-61,49), en lo referente a dar a o no lactancia se encontró que él no poder dar es un factor asociado positivamente con DPP (OR=2,34; IC95%, 1,02-5,44), respecto a la ocupación se encontró que trabajar o ser independiente está asociado en forma negativa con DPP (OR=0,39; IC95%;0,18-0,80) pertenecer a raza indígena o negra (OR 3,99 IC95%; 1,70-9,70), unión no estable (OR =2,03; IC95%, 1,02-4,06), pertenecer al régimen subsidiado (OR= 3,52; IC95%, 1,68-7,73), nivel educativo < a 5 años al igual que un estrato bajo son factores asociado en forma positiva con DPP (OR 3,08 IC 95%; 1,45-6,59, OR 3,61, IC95%, 1,25-12,68 respectivamente). Las demás variables de este análisis no resultaron significativas.

En la [tabla 3](#) se muestran los modelos multivariados desarrollados con sus respectivos OR ajustados (ORa). Para el desarrollo de estos modelos se tomaron en cuenta las variables

Tabla 1c – Características sociales de la población en estudio

Características	DPP (N:78)	No DPP (N:116)
Ocupación		
Ama de Casa	54 (63,23)	58 (50,00)
Empleada/Independiente	16 (20,51)	44 (37,93)
Estudiante	8 (10,26)	14 (12,07)
Estado Civil		
No Estable	28 (35,90)	25 (21,55)
Estable	50 (64,10)	91 (78,45)
Raza		
Negra/Indígena	23 (29,49)	11 (9,48)
Blanca/Mestiza	55 (70,51)	105 (90,52)
Residencia		
Rural	45 (57,69)	51 (43,97)
Urbana	33 (42,31)	65 (53,03)
Seguridad Social		
Subsidiado	65 (83,33)	68 (58,65)
Contributivo	13 (16,67)	48 (41,38)
Estrato Socio Económico		
Bajo	73 (93,59)	93 (80,17)
Medio	5 (6,41)	23 (19,83)
Educación		
Menor 5 años	27 (34,62)	17 (14,66)
Más de 5 años	51 (65,38)	99 (85,34)
Control Prenatal		
No Adecuado	13 (16,67)	10 (8,62)
Adecuado	65 (83,33)	106 (91,38)
Atención Preconcepcional		
No	71 (91,03)	97 (83,62)
Si	7 (8,97)	19 (16,38)
Exp.Cigarrillo Pasiva		
Si	19 (24,36)	18 (15,52)
No	59 (75,64)	98 (84,48)
Los valores expresan n (%), media ± desviación estándar o mediana.		
Fuente datos propios		

según la metodología propuesta, varias de estas presentaron colinealidad motivo por el cual no se tomaron en cuenta, por ejemplo patología neonatal y neonato hospitalizado en el modelo biológico, en el social: estrato socioeconómico, y régimen de salud, se dejó el más representativo y confiable. Se encontró: en el biológico que el tener una patología obstétrica de alto riesgo sigue siendo un factor asociado en forma positiva a tamiz positivo para DPP (ORa = 2,11; IC95%, 1,11-4,01; $p < 0,05$), al igual que tener el neonato hospitalizado (ORa = 1,95; IC95%, 1,01-3,76; $p < 0,05$), en el modelo psicológico el no tener un apoyo social adecuado es un factor asociado a tamiz positivo para DPP (ORa 12,92 IC 95%, 3,61-46,17; $P < 0,05$), al igual que la no lactancia (ORa = 2,85, IC95%, 1,29-6,25; $P < 0,05$). Finalmente, en el social se encontró que no tener pareja estable (ORa = 1,65; IC95%, 0,82-3,32; $p > 0,05$) aunque no significativo, se debe en cuenta y aclarar que aunque el OR ajustado señalaría un aumento en el riesgo de DPP si no se tiene pareja estable, el intervalo de confianza no es preciso ya que pasa por la unidad y esto señalaría que el hallazgo no es concluyente. El ser de raza negra o indígena es un factor asociado DPP, al igual que nivel educativo menor a 5 años y pertenecer a un

Tabla 2 – de contingencias de posibles variables explicativas de Depresión Postparto

