Trabajos Originales

DEPRESIÓN POSTPARTO: PREVALENCIA DE TEST DE RASTREO POSITIVO EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA, BRASIL

Alberto Moreno Zaconeta¹, Lucília Domingues Casulari da Motta¹, Paulo Sergio França¹

¹Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Brasilia, Brasil

RESUMEN

Con la intención de estimar la prevalencia de depresión postparto en mujeres atendidas en el Hospital Universitario de Brasilia - Brasil, fue utilizada una versión en portugués de la Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo (EPDS). La escala fue aplicada a mujeres que se encontraban entre la octava y décima segunda semana postparto, abordadas en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo Pediátrico, donde llevaban a sus hijos para consulta pediátrica de rutina. Fue analizada la prevalencia de test positivo, así como la influencia de los antecedentes reproductivos y si el embarazo fue programado o accidental. Un total de 123 mujeres respondieron la escala; 6 fueron excluidas por dejar uno o más ítems sin respuesta. Hubo una prevalencia de test positivo de 22,2%. La edad, paridad, antecedentes de aborto o embarazo accidental no fueron factores de riesgo estadísticamente significativos para el hallazgo de test positivo.

PALABRAS CLAVE: *Depresión postparto, EPDS, Brasil*

SUMMARY

With the aim of estimating the prevalence rate of postpartum depression in women assisted at the University Hospital of Brasilia - Brazil, a portuguese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was used. The scale was applied to women who were between the 8th and 12th postpartum week, approached in the outpatient clinic of Pediatric Growth and Development, where they took their children for routine pediatric consultation. The prevalence rate of positive test was analyzed, as well as the influence of the reproductive antecedents and of the fact that the pregnancy has been planned or accidental. A total of 123 women responded the scale, but 6 were excluded because one or more items were not answered. A prevalence rate of positive test of 22.2% was found. The age, parity, abortion antecedents or unplanned pregnancy were not statistically significant risk factors for positive test.

KEY WORDS: *Postpartum depression, EPDS, Brazil*

INTRODUCCIÓN

La depresión postparto ha sido definida como "la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el

primer año postparto" (1). El cuadro clínico es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, teniendo el humor deprimido y falta de placer en las actividades (anedonia) como síntomas cardinales, sin embar-

go, la depresión postparto posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica. El cuadro se caracteriza por llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne a cuidados del recién nacido y a las tareas domésticas. Son frecuentes también los sentimientos de culpa y autocensura por no estar amando o cuidando su hijo lo suficiente, y casi siempre están presentes síntomas de ansiedad acompañando o inclusive superando a los síntomas de depresión del humor. Este predominio de síntomas ansiosos ya fue señalado en la descripción inicial del cuadro en 1968, cuando Pitt denominó esta entidad como "depresión atípica del postparto" (2). Otra característica de este cuadro es que la mujer afectada raramente comenta su estado con los profesionales de la salud, y se esfuerza por seguir desempeñando sus obligaciones de cuidado de sus hijos y marido (3).

Es difícil determinar la prevalencia real de la depresión postparto, porque los estudios difieren demasiado en lo que se refiere a metodología y poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que 10 a 20% de las mujeres que dan a luz son afectadas por esta entidad (4). La depresión postparto es habitualmente subdiagnosticada en centros de atención materno-infantil, pese a que su prevalencia supera la correspondiente a patologías obstétricas como preeclampsia, parto prematuro o diabetes gestacional. Esto es lamentable por que se deja de auxiliar a mujeres que sufren intensamente en una fase crítica de la vida, y por evidencias que señalan que este cuadro es responsable de trastornos de la interacción madre-recién nacido (5), pudiendo causar en los hijos alteraciones psicológicas en el corto y largo plazo (6, 7, 8), además de un mayor riesgo de separaciones y divorcios (9).

Para el diagnóstico de depresión postparto es necesaria una entrevista clínica cuidadosa, cuyo tiempo de duración ha sido estimado en 45 a 60 minutos (10). Resulta evidente que sería impracticable aplicar esta entrevista a todas las parturientas, por lo que es necesario usar alguna prueba de rastreo, que permita seleccionar las madres que necesitarán una evaluación diagnóstica. La prueba más utilizada para ese objetivo es la Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo, que desde su publicación (11) viene siendo empleada y validada en varios países y culturas, y traducida al menos a 23 idiomas diferentes (1).

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia del test positivo para depresión post-

parto según la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, en puérperas atendidas en el Hospital Universitario de Brasilia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo observacional, en el período comprendido entre el 8 de junio y el 8 de diciembre de 2001, para determinar el riesgo de depresión postparto mediante la Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo (EPDS) (11) y que se presenta en Anexo 1. Uno de los autores (AMZ), acudió diariamente a los consultorios de Crecimiento y Desarrollo Pediátrico, donde las mujeres llevan a sus hijos para consulta pediátrica de rutina. Los criterios de inclusión fueron haber resuelto su parto 8 a 12 semanas antes de la entrevista y otorgar consentimiento de participación en el estudio. La evaluación fue ofrecida a un total de 123 mujeres y ninguna rehusó a responderla. El instrumento es de auto-registro, donde se presenta a la puérpera 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de cero a tres puntos de acuerdo a la severidad de los síntomas (ítems 3, 5 -10 tienen puntuación reversa, ejemplo: 3, 2, 1 y 0) de modo que al final de la prueba el puntaje varía entre cero y treinta puntos. Un puntaje igual o superior a 12 se considera como prueba positiva, e indica riesgo para depresión postparto que justifica la realización de una entrevista diagnóstica.

