

TAMIZAJE PARA DEPRESIÓN POSTPARTO APLICADO A LA POBLACIÓN PUÉRPERA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD

Carlos José Zhuzhingo -Vásquez¹; Yasmín del Cisne Peñaloza - Buele²; José Ajlla-Vacacela ³; Carlos Eduardo Aguirre-Carrión ⁴
(Recibido en agosto 2018, aceptado en septiembre 2018)

¹Universidad de Navarra, Departamento de farmacología y toxicología, Pamplona- Navarra- España, Zip Code 31009, Médico-Universidad Técnica de Machala, Investigación Biomédica especialidad en Neurociencia y Cognición-Universidad de Navarra. ²Hospital del Teófilo Dávila de Machala, Médico General en Funciones Hospitalarias, Machala- El Oro-Ecuador, ZIP Code 070102, Médico-Universidad Técnica de Machala. ³Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Médico General en Funciones Hospitalarias, Machala- El Oro-Ecuador, ZIP Code 070102, Médico-Universidad Técnica de Machala. ⁴Hospital del Teófilo Dávila de Machala, Médico General en Funciones Hospitalarias, Machala- El Oro-Ecuador, ZIP Code 070102, Médico-Universidad Técnica de Machala.

¹czhuzhingo@alumni.unav.es; ²yas_cis19@hotmail.com; ³pepe_av329@hotmail.com;
⁴krtos_edu_1992@hotmail.com

Resumen: La Depresión Postparto constituye un problema para la salud pública, cuya prevalencia real es aún desconocida. Puede aceptarse que 10 a 20% de las púerperas son afectadas por esta entidad clínica a nivel mundial. La escasa información científica que existe en nuestro país sobre este trastorno, permiten el subdiagnóstico o la confusión con otras patologías. El objetivo del presente estudio es evidenciar la prevalencia real de este trastorno. Mediante la aplicación de escala de Edimburgo para DPP se realiza un estudio analítico, transversal y correlacional con los factores de riesgo para desarrollar la enfermedad. Se encontró una prevalencia del 27 % (50 casos), de un total de 182 púerperas que dieron positivo a la aplicación del test. Se crea la variable “madre soltera”, “adolescencia”, “alteración del estado del ánimo”, “patologías del recién nacido” que no requieren hospitalización, “analfabetismo”, “Violencia intrafamiliar” en las cuales no se obtiene significancia estadística. Las variables “Primigesta” (p=0,000), “Cesárea” (p=0,000), “Enfermedades del puerperio” (p=0,031), “Hospitalización de la púerpera” (p=0,031), “Hospitalización del RN” (p=0,000), ponen en evidencia el aumento del riesgo para DPP. Se concluye que la DPP una problemática muy frecuente que requiere mayor control mediante el uso de medidas óptimas para tamizaje diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Palabras Clave: Trastornos puerperales; Depresión postparto; Escala de depresión posnatal de Edimburgo; Salud maternal.

SCREENING FOR POSTPARTUM DEPRESSION APPLIED TO THE PUERPERAL POPULATION OF THE FIRST LEVEL OF HEALTH CARE

Abstract: Postpartum Depression is a problem for public health, whose real prevalence is still unknown. It can be accepted that 10 to 20 % of puerperal women are affected by this clinical entity worldwide. The scarce scientific information that exists in our country about this disorder, allows the underdiagnosis or confusion with other pathologies. The objective of the present study is to show the real prevalence of this disorder. Through the application of the Edinburgh scale for DPP an analytical, cross-sectional and correlational study is carried out with the risk factors to develop the disease. A prevalence of 27 % (50 cases) was found, out of a total of 182 puerperal women who tested positive for the test. The variable “single mother” is created, “adolescence”, “Altered mood”, “Pathologies of the newborn” that do not require hospitalization, “illiteracy”, “family violence” in which no statistical significance is obtained. The variables “Primigesta” (p = 0.000), “Cesarean section” (p = 0.000), “Puerperium diseases” (p = 0.031), “Hospitalization of the Puerperium” (p = 0.031), “Hospitalization of the RN” (p = 0.000), they highlight the increased risk for PPD. It is concluded that PPD is a very frequent problem that requires greater control through the use of optimal measures for diagnostic screening, treatment and follow-up.