Características Biológicas y Sociodemográficas	Depresión Postparto (N:78)	No Depresión (N:116)	OR	IC 95%	P
<i>Edad</i>					
Menor 18	17 (21,79)	18 (15,52)	1,46	0,64-3,31	0,31
19-34 (Ref.)	51 (65,38)	79 (68,10)			
Más de 35	10 (12,82)	19 (16,38)	0,81	0,31-2,02	0,63
<i>Historia de DPP*</i>					
Si	7 (14,90)	5 (6,85)	2,38	0,59-10,10	0,15
No	40 (85,10)	68 (93,15)			
<i>Edad Nacimiento</i>					
Pretérmino	22 (28,81)	16 (13,79)	2,45	1,12-5,42	0,01
Termino	56 (71,79)	100 (86,21)			
<i>Vía de Evacuación</i>					
Cesárea emergencia	42 (53,85)	49 (42,24)	1,37	0,72-2,62	0,29
Cesárea Programada	3 (3,85)	14 (12,07)	0,34	0,05-1,37	0,10
Parto Vaginal	33 (42,31)	53 (45,69)			
<i>Patología Neonatal</i>					
Si	36 (46,15)	33 (28,45)	2,15	1,13-4,10	0,01
No	42 (53,85)	83 (71,55)			
<i>Neonato Hospitalizado</i>					
Si	37 (47,44)	30 (25,86)	2,58	1,34-4,97	0,001
No	41 (52,56)	86 (74,14)			
<i>Patología Obstétrica de Alto Riesgo</i>					
Si	51 (65,38)	48 (41,38)	2,67	1,41-5,07	0,001
No	27 (34,62)	68 (58,62)			
<i>Psicoprofilactico</i>					
No	68 (87,18)	100 (86,21)	1,08	0,46-2,54	0,84
Si	10 (12,82)	16 (13,79)			
<i>Planeación Embarazo</i>					
no	48 (61,54)	67 (57,76)	1,17	0,62-2,19	0,59
si	30 (38,46)	49 (42,24)			
<i>Apoyo Social</i>					
No	18 (23,08)	3 (2,59)	11,3	3,08-61,49	0,00
Si	60 (76,92)	113 (97,41)			
<i>Lactancia Materna</i>					
No	19 (24,36)	14 (12,07)	2,34	1,02-5,44	0,02
Si	59 (75,64)	102 (87,93)			
<i>Ocupación</i>					
Estudiante	8 (10,26)	14 (12,07)	0,61	0,20-1,72	0,30
Trabajadora/Independiente	16 (20,51)	44 (37,93)	0,39	0,18-0,80	0,00
Ama de Casa (Ref.)	54 (69,23)	58 (50,00)			
<i>Estado Civil</i>					
No Estable	28 (35,90)	25 (21,55)	2,03	1,02-4,06	0,02
Estable	50 (64,10)	91 (78,45)			
<i>Raza</i>					
Negra/Indígena	23 (29,41)	11 (9,48)	3,99	1,70-9,70	0,00
Mestiza/Blanca	55 (70,51)	105 (90,52)			
<i>Residencia</i>					
Rural	45 (57,69)	51 (43,97)	1,73	0,93-3,23	0,06
Urbana	33 (42,31)	65 (56,03)			
<i>Seguridad Social</i>					
Subsidiado	65 (83,33)	68 (58,62)	3,52	1,68-7,73	0,00
Contributivo	13 (16,67)	48 (41,38)			
<i>Estrato Socio-Económico</i>					
Bajo	73 (93,59)	93 (80,17)	3,61	1,25-12,68	0,00
Medio	5 (6,41)	23 (19,83)			

Tabla 2 – (Continuación)

Características Biológicas y Sociodemográficas	Depresión Postparto (N:78)	No Depresión (N:116)	OR	IC 95%	P
Nivel Educativo					
Menor de 5 Años	27 34,62)	17 (14,66)	3,08	1,45-6,59	0,001
Más de 5 Años	51 65,38)	99 (85,34)			
Control Prenatal					
No Adecuado	28 (35,90)	36 (31,03)	1,24	0,64-2,38)	0,48
Adecuado	50 (64,10)	80 (68,97)			
Preconcepcional					
No	71 (91,03)	97 (83,62)	1,98	0,74-5,88	0,13
Si	7 (8,97)	19 (16,38)			
Exposición Cigarrillo					
Si	19 (24,36)	18 (15,52)	1,75	0,79-3,84	0,12
No	59 (75,64)	98 (84,48)			

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio; SMLV: salario mínimo legal vigente en 2013.
 * Solo se toma a las gestantes que han tenido algún embarazo previo. Los valores expresan n (%). Fuente: datos propios.

