

Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile

Ana María Póo F^{1a}, Claudio Espejo S², Claudia Godoy P^b, Micaela Gualda de la C^b, Tamara Hernández O^b, Claudia Pérez H^b

Prevalence and risk factors associated with postpartum depression in puerperal women consulting in primary care

Background: Mood disorders are common in Chile. Among these, post partum depression (PPD) deranges the maternal and family relationships. **Aim:** To determine the prevalence and risk factors associated with PPD in puerperal women in Temuco, Chile. **Material and methods:** The Edinburgh Postnatal Depression Scale was administered to 73 puerperal women aged 15 to 32 years, between 40 to 45 days after delivery. To detect risk factors, 20 women with and 20 women without post partum depression (PPD) were interviewed and their clinical records were reviewed to assess their perinatal care. **Results:** The prevalence of PPD in the whole sample was 50.7%. The individual psychological risk factors detected were a feeling of discomfort with their body after giving birth, a personal history of mental health problems and a high level of overload associated to child care. An individual physical risk factor was alcohol consumption during pregnancy. Family risk factors were a poor relationship with the father of the child during pregnancy, a history of mental health problems in close family members, a history of family violence and a poor relationship with parents during puerperium. Having more children was a sociodemographic risk factor. **Conclusions:** Postpartum depression is common. The characterization of risk factors should lead to the implementation of preventive strategies (Rev Méd Chile 2008; 136: 44-52).

(Key words: Alcohol drinking; Depression, postpartum; Mental health; Psychology, applied)

¹Departamento de Psicología, Universidad de La Frontera y Centro de Salud de Atención Primaria Villa Alegre. ²Departamento de Salud Mental y Psiquiatría, Universidad de La Frontera y Hospital Hernán Henríquez Aravena.

³Psicóloga, Matrona.

^bLicenciadas en Psicología, Universidad de La Frontera

Correspondencia a: Mg. Ana María Póo Figueroa. Departamento de Psicología. Universidad de La Frontera. Temuco, Chile. Fax: 56-45-341480. E mail: ampoo@ufro.cl

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo, con descenso del humor y tristeza, acompañada de síntomas vegetativos, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales, que persisten por lo menos dos semanas¹.

Los trastornos depresivos constituyen uno de los principales problemas de salud pública en Chile, así se espera que la demanda total por depresión para el año 2007 en atención primaria en salud sea 40% de la prevalencia, correspondiente a 4% hombres y 10% mujeres en población de 15 años y más².

Pérez, señala que la gestación es una etapa de alta incidencia de trastornos depresivos y el puerperio es el periodo de mayor riesgo de depresión en la vida de la mujer³. Según Jadresic, los desórdenes mentales puerperales más frecuentes son: disforia posparto, depresión posparto (DPP) y psicosis posparto⁴.

Si la disforia aumenta en intensidad y se prolonga por más de dos semanas se trata de una DPP, la mayoría de las veces cursa con sintomatología muy similar a la de un episodio depresivo mayor, alcanzando su intensidad máxima generalmente dos a tres meses después del parto. El pronóstico no difiere significativamente de las depresiones no puerperales y, cuando es tratada a tiempo, el pronóstico es bueno⁴.

En cuanto a la prevalencia de DPP, el estudio más representativo realizado en Chile con mujeres de distintos estratos socioeconómicos, arrojó 36,7% para la muestra total y 43,9% para la muestra del estrato socioeconómico bajo⁵.

Respecto a los factores de riesgo asociados, para fines de esta investigación y de acuerdo a lo revisado en la literatura, los principales serían de tipo psicológico, orgánico, familiar y sociodemográfico.

En cuanto a las consecuencias de DPP, éstas no sólo afectan el bienestar y salud de las mujeres, sino que también pueden poner en riesgo el vínculo de apego y la estabilidad familiar, contribuyendo a la aparición de problemas o trastornos en los hijos⁵.

El objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a DPP en puérperas del Centro de Atención Primaria Villa Alegre de Temuco (CVAT).