Una vez que la puérpera aceptaba participar era llevada a un consultorio reservado, acompañada solamente por su hijo, donde se obtenían sus antecedentes demográficos, obstétricos, tipo de parto y si el embarazo fue programado o accidental. A continuación eran ofrecidas informaciones sobre como responder el test adecuadamente, enfatizando la libertad de tiempo para su ejecución. Posteriormente el observador salía del consultorio y esperaba el término espontáneo de la prueba. Los resultados fueron analizados al final del estudio.

RESULTADOS

Las características generales de las puérperas se presentan en la Tabla I. De las 123 entrevistadas, 6 habían dejado uno o más ítems sin respuesta, las que fueron excluidas del cálculo de prevalencia. En la muestra de 117 mujeres que respondieron a todos los ítems, la media del puntaje alcanzado fue de 8,3 puntos $\pm$ 5,0 puntos.

Tabla I

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS
PUÉRPERAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO
(n= 123)**

	Media±DS	Rango	Comentarios
Edad (años)	25±6,2	15-44	62% menores de 26 años
Partos	1,6±0,9	1-6	55,3% primíparas
Abortos	1,5±0,8	1-3	19,7% tuvo uno o más abortos
Tiempo desde el último parto (semanas)	8,8±1,3	8-12	73,1% entre 8 y 10 semanas postparto

El puntaje mínimo registrado fue de cero puntos y el máximo de 21 puntos. La prevalencia del test positivo fue 22,2% (Figura 1). La paridad, los antecedentes de aborto y el tipo de parto no influyeron significativamente en la presencia de test positivo (Tabla II). Tampoco el hecho de que el embarazo haya sido programado o accidental influyó de manera significativa la presencia de test positivo (Chi cuadrado: $p= 0,1494$) (Tabla III).

DISCUSIÓN

Este estudio muestra una prevalencia de test de rastreo positivo sorprendentemente alta (22,2%) para un hospital donde el diagnóstico de depresión postparto es realizado con tan poca frecuencia. Teniendo en consideración que no se trata de un método diagnóstico, sino de rastreo, y que el Valor Predictivo Positivo de la EPDS es de 75%, podemos esperar una prevalencia real de depresión postparto en nuestra institución de aproximadamente 16,5%. Este porcentaje se aproxima al límite superior del relatado por otros autores en la literatura internacional, y hace patente el grave problema de subdiagnóstico observado en instituciones de asistencia materno-infantil, principalmen-

Figura 1. Prevalencia del test positivo en 117 puérperas.

Tabla II

**CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES PARIDAD,
NÚMERO DE ABORTOS, TIPO DE PARTO Y
TEST DE RASTREO POSITIVO PARA
DEPRESIÓN POSTPARTO**

	<i>Test negativo</i> (<i>n</i> = 91)		<i>Test positivo</i> (<i>n</i> = 26)		<i>Valor</i> <i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<i>Partos</i>					
Uno	50	78,1	14	21,9	0,9053*
Dos o más	41	77,4	12	22,6	
<i>Abortos</i>					
Ninguno	76	80,0	19	20,0	0,0568*
Uno o más	15	68,2	7	31,8	
<i>Tipo de parto</i>					
Normal	55	76,4	17	23,6	0,5375*
Cesárea	36	80,0	9	20,0	

*No significativo (Chi cuadrado).

te en aquellas en las cuales no se aplica ningún test de rastreo durante el período puerperal. La prevalencia relativamente alta encontrada en este estudio puede ser explicada en parte porque fue realizado en un hospital público, que atiende fundamentalmente personas de bajo nivel socioeconómico, provenientes de áreas urbanas de pobreza, factores reconocidos como de riesgo para depresión postparto (12, 13). También el hecho de que nuestro hospital posea una unidad de terapia intensiva neonatal pudo haber influenciado la prevalencia, ya que hay evidencias de que madres de recién nacidos que estuvieron internados en unidades de terapia intensiva tienen un riesgo mayor de sufrir depresión postparto (14).