Tabla 3 – Modelos^a de Depresión Posparto

Modelos en las 3 Dimensiones	OR no ajustados	OR ajustados	IC 95%	P
Modelo 1 Biológico				
Patología Obstétrica de Alto Riesgo	2,34	2,11	1,11 - 4,01	0,02
Neonato Hospitalizado	2,58	1,95	1,01 - 3,76	0,04
Modelo 2 Psicológico				
No Lactancia Materna	2,34	2,85	1,29 - 6,25	0,00
Apoyo Social Inadecuado	11,30	12,92	3,61-46,17	0,00
Modelo 3 Social				
No Atención Preconcepcional	1,98	1,20	0,43- 3,33	0,71
Estado Civil no Estable	2,03	1,65	0,82 - 3,32	0,15
Raza Indígena/Negra	3,99	3,13	1,32 - 7,41	0,00
Nivel Educativo< 5años	3,08	2,20	1,03 - 4,68	0,03
Residencia Rural	1,73	0,85	0,42 - 1,72	0,66
Régimen Subsidiado	3,52	2,61	1,17 - 5,79	0,01

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio; ORa: OR ajustada;
 * Modelo 1, biológico: patología obstétrica de alto riesgo y neonato hospitalizado; modelo 2, psicológico: no lactancia materna, no apoyo social; modelo 3, social: no atención Preconcepcional, raza, nivel educativo, residencia, seguridad social Fuente: datos propios.

régimen subsidiado (ORa 3,13 IC 95% 1,32-7,41, ORa 2,20; IC 95% 1,03-4,68, ORa 2,61, IC95%, 1,17-5,79 respectivamente).

La evaluación de los modelos, se realizó con el estadístico de Hosmer-Lemeshow (HL) encontrando: biológico HL ji cuadrado = 0,32 (gl, 1; p = 0,57), psicológico HL ji cuadrado = 0,13 (gl, 2; p = 0,93) y social HL ji cuadrado = 8,92 (gl, 7; p = 0,25), con lo que se concluye que los diferentes modelos tienen buen ajuste.

Discusión

Esta investigación encontró una prevalencia de tamiz positivo para DPP en un 40,20%, con respecto a este hallazgo, una revisión sistemática reporta que vario entre el 10 al 15%¹⁷, otra que hasta un 19,2% de las mujeres presentaron un episodio de depresivo en los tres primeros meses posparto¹⁸. La prevalencia en el presente estudio es mucho más alta a las internacionales, en Canadá la reportan entre 4,3-15,2%¹⁹⁻²¹, en Estados Unidos entre 13-22%^{22,23}, en la república de Irlanda,

reportan: 13,2% (95% CI = 9,8%-16,6%) a las 6 semanas y el 9,8% (95% CI = 6,5%-13,1%) a las 12 semanas²⁴ y en Qatar encuentran una del 17,6%²⁵. En países cercanos al nuestro se encontraron prevalencias similares; en Chile varían entre 22 y 50,7%^{5,26} y en argentina 36,8%²⁷, al igual que nuestro país, 61% en Medellín, aunque con una escala diferente (inventario de depresión de Beck versión II), y durante la gestación a diferencia del presente estudio que fue exclusivamente en el periodo posparto¹⁰, en Cali se evidencio que el 57% de las mujeres presentaron sintomatología depresiva en el posparto⁸, otro estudio en esta misma ciudad encontró una prevalencia de 46,3%⁹. Se puede hipotetizar que las diferencias respecto a la prevalencia entre países desarrollados y la encontrada en el presente estudio pueden deberse a que en los primeros hay una mejor protección de la gestante desde el punto de vista institucional, mejores redes de apoyo, además se debe tener cuenta el contexto psicosocial de nuestras gestantes, tal como menor nivel educativo, mayor influencia de la violencia socio-política, condiciones socioeconómicas más desfavorables provenir de áreas rurales con problemas de conflicto

armado lo cual puede acrecentar el estrés crónico, explicando de esta manera el incremento de la prevalencia. Por otra parte dado que el Hospital es de tercer nivel de complejidad, se pudo introducir un sesgo de selección frente a los casos más graves lo cual también podría en parte explicar la prevalencia alta encontrada, si se compara con la que pueda encontrarse en pacientes atendidas en otro tipo de centros.