Hipótesis: H.1. Dado el nivel socioeconómico, según la clasificación que realiza FONASA, la

prevalencia de DPP en puérperas del CVAT es mayor a 36,7%. H.2. Existen factores individuales psicológicos asociados a la presencia de DPP. H.3. Existen factores individuales orgánicos asociados a la presencia de DPP. H.4. Existen factores familiares asociados a la presencia de DPP. H.5. Existen factores sociodemográficos asociados a la presencia de DPP.

MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizó un diseño descriptivo, correlacional, transversal, con información recogida en un periodo de 8 meses. La prevalencia de puérperas con DPP se obtuvo mediante la aplicación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) a una muestra de 73 mujeres (33,3% del universo muestral) entre los 40 y 45 días posparto, en control de planificación familiar. Para identificar los factores de riesgo asociados a DPP, se consideró el total de las puérperas que accedieron a ser entrevistadas en su domicilio, entre el tercer y sexto mes posparto, con lo cual quedó constituida una submuestra de 40 puérperas (G1= 20 puérperas con DPP y G2= 20 puérperas sin DPP). Posteriormente se realizó un análisis correlacional con las pruebas estadísticas t de Student para variables independientes continuas y Chi cuadrado de Pearson (χ^2) para variables independientes discretas.

Instrumentos. Se utilizó la EPDS, ésta es una escala compuesta por 10 ítems, cada uno de ellos con cuatro opciones de respuesta de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas depresivos. Siete de los ítems están formulados de manera directa y los tres restantes de manera inversa, de modo que al final de la prueba el puntaje varía entre 0 y 30. Un ejemplo de ítem es: "En los últimos 7 días: ¿Se ha sentido tan desdichada que ha estado llorando?". La EPDS fue validada en Chile en el año 1995, con un punto de corte 9/10^{6,7}.

Para obtener y sistematizar información sobre factores de riesgo se procedió a la construcción de un cuestionario elaborado por los autores, tomando como referencia la literatura nacional e internacional. El cuestionario fue sometido al arbitrio de jueces expertos, quienes evaluaron la validez de contenido del instrumento. Consta de 3 secciones,

las dos primeras, por medio de preguntas dicotómicas con opciones de respuesta Sí o No y de opción múltiple, recaban información sobre antecedentes demográficos, disfunciones psicosociales, como violencia intrafamiliar, antecedentes mórbidos personales y familiares, historia obstétrica, parto y puerperio inmediato. Una parte importante de esta información se obtiene de la ficha clínica y de la ficha de control de embarazo. La última sección con formato de respuesta tipo Likert y de opción múltiple, indaga la percepción de la puérpera respecto de dimensiones psicológicas individuales, relaciones con su familia de origen, con el padre del último hijo y con su bebé (Anexo D).

En relación a los resguardos éticos se dispuso de dos protocolos de consentimiento informado, expresados verbalmente, uno para la administración de la EPDS y revisión de ficha clínica y obstétrica; y otro para responder al cuestionario aplicado en la visita domiciliaria. Se insistió en el carácter voluntario de la participación y en la confidencialidad de las respuestas.

RESULTADOS

Los antecedentes sociodemográficos se describen fundamentalmente en relación a las submuestras, puesto que esta información fue utilizada para determinar asociación de riesgo entre las variables estudiadas y DPP (Tabla 1).

La prevalencia de DPP fue 50,7%.

En cuanto a factores de riesgo, resultaron significativos (con un valor $p \leq 0,05$):

1. A nivel individual psicológico: Antecedentes de trastornos de salud mental personales ($p = 0,004$); nivel de sobrecarga experimentado por los cuidados del bebé ($p = 0,02$); y sensación respecto al cuerpo posterior al parto ($p = 0,04$) (Tabla 2).

