

**DEPRESIÓN POSPARTO EN BUCARAMANGA, FACTORES
DE RIESGO. ESTUDIO DE COHORTE**

JOSÉ FIDEL LATORRE LATORRE

**UNIVERSIDAD INSUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE MEDICINA
MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA
BUCARAMANGA
2005**

**DEPRESIÓN POSPARTO EN BUCARAMANGA, FACTORES
DE RIESGO. ESTUDIO DE COHORTE**

JOSÉ FIDEL LATORRE LATORRE

**Informe final de resultados producto Investigación
Presentado como requisito final para optar el título Maestro en
Epidemiología**

**Director
OSCAR FERNANDO HERRÁN FALLA
ND. MSc. En Epidemiología**

**UNIVERSIDAD INSUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE MEDICINA
MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA
BUCARAMANGA
2005**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO TEÓRICO	16
1.1 ANTECEDENTES	16
1.2 DISFORIA O BLUE POS PARTO	17
1.3 REFERENCIA HISTÓRICA DEL SÍNDROME DEPRESIVO POSPARTO	18
1.4 ETIOLOGÍA Y PATOGENIA	19
1.5 FACTORES DE RIESGO	20
1.5.1 Biológicos	20
1.5.2 Obstétricos	22
1.5.3 Psicológicos y psiquiátricos	23
1.5.4 Socioeconómicos	24
1.6 ASPECTOS CLÍNICOS	25
1.7 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Y PARA INICIO EN EL POSPARTO	26
1.8 EPIDEMIOLOGÍA	28
1.9 EPIDEMIOLOGÍA DE DEPRESIÓN EN COLOMBIA SANTANDER Y BUCARAMANGA	29

	Pág.
1.10 EPIDEMIOLOGÍA DE DEPRESIÓN POSPARTO	30
1.11 ESCALAS DE MEDICIÓN	33
1.12 TRATAMIENTO	35
1.13 PRONÓSTICO	37
2. OBJETIVOS	39
2.1 GENERAL	39
2.2 ESPECÍFICOS	39
3. MATERIALES Y MÉTODOS	41
3.1 ENROLAMIENTO DE LAS PARTICIPANTES, SEGUIMIENTO Y DISEÑO	41
3.2 SELECCIÓN DE SUJETOS	42
3.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS	43
3.4 SEGUIMIENTO DE LOS SUJETOS	44
3.5 VARIABLES	47
3.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	50
3.6.1 Calidad de los datos	50
3.6.2 Descriptivo	50
3.6.3 Bivariado	53
3.6.4 Multivariado	56
3.6.5 Evaluación de Supuestos del Modelo	59

	Pág.
3.6.6 Evaluación de la Bondad de Ajuste del Modelo	59
4. RESULTADOS	61
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA COHORTE	61
4.2 PERSONAS NO ENROLADAS Y PERDIDAS EN EL SEGUIMIENTO	67
4.3 RESULTADO DE LA ENTREVISTA SIQUIÁTRICA EN LAS PACIENTES NEGATIVAS AL TEST DE EDIMBURGO	68
4.4 TIEMPO EN LA COHORTE E INCIDENCIA	68
4.5 MODELOS AJUSTADOS	72
4.6 MODELOS FINALES POR CAMBIO EN ESTIMADO DE HZ	73
4.7 EVALUACIÓN DE LA BONDAD DE AJUSTE DE LOS MODELOS FINALES	79
4.7.1 Ajuste de los Datos	79
4.7.2 Forma Funcional de las Covariables	81
4.7.3 Análisis de Leveraje	81
5. DISCUSIÓN	84
BIBLIOGRAFÍA	96
ANEXOS	103

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1. Características de base de las mujeres de la cohorte	64
TABLA 2. Análisis Bivariado	71
TABLA 3. Modelo uno, ajustado por, antecedentes de depresión en la gestación, mala autoestima, ausencia de control prenatal y disforia	73
TABLA 4. Modelo dos, ajustado por control prenatal	73
TABLA 5. Modelo tres, ajustado por control prenatal y disforia	74