Con respecto a los factores relacionados con DPP, estudios muestran como la edad es un factor asociado^{28,29}, en el presente estudio no se encontró esto, al igual que en otro en nuestro país⁹, en lo concerniente a la historia de DPP no se encontró una asociación, esto talvez relacionado al tamaño de muestra, a diferencia de otras investigaciones donde sí se la encontró^{9,28}. En lo referente a la presencia de alguna patología materna obstétrica el presente encontró una asociación positiva con DPP, hallazgos similares a estudios realizados en nuestro país y en Venezuela^{10,28}, de la misma manera el tener el neonato hospitalizado se encontró asociado con DPP, al igual que en el estudio de Pérez y col²⁸.

En el modelo 2 el no poder lactar es un factor asociado a DPP, en cuanto a esta relación tenemos una revisión donde se muestra que hay cierta asociación en algunos estudios sobre la protección de la lactancia materna frente a la DPP, porque promueve una respuesta hormonal atenuando los niveles del cortisol y así mismo el estrés materno, ayuda además a la regularización del sueño y mejora el desarrollo afectivo-psicosocial entre madre hijo³⁰. En lo referente al apoyo social se encontró que la falta de este es un factor asociado a DPP, punto en el que la mayor parte de estudios están de acuerdo y es el que se presenta con mayor fuerza de asociación^{3,8-10,24,25,28,31}.

Aunque en el presente estudio no encontró asociación entre pareja no estable y DPP, otros estudios si la encuentran^{8,28} y se debe tener presente, se evidencio que el pertenecer a régimen subsidiado es un factor asociado, este hallazgo es similar a otras investigaciones en nuestro país^{8,9}, al igual que escolaridad menor a 5 años, resultado similar a un estudio realizado en Venezuela y en Qatar^{25,28}.

El presente estudio tiene como fortalezas: que se cumplió con el tamaño estipulado, no se presentaron pérdidas ni rechazos, la variedad de factores de riesgo analizados fue amplia, las escalas y los cuestionarios que se utilizaron están validados al español, con buenas propiedades psicométricas y se aplicaron de modo similar en todas las puerperas, se realizaron actividades para asegurar la calidad del dato, es importante anotar que los diferentes confusores se manejaron con regresión logística y además que todos los modelos presentaron un adecuado ajuste y como limitación principal el hecho de que se realizó en una sola institución de referencia en el Cauca, por lo cual no se puede extrapolar a toda la población.

Conclusión

En la presente investigación se encontró una alta prevalencia de DPP con respecto a los países desarrollados y similar a los resultados encontrados en países latinoamericanos incluyendo Colombia, y como posibles factores asociados a esta tenemos, tener una patología obstétrica de alto riesgo, tener el neonato hospitalizado, pertenecer régimen subsidiado, a minorías Étnicas, tener un bajo nivel de escolaridad y en

especial la falta de apoyo social, de ahí que el presente estudio sugiere que se debe realizar tamiz para DPP en poblaciones similares a estas y de esta manera realizar una intervención más oportuna.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Fuente de financiación

Propias, se declara que no existe conflictos de interés.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Hospital Universitario San José, el Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad del Cauca y a las madres que participaron en este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Ibor Aliño JJ, Manuel Valdés Miyar. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Harcourt Brace De España Sa. 2002.
2. Milgrom JAW, Gemmill 14/Screening for perinatal depression Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2014;28:13-23.
3. Claudia Wolff, Paula Valenzuela, Karim Esteffan, Daniela Zapata. Depresión posparto en el embarazo adolescente: Análisis del problema y sus consecuencias. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2009;74(3):151-8.
4. Angelina Dois, Claudia Uribe, Luis Villarroel, Aixa Contreras. Factores asociados a síntomas depresivos postparto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Rev Med Chile*. 2012;140:719-25.
5. José Urdaneta, Ana Rivera, José García. Factores de riesgo de depresión posparto en puerperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev Chile Obstet Ginecol*. 2011;76(2):102-12.
6. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Rev Fac Med UNAM*. 2006;49(2):66-72.
7. José Fidel Latorre, Leddy Marina Contreras, Susana García Rueda, Juan Arteaga Medina. *La depresión postparto en*

- madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2006;57(3.):156-62.
8. Gladys Eugenia Canaval, Marta Cecilia González, Lucy Martínez Schalmoser, María Clara Tovar, Celmira Valencia. Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Medica*. 2000;31(1).
 9. Olga Lucia Cuero Vidal, Angélica María Díaz. Prevalencia de depresión posparto en el Hospital San Juan de Dios, Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2013;64(4).
 10. Ricardo-Ramírez Carmenza, Álvarez-Gómez Matilde, Ocampo-Saldarriaga María Victoria, Tirado-Otálvaro Andrés Felipe. prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín (Colombia), entre enero y agosto de 2013. factores de riesgo asociados. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2015;66(2):94-102.
 11. Angelina Dois Castellón. Actualizaciones en depresión posparto. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012;38(4):576-86.
 12. José de Jesús Almanza Muñoz, Cathy Liliانا Salas Cruz, Ángel Sergio Olivares Morales. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados, en pacientes púerperas de la clínica de especialidades de la mujer. *Rev Sanid Milit Mex*. 2011;65(3):78-86.
 13. Adalberto Campo Arias, Cristian Ayola Castillo, Henry Miguel Peinado Valencia, Maribel Amor Parra, Zuleima Cogollo. Escala de Edinburg para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2007;58(4):277-83.
 14. Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev méd Chile*. 2008;136(7):851-8.
 15. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Taken from the *British Journal of Psychiatry* June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M., Holden, R. Sagovsky.
 16. Revilla Ahumada L de la, Luna del Castillo J, Bailón Muñoz E 3, Medina Moruno I Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia (And)* Vol. 6, N. 1, abril 2005.
 17. Bradley NGaynes, Norma Gavin, Samantha Meltzer, Kathleen Lohr, Tammeka Swinson, Gerald Gartlehner, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Summary, Evidence Report/Technology Assessment. 2005;119. AHRQ Publication No. 05-E006-1.
 18. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005;106 5 Pt 1:1071-83.
 19. Watts S, Sward W, Krueger P, Sheeba D, Ontario Mother & Infant Survey. A cross-sectional study of early identification of postpartum depression: implications for primary care provider from the Ontario Mother Infant survey. *BMC Fam Pract*. 2002;3-5.
 20. Stewart Donna. Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*. 2005;51:1061-3.
 21. Ryan D, Millis L, Misri N. *Canadian Family Physician*. 2005;51:1064-93.
 22. Georgiopoulos AM, Bryan TL, Yawn BP, Houston MS, Rummans TA, Therneau TM. Population based screening for postpartum depression. *Obstet Gynecol*. 2000;93: 653-7.
 23. Wisner LK, Parry BL, Piontek CL. Postpartum depression. *N Engl J Med*. 2002;347:194-9.
 24. Patricia Leahy-Warren, Geraldine McCarthy, Paul Corcoran Postnatal Depression in First-Time Mothers: Prevalence and Relationships Between Functional and Structural Social Support at 6 and 12 Weeks Postpartum *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 25, No. 3 (June), 2011: pp 174-184.
 25. Abdulbari Bener, Tuna Burgut F, Suhaila Ghuloum, Javaid Sheikh. A study of postpartum depression in a fast developing country: prevalence and related factors Qatar. *Int J Psychiatry Med*. 2012;43(4):325-37.
 26. Póof N, Espejo C, Godoy C, Gualda M, Hernández T, Pérez C. 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*. 2008;136:44-52.
 27. Paolini C, Diberma A, Balzao S. Factores psicosociales asociados a alto, medio y bajo riesgo de síntomas de depresión en el posparto inmediato. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2012;12:65-73.
 28. Pérez R, Sáez K, Alarcón L, Avilés V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2007;7:187-9.
 29. Bonnie M, Leung S, Ip P, Fung-Hug S, O'hara M. Antenatal risk factor for postnatal depression: Prospective study of Chinese women at maternal and child health centers. *BMC Psychiatry*. 2012;12:1-9.
 30. Figueiredo B, Dias CC, Brandão S, Canário C, Nunes-Costa R. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89:332-8.
 31. Wan Ellen Y, Moyer Cheryl A, Harlowa Siobán D, Zitian Fan, Yan Jie. Huixia Yang Postpartum depression and traditional postpartum care in China: Role of Zuoyuezi. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2009;104:209-13.