En cuanto a la variable Antecedentes de trastornos de salud mental personales, 45% de G1 señaló haber tenido síntomas depresivos con anterioridad al último embarazo, frente a 10% de G2. Las puérperas de G2 no presentan antecedentes respecto a cuadros depresivos anteriores, en comparación con 15% de G1 que respondió positivamente frente a esta variable. En relación a la variable Nivel de

sobrecarga experimentado por los cuidados del bebé, de G1 10% indicó que fue bajo, 25% moderado, 25% alto y 40% muy alto. De G2, 15% indicó que fue bajo, 60% moderado, 15% alto y 10% muy alto.

En cuanto a la variable Sensación respecto al cuerpo posterior al parto, 60% de G1 manifestó sentirse disconformes, en comparación con 25% de G2. De G1, 25% señaló sentirse conforme, frente a 65% de G2. Las restantes, tanto de G1 como de G2 manifestaron sentirse indiferentes.

2.- A nivel de factores individuales orgánicos: Consumo de alcohol durante el embarazo ($p = 0,04$), 20% de G1 señaló haber consumido, y 100% de G2 manifestó no haber consumido (Tabla 3).

3.- A nivel de factores familiares: Antecedentes de violencia intrafamiliar ($p = 0,02$); Calidad de la relación con el padre del último hijo, durante el embarazo ($p = 0,03$); Calidad de la relación con los padres en el puerperio ($p = 0,03$); y Antecedentes de trastornos de salud mental en familiares de primer grado ($p = 0,03$), (Tabla 4). De G1, 35% señaló tener Antecedentes de violencia intrafamiliar, frente a 5% de G2. Dentro de esta variable se incluye todo tipo de conductas percibidas por la puérpera como maltrato que afecta su vida o su integridad física o psíquica ejercido por quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge o una relación de convivencia; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive.

En cuanto a la variable Calidad de la relación con el padre del último hijo, durante el embarazo, de G1 25% declaró que fue muy mala, 5% mala, 20% regular, 30% buena y 20% muy buena. De G2, 5% declaró que fue muy mala, 10% regular, 55% buena y 30% muy buena. Respecto a la variable Calidad de la relación con los padres en el puerperio, de G1 5% indicó que es muy mala, 25% regular, 45% buena y 25% muy buena. De G2 10% indicó que es regular, 35% buena y 55% muy buena. Al preguntar por Antecedentes de trastornos de salud mental, 40% de G1 señaló tener familiares de primer grado que habían padecido cuadros depresivos, 10% síntomas depresi-