Keywords: Puerperal disorders; Depression postpartum; Edinburgh postnatal depression scale; Maternal health.

Introducción

En las próximas décadas se tendrán cambios significativos en las necesidades en salud en la población mundial. La carga de las enfermedades mentales tal como la depresión, el alcoholismo y la esquizofrenia, ha sido seriamente desatendida por las aproximaciones tradicionales de los profesionales de la salud quienes tienen en cuenta la mortalidad y no la discapacidad, (Canaval, González, Schallmoser, Tovar, y Valencia, 2000).

Los trastornos depresivos afectan a millones de personas en el mundo, con una mayor incidencia en las mujeres (Cruz, 2014). El embarazo es una etapa de la vida que se asocia a consecuencias biológicas, psicológicas y sociales negativas tanto para la madre como para el hijo, mismo que predispone a mayor riesgo para desarrollar depresión en etapas posparto (DPP), (Vera Muñoz, E, Soledad, y Varela Guzmán, 1999). Incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición (DSM-5) bajo la denominación de "trastorno depresivo durante el período perinatal". Se asocia a suicidio y filicidio; el primero es una de las causas más importantes de muerte materna durante el período perinatal, (Caparros- González et al., 2018; Gressier et al., 2017).

La depresión posparto (DPP) es una condición seria, frecuente y con repercusiones no sólo a corto plazo. La mayoría de las mujeres padece la enfermedad por más de 6 meses y si no son tratadas, 25% puede persistir con síntomas aun al año de evolución (Castañón S y Pinto L, 2008a; Gregoire, Kumar, Everitt, Henderson, y Studd, 1996). Además, tendrán un mayor riesgo de recurrencia de estos episodios en embarazos subsecuentes (1:3 a 1:4), incluso más severos, (Castañón S y Pinto L, 2008a; Hamilton, 1989).

La depresión materna a lo largo del año posterior al parto es una complicación frecuente (21,9 %) sin embargo, su diagnóstico y tratamiento son notablemente

inferiores (10-14 %) incluso respecto a la población general (26 %) (Lasheras, Sender, y Serra, 2014). Canaval (2000) considera que la depresión en las mujeres puede ser una respuesta psicológica y física compleja frente a las demandas de la vida diaria de muchas mujeres; sin embargo, en muchas culturas se le da poca atención, los signos de depresión son vistos como normales o como un tabú, (Canaval et al., 2000).

La depresión posparto (DPP) constituye un verdadero problema de salud pública. Se asocia a elevados costos directos e indirectos por morbilidad, constituyéndose en la segunda causa de AVISA (años de vida saludable perdidos por discapacidad y muerte prematura) en el sexo femenino, (Vitriol G, Cancino A, Florenzano U, Ballesteros T, y Schwartz P, 2010); además afecta la calidad de vida de las madres, su capacidad de vinculación con el recién nacido y el desarrollo infantil, (Rojas et al., 2015). Las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y que los consideran más difíciles de criar que las madres controles no deprimidas, (Enrique Jadresic, 2014).

"Es bien sabido que en todos los campos de la medicina hay que actuar en función de la ciencia y el arte del diagnóstico y tratamiento, la depresión posparto no escapa a ello, por lo que ha sido definida como cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento empieza entre las cuatro a seis semanas de posparto, 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 embargo, la depresión posparto posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica", (Navarrete y López, 2013).

La medicina propone como concepción fundamental la visión integral del paciente; por lo que se atribuye esta responsabilidad

a los equipos de salud vinculados a la atención primaria de las púerperas. Resulta fundamental para el personal de salud estar preparados para reconocer estados de depresión postparto y en caso de confirmar su diagnóstico poder establecer medidas terapéuticas eficaces e integrales acorde a las necesidades específicas de cada paciente.

En base a estos antecedentes el presente estudio se plantea como objetivo principal poner en evidencia la prevalencia real de este trastorno, mediante la aplicación de escala validada de alta eficacia para DPP. También se plantea la necesidad de determinar los factores de riesgos más comunes, con la finalidad de establecer medidas de promoción y prevención que traten de solventar las falencias que predisponen a padecer la enfermedad. Esta investigación busca consolidar bases fundamentales del comportamiento esta entidad patológica, lo cual permita optimizar las medidas de detección precoz y fortalecer los factores protectores que eviten el desarrollo de la enfermedad y así como también establecer medidas de control sobre sus posibles complicaciones.