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1. Seguimiento de los sujetos	47
GRÁFICO 2. Descripción de la cohorte	61
GRÁFICO 3. Estimación de la sobrevida de Kaplan – Meier	70
GRÁFICO 4. Estimación de la sobrevida de Kaplan – Meier, por antecedentes personales de depresión	70
GRÁFICO 5. Proporcionalidad del modelo dos	75
GRÁFICO 6. Proporcionalidad del modelo tres	76
GRÁFICO 7. Regresión de Cox, ajustada por la falta de control prenatal	76
GRÁFICO 8. Regresión de Cox, ajustada por la falta de control prenatal, según los antecedentes de depresión	77
GRÁFICO 9. Regresión de Cox, ajustada por la falta de control prenatal y la presencia de disforia	77
GRÁFICO 10. Regresión de Cox, ajustada por la falta de control prenatal y la presencia de disforia, según los antecedentes de depresión	78
GRÁFICO 11. Residuales Cox - Snell, modelo ajustado por control prenatal	79
GRÁFICO 12. Residuales Cox - Snell, modelo ajustado por control prenatal y disforia	80
GRÁFICO 13. Df beta para antecedentes de depresión, modelo ajustado por ausencia de control prenatal	82

	Pág.
GRÁFICO 14. Df beta para control prenatal, modelo ajustado por ausencia de control prenatal	82
GRÁFICO 15. Df beta para antecedentes de depresión, modelo ajustado por ausencia de control prenatal y disforia	82
GRÁFICO 16. Df beta para control prenatal, modelo ajustado por ausencia de control prenatal y disforia	82
GRÁFICO 17. Df beta para disforia, modelo ajustado por ausencia de control prenatal y disforia	83

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Cálculo del tamaño de muestra	103
ANEXO B. Escala de depresión post natal de Edimburgo	104
ANEXO C. Consentimiento Informado	106
ANEXO D. Cuestionario sobre variables socioeconómicas, antecedentes personales y familiares de enfermedad mental, estado de la relación marital, consumo de sustancias y antecedentes Obstétricos	110
ANEXO E. Cuestionario sobre variables relacionadas con el puerperio y el recién nacido	116
ANEXO F. Factores confusores	120
ANEXO G. Tabla de sobrevida libre de la enfermedad para toda la cohorte	127
ANEXO H. Tabla de sobrevida libres de la enfermedad, según los antecedentes personales de depresión	128
ANEXO I. Instituciones de enrolamiento de las pacientes	129
ANEXO J. Modelo uno, el cual incluyó: antecedentes personales de depresión, antecedentes de depresión durante la gestación, mala autoestima, ausencia de control prenatal y presencia de disforia	130
ANEXO K. Valores observados y predichos para los modelos dos y tres	131
ANEXO L. Ajuste de los modelos dos y tres sin datos influyentes	133

	Pág.
ANEXO M. Df betas para cada variable, en los modelos dos y tres, sin datos influyentes	134

RESUMEN

TÍTULO: DEPRESIÓN POSPARTO EN BUCARAMANGA, FACTORES DE RIESGO^{*}

AUTOR: JOSÉ FIDEL LATORRE LATORRE^{**}

PALABRAS CLAVES: Depresión posparto, incidencia, factores de riesgo.

Antecedentes: La depresión constituye, mundialmente, un problema de salud pública. A la mujer puede presentársele en diferentes momentos de su vida, incluido el puerperio. La depresión posparto (DPP) se considera, en todo el mundo, como la complicación más frecuente de este periodo, con cifras de prevalencia alrededor del 15%, que para América Latina son aun mayores. En Colombia su frecuencia y los factores asociados no están claramente definidos.

Objetivo: Determinar la incidencia de DPP, la magnitud y dirección de sus factores asociados, en mujeres del área metropolitana de Bucaramanga (Colombia).

Métodos: En los meses comprendidos entre mayo de 2003 y abril de 2004 se enrolaron, en un estudio de cohorte, 286 mujeres puérperas provenientes de 11 instituciones del área metropolitana de Bucaramanga, a quienes en el posparto inmediato se les descartó trastorno depresivo. Se obtuvo información sobre variables sociodemográficas, obstétricas, antecedentes psiquiátricos, variables relacionadas con el niño, satisfacción con el nacimiento y lactancia materna. A estas mujeres se les realizó seguimiento durante seis semanas. El diagnóstico fue establecido por un psiquiatra calificado, mediante entrevista clínica semiestructurada, de acuerdo con los criterios de DSM IV. Se determinaron la tasa de incidencia y, el peso de los factores mediante la construcción de modelos multivariados.

Resultados: La tasa de incidencia de DPP fue de 1 casos por cada 1000 días persona de seguimiento. Se asociaron, con $p < 0,05$, los siguientes factores: antecedentes personales de depresión, depresión durante la gestación, baja autoestima, acontecimientos vitales durante la gestación, ausencia de control prenatal y disforia o "blues". Cuando se ajustó, permanecieron asociadas: la ausencia de control prenatal y los antecedentes de disforia.