Anexo I
Cuestionario Factores de Riesgo Asociados a Depresión Posparto

N° Ficha: _____	Fecha: _____
<p>SECCIÓN I <i>Antecedentes personales</i> Edad actual ____ años Estado civil Casada ____ Soltera ____ Separada ____ Viuda ____ Convive ____ Pareja estable sí ____ no ____ Vive sola sí ____ no ____ Escolaridad ____ años aprobados Trabaja sí ____ no ____ Uso de anticonceptivos sí ____ no ____</p> <p><i>Antecedentes familiares</i> Alcoholismo de la pareja sí ____ no ____ Alcoholismo familia sí ____ no ____ Cesantía de padres o pareja sí ____ no ____ VIF (en el hogar) sí ____ no ____</p> <p>SECCIÓN II <i>Antecedentes de embarazos anteriores</i> N° de embarazos anteriores ____ Abortos sí ____ no ____ Tipo de aborto Espontáneo ____ Inducido N° hijos vivos ____ N° hijos sanos ____ Hijo con enfermedad mental sí ____ no ____ Hijo con enfermedad física crónica sí ____ no ____</p> <p><i>Antecedentes del último embarazo</i> Deseado sí ____ no ____ Aceptado sí ____ no ____ Dificultad para concebir sí ____ no ____ Embarazo múltiple sí ____ no ____ Trabajó sí ____ no ____ Fumó sí ____ no ____ Consumió alcohol sí ____ no ____ Consumió drogas sí ____ no ____ Normal ____ Patológico ____</p> <p><i>Antecedentes del parto</i> De término ____ Prematuro ____ Vaginal ____ Cesárea ____ Fórceps ____</p> <p><i>Antecedentes del puerperio</i> Endometritis ____ mastitis ____ infección en la episiotomía ____ anemia ____ otra ____</p> <p><i>Antecedentes del Recién Nacido (RN)</i> Complicaciones neonatales sí ____ no ____ Hospitalización del RN sí ____ no ____ Patología del RN sí ____ no ____ Problema de lactancia sí ____ no ____ Lactancia exclusiva sí ____ no ____</p> <p><i>Antecedentes de morbilidad orgánica</i> Antecedentes personales: Patología crónica sí ____ no ____ Hipotiroidismo ____ Otro ____ Discapacidad física sí ____ no ____ Antecedentes familiares (de primer grado): Patología crónica sí ____ no ____ Discapacidad física sí ____ no ____</p> <p><i>Antecedentes de trastornos de salud mental</i> Antecedentes personales Síntomas depresivos anteriores ____ Cuadros depresivos anteriores ____ Trastorno bipolar ____ Otros ____</p>	<p><i>Antecedentes familiares (de primer grado)</i> Síntomas depresivos anteriores ____ Cuadros depresivos anteriores ____ Otros ____</p> <p>SECCIÓN III <i>Antecedentes psicológicos individuales y relacionales</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Calidad de relación con los padres durante el embarazo muy buena ____ buena ____ regular ____ mala ____ muy mala ____ 2.- Actual calidad de relación con los padres muy buena ____ buena ____ regular ____ mala ____ muy mala ____ 3.- Calidad de relación con el padre del último hijo durante el embarazo muy buena ____ buena ____ regular ____ mala ____ muy mala ____ 4.- Actual calidad de relación con el padre del último hijo muy buena ____ buena ____ regular ____ mala ____ muy mala ____ 5.- ¿A quién(es) dedicaba más tiempo antes de tener a su hijo? su(s) hijo(s) ____ sus padres ____ su pareja ____ otros ____ () 6.- ¿A quien(es) ha dedicado más tiempo después de tener a su hijo? su(s) hijo(s) ____ sus padres ____ su pareja ____ otros ____ () 7.- ¿Cómo se consideraba usted antes de tener al bebé? madre ____ esposa/pareja ____ hija ____ 8.- ¿Cómo se considera usted después de tener al bebé? madre ____ esposa/pareja ____ hija ____ 9.- En los primeros días luego de su parto ¿Cómo se sentía respecto a la maternidad? preparada ____ no preparada ____ no sabe ____ 10.- La reacción de sus cercanos para con usted luego del nacimiento de su bebé fue: indiferente ____ grata ____ no grata ____ 11.- ¿Siente que ha recibido apoyo desde el nacimiento de su hijo(a)? sí ____ no ____ 12.- Si la respuesta es sí: ¿de quién? Amigos ____ familia ____ pareja ____ otros ____ () 13.- Luego del la salida del bebé en el parto, usted : Extrañaba tener a su bebe en el útero ____ No extrañaba tener a su bebe en el útero ____ 14.- De las siguientes emociones: ¿Cuál predominó después del parto? Alegría ____ Tristeza ____ Rabia ____ Miedo ____ Confusión ____ 15.- ¿Cómo se siente con su cuerpo? conforme ____ disconforme ____ indiferente ____ 16.- ¿Reanudó su vida sexual? sí ____ no ____ 17.- ¿Cómo se siente al respecto? ansiosa ____ tranquila ____ indiferente ____ 18.- Comportamiento del recién nacido muy tranquilo ____ tranquilo ____ inquieto ____ muy inquieto ____ 19.- ¿Cómo ha sido la lactancia para usted? Agradable ____ desagradable ____ indiferente ____ 20.- Nivel de estrés (sobrecarga) experimentado en los cuidados del niño muy alto ____ alto ____ moderado ____ bajo ____ muy bajo ____ 21.- ¿Cómo considera que fue el tiempo que estuvo con su bebé durante los primeros días posparto? suficiente ____ insuficiente ____ excesivo ____ 22.- ¿Hubo reacción de celos de los hermanos con la llegada de su bebé? no ____ sí ____