Metodología

Tipo de estudio: se realiza un estudio analítico, transversal y correlacional mediante la aplicación de escala de tamizaje para DPP y la recolección de datos de interés, considerados como potenciales factores de riesgo de la población púerpera para desarrollar la enfermedad en los que se analizan y establecen las relaciones hipotéticas entre variables. Siendo estos resultados los que pongan en evidencia la prevalencia real de la enfermedad y el grado de asociación estadística frente a los factores de riesgo analizados.

Población: la presente investigación se realizó en el área de consulta externa de ginecología y obstetricia del centro anidado del primer nivel de atención pública San

Vicente de Paul del Cantón Pasaje, Provincia de El Oro, Distrito 07D01, zonal 7-MSP. Se efectuó un muestreo por conveniencia no probabilístico en el que se obtuvo la participación de 182 pacientes en puerperio quienes cursaban la sexta a octava semana postparto; fechas estimadas recomendadas para obtener mayor eficacia para tamizaje de DPP (Gavin et al., 2005). Se incluyeron a pacientes de todas las edades, quienes aceptaron participar en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado. Se excluyeron los pacientes que no sabían leer ni escribir y los que tenían alguna discapacidad física o mental.

Instrumento

La Escala de Edimburgo para Depresión Postparto (EPDS), instrumento de auto reporte, el cual ha sido validado en múltiples países, estimándose una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de 82% para evaluar la intensidad de la depresión durante el posparto (Urdaneta et al., 2010). Ha sido validada en diversos países y culturas, incluyendo Chile, logrando su mayor sensibilidad con un punto de corte 9/10, constituyendo el punto de corte más apropiado para estudios de tamizaje (Castañón y Pinto, 2008b).

Este instrumento consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas de modo que al final de la prueba el puntaje varía entre 0 a 30 puntos (Urdaneta M et al., 2010). Una puntuación de 10 muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EDPE (Escala para Depresión Postparto de Edimburgo) está diseñada para asistir al juicio clínico. "Los autores proponen el punto de corte 9-10 para la clasificación de estado depresivo" (Vega-

Dienstmaier, Mazzotti Suarez, y Campos Sanchez, 2002).

Se diseñó para la entrevista un cuestionario en donde se consignó la edad, paridad, antecedentes médicos relevantes, patología durante el embarazo, tipo de parto, prematuridad, patologías del recién nacido o lactante que requirieron hospitalización o estudio, antecedentes personales o familiares (de primer grado) de depresión, estado civil, consumo de alcohol o drogas; mismos datos que serán utilizados para las correlaciones de variables en estudio

Análisis Estadístico: se realizó un análisis entre las variables en estudio, estableciéndose el nivel de significancia estadística en aquellas pacientes con tamizaje positivo para depresión postparto mediante la aplicación de escala de Edimburgo frente a los factores de riesgos asociados. Las diferencias significativas fueron reveladas bajo el criterio estadístico de $p < 0,05$ para el análisis de riesgo; se realizó un análisis de regresión logística usando la presencia de depresión

como variable dependiente y los factores de riesgo biológicos, sociales y psicológicos como variables independientes. Los datos fueron analizados con el software IBM SPSS Statistics 22.0 bajo licencia oficial.

Resultados

Se obtuvo una tasa de respuesta del 100% de las mujeres entrevistadas (182 puérperas), en edades comprendidas entre los 13 y 39 años (Media: 21 años). No se reportaron antecedentes de depresión postparto, hábitos tóxicos, antecedentes personales o familiares que guarden relación directa con la enfermedad en estudio.

Luego de la aplicación de la escala de depresión postparto de Edimburgo se determina que del total de puérperas (182 mujeres), el 27% (50 casos) dieron positivo a la aplicación del test, con puntuación de corte mayor a 9 para la clasificación de estado depresivo. En la Tabla 1 Se evidencia la frecuencia de respuestas comunes en los casos positivos de tamizaje para DPP.