Conclusiones: DPP es un trastorno poco reconocido. En Bucaramanga (Colombia) puede considerarse como problema de salud pública, que podría disminuir si se realiza control prenatal adecuado y seguimiento estrecho de las mujeres puérperas y, de sus bebés durante las primeras semanas del posparto.

^{*}Proyecto de grado.

^{**}Maestría en Epidemiología. Escuela de Medicina. Facultad de Salud. OSCAR FERNANDO HERRÁN FALLA ND. MSc. En Epidemiología.

SUMMARY

TITLE: POSTPARTUM DEPRESSION IN BUCARAMANGA, MAJOR HEALTH PUBLIC PROBLEM WORLDWIDE^{*}

AUTHOR: JOSÉ FIDEL LATORRE LATORRE^{**}

Key Words: Postpartum depression, incidence, risks factors.

Background: Depressions a major health public problem worldwide. Women present it at different periods of their lives, puerperium included. Postpartum depression is the more frequently complication of this period, whit worlrdwide prevalence as high as 15%. Frequency for Latin America may be higher. In Colombia, its frequency and associated factors are not defined.

Objective: To establish the incidence, magnitude and direction of associated factors for postpartum depression (PPD) at Bucaramanga's (Colombia) metropolitan area.

Methods: Between May 2003 and April 2004 a cohort was assembled whit 286 puerperal women from 11 institutions of Bucaramanga's metropolitan area. Mayor depression had to be ruled out at the immediate postpartum in order to be included in the cohort. Information was obtained for: socio demographic, obstetric and psychiatric antecedents, as well as newborn characteristics, delivery data and the breast feeding pattern. PPD was established by a psychiatrict following, for clinical semi structured interview, of according the DSM IV criteria. Incidence rate and associated factors were calculated through Cox multivariate models.

Results: PPD incidence rate of postpartum depression was of 1/1000 days. Several factors appeared associated in bivariate analysis: depression history, before and during pregnancy, low self – esteem, vital events during pregnancy, “blues” and absence of prenatal control. In multivariable model only the absence of prenatal control and “blues” remained.

Conclusions: Postpartum depression is not been recognized during puerperium. It is a major public health problem in Bucaramanga, where an appropriate prenatal control program could diminish it. A follow – up program for mother and child it would help for an early diagnosis and management of PPD.

^{*}Project degree.

^{**}Maestría en Epidemiología. Escuela de Medicina. Facultad de Salud. OSCAR FERNANDO HERRÁN FALLA ND. MSc. En Epidemiología.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades psiquiátricas constituyen un problema de salud pública en todo el mundo. En el estudio de Carga global de la enfermedad (OMS/ Banco Mundial, 1996)¹, la enfermedad mental, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer aparecen como las primeras causas de discapacidad en los países de economía de mercado. Para ninguna de ellas se han establecido complejos causales sólidos y el nivel de comprensión aún es limitado. En salud mental por ejemplo, la depresión se confunde con situaciones de estrés, falta de voluntad, o con una situación consciente para ganar beneficios por parte del paciente.

La depresión, siempre más frecuente en la mujer, ha sido asociada a múltiples eventos, incluido el parto². El periodo posterior al parto supone una etapa de adaptación muy importante en el que la madre debe aceptar su función como tal, aceptar al nuevo hijo y tener capacidad adecuada de respuesta ante sus demandas. Las mujeres, que son madres, pasan por un periodo difícil, superado por la mayoría, que constituye una época de alto riesgo para presentar trastornos afectivos.

¹Murray, C.J.L., and Lopez, A.D. *The Global Burden of Disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996

²Kaplan H, Sadock B. Capítulo 15, Pág. 609, en Sinopsis de Psiquiatría. Panamericana y Williams y Wilkins, 8ª edición, 1998.

El parto y el posparto se consideran eventos de gran influencia sobre el estado físico y mental de la mujer y, obviamente, sobre la salud del recién nacido. En el posparto muchas mujeres desarrollan síntomas ansiosos y depresivos; algunas llegan a presentar un episodio depresivo mayor que se conoce genéricamente como **depresión posparto (DPP)**.

DPP es la complicación más común del puerperio; sin embargo al no ser reconocida, muchas mujeres no reciben tratamiento que podría evitar complicaciones en ella y en el niño, propiciando bienestar materno y mejor desarrollo de menor.

La incidencia de DPP y sus factores de riesgo, han sido estudiados en diferentes poblaciones, pero los resultados son difícilmente comparables debido a la diversidad cultural, étnica, económica y social de las poblaciones, y a diferencias metodológicas entre los estudios. En Colombia no hay datos sobre la frecuencia y factores de riesgo asociados a DPP. Este estudio, se desarrolló, con el objeto de determinar la incidencia de DPP y sus factores asociados en población atendida institucionalmente de la ciudad de Bucaramanga.

1. MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES

Durante los primeros meses del posparto la función social de la madre no tiene una normativa clara. La información, sobre crianza, deberá ser tomada de la familia, y especialmente de su misma madre; otras fuentes podrán ser amigos o vecinos y, ocasionalmente, trabajadores de salud; sin embargo, a veces, la señora tiene que recurrir a cualquier persona. Por otro lado, la madre se encuentra privada de tiempo libre ya que tiene que dedicarlo por completo a su hijo, y tanto la madre como el padre se ven sometidos a un periodo de ajuste.

“El parto es considerado un acontecimiento de vital importancia en cualquier escala de acontecimientos vitales... Incluso mujeres que han alcanzado un nivel maduro de integración de la personalidad, con matrimonio satisfactorio y que disfrutan cuidando sus hijos, experimentan un considerable estrés al enfrentarse a los cambios vitales asociados a la maternidad”.³

³Tomas Pérez A. Rosello Pedrós A y Aguilar García-Iturraspe. Trastornos afectivos relacionados con el parto: Blues y depresión, en Trastornos Depresivos en la Mujer. Masson 1999, pag 91

Los ajustes, el estrés generado por el parto en sí mismo y la responsabilidad que se debe asumir, en el cuidado del niño, conducen a un estado de vulnerabilidad emocional marcada, que puede llevar a que la madre presente alteraciones psicológicas y psiquiátricas de suma importancia.

Dentro de los trastornos psiquiátricos que se manifiestan en el puerperio se describen, en orden de severidad, de menor a mayor gravedad: la disforia o “blue”, la DPP y la psicosis posparto. Esta última la más grave, afortunadamente, con una incidencia no mayor de 1 – 2 por mil mujeres⁴.

1.2 DISFORIA O BLUE POSPARTO

Este síndrome referenciado, inicialmente en los años de 1950, fue descrito por Pitt B. en 1968.⁵ No cumple los criterios para episodio depresivo mayor; aparece entre el segundo y tercer día posterior al parto; suele caracterizarse por ansiedad, tristeza, episodios de llanto y confusión; no dura más de dos semanas y desaparece espontáneamente. Por lo anterior se lo ha asociado con los cambios hormonales normales que sufre la mujer en este periodo, los cuales han sido revisados en extenso por Henshaw C. Henshaw C. Mood disturbance in early puerperium: a review. *Archives of Women's Mental*

⁴Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003 Dec;24(4):257-66.

⁵Pitt B. Maternity “Blues”. *Br. J Psychiatry* 1973; 122(569)431-3

Health. 2003; 6(suppl.2): 33-42⁶, y que explicarían una prevalencia que varia, según los autores, del 15.3% al 84% en las mujeres que se encuentran en puerperio⁷. Algunos consideran que si este trastorno persiste en el tiempo pudiera considerarse como una primera fase de un proceso continuo de depresión puerperal⁸.

1.3 REFERENCIA HISTÓRICA DEL SÍNDROME DEPRESIVO POSPARTO

La historia del síndrome depresivo posparto es, relativamente, reciente. Pitt B⁹, en 1968, fue quien primero reconoció, en los meses siguientes al parto, un periodo caracterizado por desordenes psiquiátricos y describió una depresión atípica.

En los años 80, algunos estudios confirmaron que un buen porcentaje de mujeres podría experimentar, durante este periodo, episodios marcados de depresión diferentes del “blue posparto”^{10,11}.

⁶Henshaw C. Mood disturbance in early puerperium: a review. *Archives of Women's Mental Health*. 2003; 6(suppl.2): 33-42

⁷Ibid.

⁸O'Hara MW, Schlechte JA, et al. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Archives General Psychiatry*. 1991; 48(9): 801-6

⁹Pitt B. “Atypical” depression following childbirth. *Br. J Psychiatry* 1968; 114(516):1325-35

¹⁰Garvey MJ, Tollefson GD. Postpartum depression. *Journal Reproductive Medicine* 1984; 29(2): 113-6

¹¹Paykel ES, Emms EM, et al. Life events and social support in puerperal depression. *British Journal Psychiatry* 1980; 136: 339-46

En 1987, Cox y otros desarrollan una escala de detección, la cual ha sido ampliamente usada y validada en diferentes partes del mundo¹².

Finalmente, en 1994, la Asociación Siquiátrica Americana, estableció criterios diagnósticos claros, los cuales permiten clarificar y definir el trastorno¹³.