Tabla 1. Características sociodemográficas

Criterio	Grupo 1 Con DPP (n 20)	Grupo 2 Sin DPP (n 20)	Muestra total (n 73)
Promedio de edad (años)	23,3 (rango entre 15-32)	20,8 (rango entre 15-30)	23,3 (rango entre 15-32)
Promedio escolaridad aprobada	11,3 años	10,8 años	11 años
Nivel socioeconómico de acuerdo Fonasa	A	50%	71%
	B	40%	14,5%
	C	5%	8%
	D	5%	6,5%
Estado civil	Casada	40%	-
	Soltera	30%	-
	Convive	20%	-
	Separada	10%	-
Primigesta	50%	80%	-
Embarazo deseado	55%	40%	-
Embarazo normal	75%	95%	-
Parto eutócico	84,2%	70%	-

Tabla 2. Factores de riesgo individuales psicológicos asociados a DPP

Factores de riesgo	χ^2	Valor p	t Student	Valor p
Sensación respecto a su cuerpo posterior al parto	6,64	0,04*		
Trastornos de salud mental	11,3	0,004*		
Emoción predominante después del parto	7,24	0,07		
Embarazo aceptado	1,03	0,31		
Embarazo deseado	0,9	0,34		
Trabaja durante el embarazo	0,63	0,43		
Dedicación de tiempo antes de tener al bebé	2,73	0,44		
Dedicación de tiempo después de tener al bebé	2,11	0,35		
Consideración de sí misma antes de tener al bebé	3,67	0,16		
Consideración de sí misma después de tener al bebé	0	1		
Sentimientos en los primeros días posparto respecto a la maternidad	1,04	0,59		
Sensación frente a la salida del bebé en el parto	1,6	0,21		
Sensación respecto a la reanudación de la actividad sexual	1,18	0,56		
Percepción de la lactancia	1,2	0,55		
Consideración del tiempo que estuvo con el bebé los primeros días posparto	0,18	0,92		
Apoio percibido durante el puerperio	-	-		
Percepción de la reacción de familiares frente a la llegada del bebé	2	0,37		
Nivel de sobrecarga por los cuidados del niño			-2,5	0,02*

*Significativo

vos, 10% otro trastorno, y de G2 10% señaló tener familiares de primer grado con cuadros depresivos y 5% con otro trastorno.

4.- A nivel de factores sociodemográficos: Núme-

ro de hijos anteriores (p =0,03). De G1, 50% no tiene hijos anteriores, 35% un hijo, 10% dos hijos y 5 % cuatro hijos. De G2, 80% no tiene hijos anteriores y 20% un hijo (Tabla 5).

Tabla 3. Factores de riesgo individuales orgánicos asociados a DPP

Factores de riesgo	χ^2	Valor p
Consumo de alcohol durante el embarazo	4,44	0,04*
Uso de anticonceptivos antes del embarazo	0,1	0,75
Antecedentes de abortos	2,06	0,15
Dificultad para concebir	0	1
Fumó durante el embarazo	0,17	0,68
Consumo de drogas durante el embarazo	-	-
Patologías durante el puerperio	4	0,14
Tipo de parto	2,25	0,32
Finalización del embarazo	3,09	0,08
Tipo de embarazo	3,14	0,08
Problema de lactancia	0,35	0,56
Lactancia exclusiva	0,69	0,41
Antecedentes de morbilidad	0,48	0,79
Discapacidad física	-	-
Reanudación de la actividad sexual	0,53	0,47
Embarazo múltiple	-	-