Tabla 1. Evaluación de respuestas comunes en el tamizaje positivo para depresión postparto mediante aplicación de la escala de Edimburgo.

| | Preguntas escala de Edimburgo | Puntuación asignada (%) | | | |
|-----|--|-------------------------|------------------|------------------|------------------|
| | | 0 ⁽¹⁾ | 1 ⁽¹⁾ | 2 ⁽¹⁾ | 3 ⁽¹⁾ |
| 1. | He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas | 50 | 28 | 22 | 0 |
| 2. | He mirado el futuro con placer | 50 | 38 | 12 | 0 |
| 3. | Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien | 12 | 0 | 38 | 50 |
| 4. | He estado ansiosa y preocupada sin motivo | 50 | 40 | 0 | 10 |
| 5. | He sentido miedo y pánico sin motivo alguno | 0 | 12 | 38 | 50 |
| 6. | Las cosas me oprimen o agobian | 0 | 12 | 38 | 50 |
| 7. | Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir | 0 | 0 | 50 | 50 |
| 8. | Me he sentido triste y desgraciada | 0 | 10 | 40 | 50 |
| 9. | He sido tan infeliz que he estado llorando | 0 | 12 | 38 | 50 |
| 10. | He pensado en hacerme daño a mí mismo | 10 | 12 | 28 | 50 |

⁽¹⁾ Las categorías de respuestas se les asignan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad de los síntomas. Los puntos para las preguntas 3,5, 6, 7, 8, 9, 10 la puntuación será inversa en relación a la gravedad de los síntomas.

Tal como se observa en la Tabla 2; se pone en manifiesto la relación existente entre los factores de riesgo con la presencia de tamizaje positivo o negativo para depresión postparto. Se analiza la variable de estado civil, de la cual se despeja la covariable “Madre soltera”; en la que se encuentra que

del total de mujeres con tamizaje positivo para DPP (50 casos), el 28 % refiere no tener vinculo alguno con el padre del recién nacido ($p=0,379$); no se establece significación estadística entre el afrontar sola el puerperio y EDPE positivo.

Tabla 2. Factores de riesgo asociados a tamizaje positivo para Depresión Postparto.

| | | Depresión | | Sin depresión | | Prueba X ² |
|---|----|-----------|----------|---------------|----------|-----------------------|
| | | % | Recuento | % | Recuento | |
| Madre soltera | Si | 28% | 14 | 32% | 42 | 0,379 |
| | No | 72% | 36 | 68% | 90 | |
| Adolescente | Si | 18% | 9 | 25% | 33 | 0,213 |
| | No | 82% | 41 | 75% | 99 | |
| Primigesta | Si | 86% | 43 | 47% | 62 | 0,000 *** |
| | No | 14% | 7 | 53% | 70 | |
| Cesárea | Si | 84% | 42 | 50% | 66 | 0,000 *** |
| | No | 16% | 8 | 50% | 66 | |
| Analfabetismo | Si | 2% | 1 | 5% | 6 | 0,381 |
| | No | 98% | 49 | 95% | 126 | |
| Violencia intrafamiliar | Si | 4% | 2 | 4% | 5 | 0,619 |
| | No | 96% | 48 | 96% | 127 | |
| Antecedente de alteración del estado de ánimo | Si | 8% | 4 | 8% | 10 | 0,569 |
| | No | 92% | 46 | 92% | 122 | |
| Patologías del RN | Si | 4% | 2 | 7% | 9 | 0,375 |
| | No | 96% | 48 | 93% | 123 | |
| Enfermedades del puerperio | Si | 78% | 39 | 10% | 13 | 0,031 * |
| | No | 22% | 11 | 90% | 119 | |
| Hospitalización de la puérpera | Si | 78% | 39 | 10% | 13 | 0,031 * |
| | No | 22% | 11 | 90% | 119 | |
| Hospitalización del RN | Si | 86% | 43 | 47% | 62 | 0,000 *** |
| | No | 14% | 7 | 53% | 70 | |

Prueba X² = $p < 0,05$ = (*) o (***)

Fuente: Base de datos de la Unidad anidada de atención primaria del hospital San Vicente de Paúl de Pasaje.