Otro hallazgo que llama la atención es que la edad, paridad, antecedentes de aborto o embarazo accidental no hayan demostrado ser factores de riesgo significativos para depresión postparto. Observación similar fue encontrada por otros auto-

Tabla III

**Relación entre programación del embarazo y test
positivo para depresión postparto***

		Test negativo (<12 puntos)	Test positivo (≥12 puntos)	Total
Embarazo programado				
Sí	n (%)	31 (83,8)	6 (16,2)	37 (100)
No	n (%)	59 (75,6)	19 (24,4)	78 (100)
Total	n (%)	90 (78,3)	25 (21,7)	115 (100)

res en la literatura internacional (2, 3, 15), lo que lleva a pensar que un instrumento de rastreo debería ser aplicado a todas las puérperas de forma universal y no restringirlo a poblaciones de supuesto mayor riesgo. Tampoco se recomienda que se intente diagnosticar la depresión postparto de acuerdo a la impresión del profesional de salud o usando preguntas que no sean estructuradas en un test, porque son métodos extremadamente fallibles e ineficaces (16).

El método más adecuado de diagnóstico de la depresión postparto parece ser el realizado en dos etapas: rastreo con un test de auto-aplicación, seguido de entrevista diagnóstica en casos positivos. Para la etapa de rastreo, el uso de la EPDS ha mostrado su utilidad en estudios realizados en varios países y culturas, por lo que debe ser considerada su inclusión en todos los servicios de salud que atienden a puérperas. La introducción de esta escala, de rápida y fácil aplicación, puede hacer visible un contingente de mujeres que sufren sin ningún auxilio en una etapa crucial de sus vidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cox J, Holden J. Perinatal mental health. A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale, London, Gaskell, 2003.
2. Pitt B. "Atypical" depression following childbirth. *Br J Psychiatry* 1968; 114: 1325-35.
3. Cox JL, Connor Y, Kendell RE. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *Br J Psychiatry* 1982; 140: 111-7.
4. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *Inter Review Psychiatry* 1996; 8: 37-54.
5. Livingood AB, Daen P, Smith BD. The depressed mother as a source of stimulation for her infant. *J Clin Psychology* 1983; 39(3): 369-75.
6. Field T M, Sandberg D, Garcia R, Vega-Lahr N, Goldstein S, Guy L. Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology* 1985; 21(6): 1152-6.
7. Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. *Clinical review. B Med J* 1998; 316: 1884-86.
8. Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychology Psychiatry* 2001; 42: 871-89.
9. Boyce P. Personality dysfunction, marital problems and postnatal depression. In: Cox J, Holden J. *Perinatal Psychiatry: Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell, 1994. 82-102.
10. Vieira Filho HG, Zugaib M. Depressão pós-parto. In: Gikovate F (ed). *Entendendo a Mulher... Além da Paciente*. São Paulo: Lemos Editorial, 1999; 141-51.
11. Cox JL, Holden M, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-86.
12. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Research* 2001; 50: 275-85.
13. Cooper PJ, Tomlinson ML, Swartz M, Woolgar L, Molteno C. Post-partum depression and the mother-infant relationship in South African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 554-8.
14. Beck CT. Recognizing and screening for postpartum depression in mothers of NICU infants. *Advances in Neonatal Care* 2003; 3(1): 37-46.
15. Josefsson A, Angelsioo L, Berg G, Ekstrom CM, Gunervik C, Nordin C, Sydsjo G. Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 223-8.
16. Morris-Rush JK, Bemstein PS. Postpartum Depression. *Medscape Ob/Gyn & Women's Health* 7(1), 2002. Disponible en: <<http://www.medscape.com/viewarticle/433013>> Acceso en 03 abr. 2003.

Anexo 1

ESCALA DE EDINBURGO (COX JL, HOLDEN JM, SAGOVSKY R. BR J PSYCHIATRY 1987; 150: 782-6)*

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE la respuesta que más se acerca a como se ha sentido EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS.

-
1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:
0 Tanto como siempre
1 No tanto ahora
2 Mucho menos
3 No, no he podido	6. Las cosas me oprimen o agobian:
0 Sí, casi siempre
1 Sí, a veces
2 No, casi nunca
3 No, nada
2. He mirado el futuro con placer:
0 Tanto como siempre
1 Algo menos de lo que solía hacer
2 Definitivamente menos
3 No, nada	7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
0 Sí, casi siempre
1 Sí, a menudo
2 No muy a menudo
3 No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:
0 Sí, casi siempre
1 Sí, algunas veces
2 No muy a menudo
3 No, nunca	8. Me he sentido triste y desgraciada:
0 Sí, casi siempre
1 Sí, bastante a menudo
2 No muy a menudo
3 No, nada
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:
0 No, nada
1 Casi nada
2 Sí, a veces
3 Sí, a menudo	9. He estado tan infeliz que he estado llorando:
0 Sí, casi siempre
1 Sí, bastante a menudo
2 Sólo ocasionalmente
3 No, nunca
5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:
0 Sí, bastante
1 Sí, a veces
2 No, no mucho
3 No, nada	10. He pensado en hacerme daño a mí misma:
0 Sí, bastante a menudo
1 Sí, a menudo
2 Casi nunca
3 No, nunca
-

* Versión traducida al español por el Departamento de Psicología de la Universidad de Iowa: (mike-ohara@uiowa.edu).