* Significativo

Tabla 4. Factores de Riesgo Familiares estudiados asociados a DPP

Factores de riesgo	χ^2	Valor p	t Student	Valor p
Morbilidad física en familiares de primer grado	0,11	0,74		
Discapacidad física en familiares de primer grado	0	1		
Principal fuente de apoyo durante el puerperio	1,27	0,53		
Reacción de celos de otros hijos	0,23	0,63		
No co-habita con otro adulto	2,11	0,15		
Pareja estable actualmente	2,05	0,15		
Trastornos de salud mental en familiares de primer grado	9,17	0,03*		
Violencia intrafamiliar	5,63	0,02*		
Alcoholismo de la pareja	0,63	0,43		
Alcoholismo en la familia	1,13	0,29		
Hijo(s) con enfermedad mental	1,03	0,31		
Hijo(s) con enfermedad física crónica	2,1	0,15		
Complicaciones neonatales	0,78	0,38		
Hospitalización recién nacido	2,06	0,15		
Patología del recién nacido	0,23	0,63		
Calidad de relación con los padres durante el embarazo			1,93	0,06
Actual calidad de la relación con los padres en el puerperio			2,23	0,03*
Calidad de la relación con el padre del último hijo durante el embarazo			2,27	0,03*
Actual calidad de la relación con la pareja			1,82	0,08
Comportamiento del recién nacido			0,50	0,61

* Significativo

Tabla 5. Factores de Riesgo Sociodemográficos asociados a DPP

Factores de riesgo	χ^2	Valor p	t Student	Valor p
Estado civil	3,9	0,27		
Trabaja actualmente	1,56	0,21		
Cesantía padres o pareja en posparto	1,03	0,31		
Edad de la puérpera	0,17	0,68		
Años de escolaridad aprobados			-0,75	0,45
Número de hijos anteriores			-2,23	0,03*

* Significativo

DISCUSIÓN

La prevalencia de DPP obtenida en la investigación fue 50,7%, confirmándose la H.1, este valor es mayor que 36,7%, dato de prevalencia más representativo en Chile para población general y se asemeja a la obtenida en el estrato socioeconómico bajo (43,9%)⁵. Es dos veces más probable encontrar una puérpera deprimida en un consultorio público que en una clínica privada^{5,8-11}.

En cuanto a los factores de riesgo, en este estudio se encontró que existen factores individuales psicológicos (H.2), individuales orgánicos (H.3), familiares (H.4) y sociodemográficos (H.5) estadísticamente significativos asociados a DPP, por lo cual se cumplieron las demás hipótesis propuestas.

Puede explicarse que la sensación de disconformidad respecto al cuerpo posterior al parto, resulte un factor de riesgo, dado que una importante fuente de ansiedad surge en relación a la imagen corporal, lo que puede generar una disminución de la autoestima¹². Además, actualmente la mujer ha adquirido mayor protagonismo en la sociedad, y las exigencias a las que se ve expuesta han ido aumentando, como la sobrevaloración del aspecto físico, que se puede ver reflejada en la alta disconformidad respecto de su cuerpo encontrada en las puérperas.

Por otra parte, un mayor nivel de sobrecarga experimentado en los cuidados del bebé, resulta ser un factor de riesgo asociado a la posibilidad de presentar DPP, puesto que un mayor nivel de estrés, se asocia a mayores niveles de sintomatología de DPP¹⁴, y las nuevas exigencias, como las demandas de alimentación y cuidados del recién

nacido, la hacen más propensa a tener alteraciones del sueño, síntoma característico de DPP⁴.

El tener antecedentes personales de sintomatología depresiva o trastornos del ánimo, correlaciona con la posibilidad de desarrollar DPP, lo que respalda diversas investigaciones¹⁵⁻¹⁸.

Respecto a los factores individuales orgánicos, a diferencia de lo planteado en la literatura^{19,20}, se encontró que el consumo de alcohol durante el embarazo sí es un factor de riesgo de DPP. La ingesta de alcohol en el período de gestación, podría estar relacionada con la manifestación de sentimientos de culpa o temor de que el niño tenga alguna malformación, sintomatología característica de DPP⁴.

En relación a factores familiares, el tener antecedentes de trastornos del ánimo en familiares de primer grado, aumenta las probabilidades de desarrollar DPP²¹, lo cual fue corroborado en el presente estudio. Se puede inferir, que el componente biológico hereditario o interacciones con estas personas, serían un antecedente de riesgo para desarrollar DPP.