En base a la definición de adolescencia tardía determinado por la OMS; se recodifica la variable edad estableciendo a este grupo aquellas puérperas quienes tenían menos de 18 años a la fecha de la entrevista, se obtiene que el 43 % correspondía a este rango de

edad; al analizar la correlación existente entre “adolescencia” y la presencia o no de DPP, no se evidencia significancia estadística ($p=0,213$).

Del total de partos (182), 108 fueron por cesárea de las cuales 105 puérperas son

primigestas. Estadísticamente se puede evidenciar una mayor significancia entre ser madre “primigesta” y haber tenido parto por “cesárea” con la probabilidad de tener DPP ($p=0,000$).

Para la variable “analfabetismo” (7 puérperas) recodificado a partir de nivel de escolaridad no se obtuvo significancia estadística. Otras variables como “violencia intrafamiliar” en el que se reportaron 7 casos, “alteración del estado del ánimo” previos al embarazo (14 casos) y “patologías del recién nacido” que no requieren hospitalización (11 casos); ante la presencia o de DPP, no se evidencia significancia estadística.

Al analizar la situación en el que la puérpera haya requerido prolongar su estancia hospitalaria, se encontró que quienes padecían “enfermedades del puerperio” (52 casos), en las que se requirió “hospitalización de la puérpera”, 39 de ellas presentaron EDPE positivo; obteniendo significancia estadística para la correlación entre variables ($p=0,031$); afianzando la mayor probabilidad de depresión postparto en aquellas puérperas que requieran una mayor estancia dentro de ambiente hospitalario para su tratamiento.

Continuando el análisis de estancia hospitalaria de la madre por enfermedades propias del recién nacido lo codificamos a través de la variable “hospitalización del recién nacido”. Se pudo determinar que aquellas madres quienes afrontaron la situación de permanecer mayor tiempo dentro del ambiente hospitalario por razones medicas del recién nacido (105 puérperas), 43 de ellas presentaron EDPE positivo; con un nivel de significancia estadística mayor de lo esperado ($p=0,000$).

Discusión

Los resultados del estudio sobre la carga mundial de las enfermedades (Global Burden of Disease, GBD) efectuado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) demostraron que la depresión es la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad (APD) y que en

1990 a esta afección le correspondió el 10,5% de los APD en el mundo. Los trastornos del estado de ánimo como la depresión postparto resulta actualmente un problema de salud pública, debido al alto número de mujeres que los padecen, y sobre todo, por la perturbación en la salud física y emocional de la madre y el recién nacido, así como por el vínculo materno-infantil, en la relación de pareja y en todo el entorno de la mujer, (Medina-Serdán, 2013).

La prevalencia mundial de DPP a lo largo de la vida fluctúa entre 10 y 20% (Josefsson, Berg, Nordin, y Sydsjö, 2001; Mendoza y Saldivia, 2015; Wisner, Parry, y Piontek, 2002), observándose mayores valores en madres adolescentes (26%) (Mendoza y Saldivia, 2015; Troutman y Cutrona, 1990) y en los niveles socioeconómicos más bajos (38,2%) (Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer, y Cameron, 1995; Mendoza B & Saldivia, 2015). Afecta hasta al 56% de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé (Caparros et al., 2018); en algunas comunidades latinoamericanas se han encontrado valores superiores al 20 %, (Vera et al., 2014).

Nuestro estudio se evidencia una prevalencia del 27%, consistente con muchos de los reportes en América Latina; tales como Chile, en donde se describe prevalencias de DPP entre el 22 y 50,7%; en Venezuela, en un estudio realizado en 100 puérperas, el 91% mostró rasgos positivos de DPP según la Escala de Edimburgo; en Argentina se reportó el 36,8%; y en Cali, Colombia, se informó un 57%. Lo anterior sugiere que la DPP es un problema de salud pública, (Cuero-Vidal y Díaz-Marín, 2013).

Factores tales como la etnia, la ocupación de la puérpera, el nivel de ingresos, la vía del parto y el género del recién nacido no se han reportado relacionados con la enfermedad, (Cuero-Vidal y Díaz-Marín, 2013); de los cuales hemos podido demostrar en nuestros resultados la relación de significancia

estadística para la vía del parto, siendo un factor de riesgo para nuestra población el haber sido sometidos a parto por cesárea.

Vera et al., (2014) reportan que la depresión posparto es más frecuente en las púerperas cuyo embarazo, parto o cesárea tuvo alguna complicación, como son parto pre término, bajo peso al nacimiento, preeclampsia; situaciones de conflicto familiar, social o laboral; o de bajos ingresos económicos; y sobre todo, durante la edad adolescente.

Resultados de nuestro estudio puso en manifiesto la relación de dependencia para el desarrollo de depresión postparto. Los factores de riesgos analizados en las variables "Primigesta"; "Cesárea"; "Enfermedades del puerperio"; "Hospitalización de la púerpera"; "Hospitalización del RN"; ponen en evidencia el aumento de significancia estadística para DPP. Datos que se corroboran con los estudio realizados por Rojas et al., (2015); quienes refieren:

"Los factores de riesgo que han sido descritos para la depresión posparto son variados: edades extremas de las púerperas, el embarazo no deseado, las dificultades conyugales, los problemas con los padres, el nivel socioeconómico, la paridad, la patología gineco-obstétrica de la mujer, el parto por cesárea, el uso de anestesia en el parto, enfermedad del recién nacido y problemas en la lactancia, entre otros".

Está ampliamente documentado que, al no realizar un tratamiento específico de la depresión, durante esta etapa de la vida, se asocia a consecuencias relevantes para la madre, el hijo y la familia. Para la madre puede suponer el inicio de un trastorno depresivo recurrente y afectar gravemente su calidad de vida, sin olvidar que el suicidio constituye el 20 % de la mortalidad materna en el postparto, siendo la 2ª causa de mortalidad más frecuente en este período, (Lasheras et al., 2014).

La base fundamental para la solvencia de esta problemática se sustenta en un diagnóstico precoz, en el que se analicen

las condicionantes que predisponen a mayor riesgo de desarrollar depresión en estadio de puerperio; lo cual permita establecer medidas integrales de intervención para la madre, su hijo y el entorno que les rodea. Es por ello que mantener un tamizaje continuo a esta población permitiría aumentar las tasas de detección y en su caso un tratamiento oportuno y eficaz.

Conclusiones

Por todos los antecedentes obtenidos durante el proceso de investigación y en base a la evidencia obtenida a través de la aplicación de los instrumentos se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Resulta eficaz establecer un tamizaje constante para la depresión postparto; que nos permita conocer la prevalencia real de este trastorno.
- La DPP se establece como uno de los trastornos del estado de ánimo más frecuente durante el puerperio en nuestra población de estudio.
- El afrontar la situación de embarazo y el puerperio en una relación sentimental inestable con el padre del recién nacido no implica mayor riesgo de desarrollar depresión postparto.
- El ser madre primigesta aumenta el riesgo a desarrollar depresión postparto, por la nueva experiencia que se genera durante el vínculo madre- hijo y la relación familiar que rodea al mismo.
- Prolongar la estancia hospitalaria de la madre ya sea por haber sido sometido a parto por cesárea, enfermedad del puerperio que requieran hospitalización o por hospitalización del recién nacido constituyen factores de riesgo relevantes para el desarrollo de estados depresivos durante el puerperio.

Tomados en conjunto, se puede sustentar que la Depresión Postparto a pesar de ser una problemática muy frecuente y recurrente en muchos de los casos es subdiagnosticada; o en la mayoría de casos diagnosticados, no

se establece un plan integral de tratamiento o seguimiento oportuno. Existe una gran necesidad de que el personal en salud que entre en contacto con una madre y su hijo, al menos durante el primer año de vida del mismo, posean los conocimientos necesarios que les permitan establecer un tamizaje oportuno y eficaz para la depresión postparto. El diagnóstico prodromático de la enfermedad resulta fundamental para establecer medidas integrales tanto para la madre, su hijo y su entorno; que logren revertir esta condición patológica.