Los hallazgos de esta investigación amplían el foco de que las disfunciones en la relación de pareja predisponen a desarrollar DPP^{8,10,15,16,21-25}, puesto que informan que experiencias de violencia intrafamiliar actuales o pasadas, experimentadas de manera directa o indirecta no sólo entre la mujer y su pareja, tendrían repercusiones en la mujer para desarrollar DPP. La mala calidad de la relación con el padre del último hijo durante el embarazo, resultó ser un factor de riesgo para presentar DPP.

Además, una mala calidad en la relación con los padres en el puerperio, resultó ser un factor de

riesgo para desarrollar DPP. Lo que coincide con otras investigaciones que plantean que problemas actuales con los padres y recibir escaso apoyo por parte de ellos después del parto, tanto en aspectos prácticos como emocionales, se asocia con la aparición de DPP^{11,14-16,26,27}.

En cuanto a los factores sociodemográficos asociados a DPP, a pesar que algunas investigaciones señalan que el tener tres o más hijos es un factor de riesgo para padecer DPP^{5,8,19,20}, en este estudio sólo aparece como significativo el tener hijos anteriores. Esto podría deberse a que tener más de un hijo, implica que la madre disponga de los mismos recursos personales para realizar más labores, tanto con el recién nacido como con los hijos anteriores. Además, al pertenecer al estrato socioeconómico bajo, se puede inferir que al poseer menos recursos económicos, la llegada de un nuevo hijo implica redistribuir el presupuesto familiar.

Cabe mencionar que en los hallazgos de este estudio, la mayor cantidad de factores que aparecen como asociados a la posibilidad de presentar DPP, son de tipo familiar. Por lo tanto, si se considera a la familia como el primer agente socializador, y luego la pareja que pasa a formar parte de este entorno, son las interacciones que ocurren en dicho ámbito los que tendrían mayor repercusión en la afectividad de la mujer a lo largo de su vida, en especial en períodos de mayor sensibilidad como lo son el embarazo y el puerperio.

Considerando que la DPP ocasiona consecuencias personales y familiares negativas, uno de los hechos que más ha llamado la atención a quienes han investigado el tema, es que los profesionales de la salud no diagnostiquen este trastorno a pesar del contacto regular que tienen

con las madres²⁷. También en la literatura existen antecedentes que la DPP, además de ser subdiagnosticada, es de tratamiento incompleto y las mujeres no consultan, todo esto se ve aumentado en el nivel socioeconómico bajo². Es por esto que resulta fundamental detectar a tiempo los casos de DPP, ya que el pronóstico mejora cuando ésta es tratada a tiempo⁴. Los aportes de esta investigación radican en la importancia de considerar la DPP como un problema de salud mental específico en el Sistema de Salud en Chile, debido a la alta prevalencia y las consecuencias que conlleva^{5,29}. La identificación de los factores asociados permite detectar la población en riesgo y diseñar estrategias de prevención pertinentes. Se considera relevante implementar la aplicación de la EPDS en Atención Primaria, ya que es una alternativa eficiente para diagnosticar DPP, posibilitando la detección precoz y la intervención temprana.

La limitación de la investigación, radica en que la posibilidad de generalizar los resultados disminuye, ya que el muestreo realizado fue de carácter intencional, por lo que no representa a la población en su totalidad.

Para líneas de investigación futura, se sugiere estudiar la DPP desde una perspectiva fenomenológica, esto permitirá un acercamiento global y comprensivo de esta realidad, basándose en las expresiones subjetivas de los significados entregados por las propias participantes de forma activa, vivencial y reflexiva.