Referencias

Artículos con DOI

1. Caparros-González, R. A., Romero-González, B., & Peralta-Ramírez, M. I. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e97. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.97>
2. Castañón S, C., & Pinto L, J. (2008a). Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Revista médica de Chile*, 136(7), 851-858. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872008000700005>
3. Castañón S, C., & Pinto L, J. (2008b). Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Revista médica de Chile*, 136(7), 851-858. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872008000700005>
4. Degner, D. (2017). Differentiating between "baby blues," severe depression, and psychosis. *BMJ*, 359, j4692. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4692>
5. Enrique Jadresic, M. (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 1019-1028. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70651-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70651-0)
6. Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*, 106(5 Pt 1), 1071-1083. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>
7. Gressier, F., Guillard, V., Cazas, O., Falissard, B., Glangeaud-Freudenthal, N. M.-C., & Sutter-Dallay, A.-L. (2017). Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 284-291. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.10.009>
8. Mendoza B, C., & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile*, 143(7), 887-894. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000700010>
9. Navarrete, R. G., & López, L. G. (2013). Depresión posparto y factores asociados en población derechohabiente del ISSSTE en Yucatán. Recuperado a partir de <http://www.cirsociales.uady.mx/revUADY/pdf/262/ru2625.pdf>.
10. Rojas, G., Santelices, M. P., Martínez, P., Tomicic, A., Reinel, M., Olhaberry, M., & Krause, M. (2015). Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo. *Revista médica de Chile*, 143(4), 424-432. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000400002>
11. Urdaneta M, J., Rivera S, A., García I, J., Guerra V, M., Baabel Z, N., & Contreras B, A. (2010). PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS VALORADAS POR LA ESCALA DE EDIMBURGO. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(5), 312-320. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262010000500007>
12. Vitriol G, V., Cancino A, A., Florenzano U, R., Ballesteros T, S., & Schwartz P, D. (2010). Eficacia y costos asociados a un

- tratamiento ambulatorio en mujeres con depresión severa y trauma temprano. *Revista médica de Chile*, 138(4), 428-436. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000400006>
13. Wisner, K. L., Parry, B. L., & Piontek, C. M. (2002). Clinical practice. Postpartum depression. *The New England Journal of Medicine*, 347(3), 194-199. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp011542>
 14. Wolff L, C., Valenzuela X, P., Esteffan S, K., & Zapata B, D. (2009). DEPRESIÓN POSPARTO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ANÁLISIS DEL PROBLEMA Y SUS CONSECUENCIAS. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 74(3), 151-158. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262009000300004>
- Artículos sin DOI**
15. Canaval, G. E., González, M. C., Schallmoser, L. M., Tovar, M. C., & Valencia, C. (2000). Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 31(1), 4-10.
 16. Cuero-Vidal, O. L., & Díaz-Marín, A. M. (2013). Prevalence of post-partum depression at Hospital san Juan de Dios in Cali, Colombia: September-December, 2011. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 64(4), 371-378.
 17. Cruz, Y. L. R. (2014). Factores psicosociales y depresión en el período grávido-puerperal. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 11(1). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=50114>
 18. Gregoire, A. J., Kumar, R., Everitt, B., Henderson, A. F., & Studd, J. W. (1996). Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet (London, England)*, 347(9006), 930-933.
 19. Hamilton, J. A. (1989). Postpartum psychiatric syndromes. *The Psychiatric Clinics of North America*, 12(1), 89-103.
 20. Hobfoll, S. E., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M. R., & Cameron, R. P. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 445-453.
 21. Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., & Sydsjö, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 80(3), 251-255.
 22. Lasheras, G., Sender, B. F., & Serra, B. (2014). Detección in situ de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. Resultados preliminares. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (109), 22-31.
 23. Medina-Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y reproducción humana*, 27(3), 185-193.
 24. Troutman, B. R., & Cutrona, C. E. (1990). Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(1), 69-78.
 25. Vega- Dienstmaier, J. M., Mazzotti Suarez, G., & Campos Sanchez, M. (2002). Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(2), 106-111.
 26. Vera, F., Karina, J., Natale, I., Teresa, A., Toro Merlo, J., & Valbuena, R. (2014). Depresión postparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 74(4), 229-243.
 27. Vera Muñoz, G., E, G., Soledad, M., & Varela Guzmán, M. (1999). Salud mental y embarazo en adolescentes: contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas. *Rev. méd. Chile*, 127(4), 437-443.