Agradecimientos

A las matronas del Centro de Atención Primaria Villa Alegre de Temuco que nos facilitaron el acceso a la muestra y aplicaron el EPDS para ejecutar el estudio.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud de Chile. Garantías explícitas en salud. Guía clínica: Depresión en personas de 15 años y más. Ministerio de Salud de Chile 2006. Disponible en: www.minsal.cl [Consultado en abril de 2006].
2. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones programáticas 2007. Anexo N° 2 Rol de APS en GES. Ministerio de Salud de Chile. Disponible en: www.minsal.cl [Consultado en febrero de 2007].
3. PÉREZ J. Trastornos del ánimo, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, Universidad de Chile. 2005. Disponible en www.med.uchile.cl [Consultado en abril de 2005].
4. JADRESIC E. Trastornos depresivos posparto. En: Correa E, Jadresic E, eds. *Psicopatología de la Mujer*. Santiago: Editorial. Mediterráneo, 2005; 159-75.
5. JADRESIC E, ARAYA R. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Méd Chile* 1995; 123: 694-9.

6. 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. [Medline]
7. JADRESIC E, ARAYA R, JARA C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995; 16: 187-91. [Medline]
8. ALVARADO R, ROJAS M, MONARDES J, NEVES E, OLEA E, PERUCCA E ET AL. Cuadros depresivos en el posparto y variables asociadas en una cohorte de 125 mujeres embarazadas. *Rev Psiquiat* 1992; 3: 1168-76.
9. AUGUSTO A, KUMAR R, CALHEIROS JM, MATOS E, FIGUEIREDO E. Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med* 1996; 26: 135-41.
10. BECK C. Revisión de los predictores de depresión posparto. *J Obst Gyn Neonat Nurs* 2002; 31: 3394-4025.
11. FRIZZO G, PICCININI C. Mother-baby interaction in the context of maternal depression: theoretical and empirical issues. *Psicología em Estudo* 2005; 10: 47-55. Disponible en: www.scielo.br [Consultado en octubre de 2006].
12. SOIFER R. *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Ediciones Kargleman, Buenos Aires, 1987.
13. BROCKINGTON I. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos posparto: Una revisión. *World Psychiatry* 2004; 2: 89-95.
14. CUTRONA C. Causal attributions and perinatal depression. *J Abnorm Psychol* 1983; 92: 161-71.
15. BUSQUETS E. Diferencias de género en el trastorno depresivo mayor. *Revista Electrónica de Psiquiatría* 1999; 2: 4-27. Disponible en www.psiquiatria [Consultado en abril de 2006].
16. GÓMEZ M. Patología psiquiátrica en el puerperio. *Rev Neuropsiquiatr* 2002; 65: 32-46.
17. JADRESIC E. Depresión posparto: Aspectos antropológicos y transculturales. *Psykhé* 1996; 2: 149-57.
18. RAPAPORT E, FLORENZANO R. Enfermedades psiquiátricas y aspectos psicológicos del estado grávido-puerperal. En: Pérez Sánchez A, ed. *Obstetricia*. Santiago: Editorial Mediterráneo, 1999: 820-31.
19. HASBÚN J, RISCO L, JADRESIC E, GALLEGUILLO T, GONZÁLEZ M, GARAY J. depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1999; 64: 466-70.
20. 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.
21. O'HARA M, NEUNABER D, ZEKOSKI E. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *J Abnorm Psychol* 1984; 93: 158-71.
22. BRAVERMAN J, ROUX JF. Screening for the patient at risk for postpartum depression. *Obstet Gynecol* 1978; 52: 731-6. [Medline]
23. EVANS G, VICUÑA M, MARÍN R. Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003; 6: 491-4.
24. KUMAR R, ROBSON KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 35-47. [Medline]
25. WATSON J, ELLIOT SA, RUGG AJ, BROUGH DI. Psychiatric disorders in pregnancy and the first postnatal year. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 453-62.
26. STERN G, KRUCKMAN L. Multi-disciplinary perspectives on postpartum depression: An anthropological critique Social. *Sci Med (Phila)* 1983; 17: 1027-41.
27. JADRESIC E. Depresión posparto. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1990; 28: 147-58.
28. GARCÍA-ESTEVE L, ASCASO C, OJUEL J, NAVARRO P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord* 2003; 75: 71-76.
29. ROJAS G, FRITSCH R, SOLÍS J, GONZÁLEZ M, GUAJARDO V, ARAYA R. Calidad de vida en mujeres deprimidas en el posparto. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 713-20.