1.4 ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

Múltiples factores, se han estudiado como causas posibles de la DPP: biológicos, obstétricos, psicológicos y socioeconómicos. Beck C. en un meta-análisis¹⁴ encontró asociados trece. Entre ellos se destacaron las variables de tipo psicológico; en menor grado, variables socioeconómicas y como variable obstétrica únicamente tener un embarazo no deseado o no planeado.

Otro meta-análisis¹⁵ que revisó 129 factores de riesgo asociados con eventos adversos en el resultado familiar posparto encontró fuerte asociación con: haber tenido mal ajuste marital, estresores vitales recientes, y depresión pre

¹²Cox JL, Holden JM et al. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal Psychiatry* 1987; 150: 782-876

¹³American Psychiatric Association. "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". DSM-IV, criterios diagnósticos, Masson, Barcelona 1995

¹⁴Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research* 2001; 50 (5): 275-85

¹⁵Wilson LM, Reid AJ, et al. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Canadian Medical Association Journal* 1996;154 (6): 785-99

parto; con asociación débil: falta de soporte social, historia materna de abuso sexual por su pareja y desordenes psiquiátricos.

Por otra parte, aspectos biológicos son mencionados, frecuentemente, como parte de la red causal de la depresión puerperal; y aunque algunos estudios no han sido conclusivos¹⁶, otros autores los mencionan, cada vez más, como factores prometedores que podrían ayudar a dilucidar la etiología de la enfermedad^{17,18}.

1.5 FACTORES DE RIESGO

1.5.1 Biológicos: En la actualidad algunos investigadores consideran que la DPP comparte las mismas características de las depresiones no puerperales. Han estudiado, por una parte, precursores de neurotransmisores como el triptófano¹⁹; y por otra, factores hormonales como cortisol, hormonas tiroideas, prolactina y esteroides sexuales. Investigadores de Emiratos Árabes²⁰ encontraron niveles significativamente bajos de prolactina, y altos de progesterona en mujeres que desarrollaron depresión entre la sexta y

¹⁶Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. *British Journal Psychiatry* 1998;316:1884-1886

¹⁷Wisner KL, Parry BL, Piontec CM. Postpartum Depression. *N Engl J med.* 2002; 347: 194- 199

¹⁸McCoy SJ, Beal JM, Watson GH. Endocrine factors and postpartum depression. A selected review. *J Reprod Med.* 2003 Jun;48(6):402-8.

¹⁹Handley SL, Dunn TL, et al. Tryptophan, cortisol and puerperal mood. *British Journal Psychiatry.* 1980; 136: 498-508

²⁰Abou-Saleh MT, Ghubash R, et al. Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology* 1998; 23(5): 465-75

décima semana postnatal. Sin embargo, también evidenciaron que quienes lactaban tenían mayores niveles de prolactina. Igualmente encontraron correlación entre altos niveles de TSH y presencia de depresión postnatal. Por el contrario, en otro estudio²¹, no se encontró asociación de depresión postnatal con niveles de progesterona, a la quinta o sexta semana. No obstante, ratifica la asociación de DPP con los bajos niveles de cortisol plasmático.

La relación con la función tiroidea fue estudiada por Harris B y otros²², en los ocho meses siguientes al parto. Ellos encontraron una asociación positiva con depresión, en mujeres que tenían niveles elevados de anticuerpos contra el tiroides, lo cual es expresión de disfunción tiroidea autoinmunitaria. De la misma forma Kuijpers JL y otros²³ encontraron que tener anticuerpos contra tiroperoxidasa³, durante la gestación, estaba asociado a DPP (OR 2.9, Intervalo de Confianza 95% 1.8 – 4.3).

Por otro lado, se conoce la acción de los estrógenos en la modulación de neurotransmisores a nivel cerebral. Un estudio evaluó la asociación entre

²¹Abou-Saleh MT, Ghubash R, et al. Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology* 1998; 23(5): 465-75

²²Harris B, Othman S, et al. Association between postpartum thyroid dysfunction and thyroid antibodies and depression. *British Medical Journal* 1992; 305(6846):152-6

²³Kuijpers JL, Vader HL, et al. Thyroid peroxidase antibodies during gestation are a marker for subsequent depression postpartum. *European Journal Endocrinology* 2001; 145(5): 579-84

niveles de estrógenos y depresión posparto²⁴. Encontró disminución marcada de los niveles de estrógenos en estas pacientes y mejoría significativa, al final de la segunda semana, con la administración de 17 Beta estradiol. Dichos hallazgos requieren mayor profundización, dado que muchas mujeres con disforia mejoran espontáneamente antes de la segunda semana, pero dejan ver una opción para aproximarse al problema causal de DPP.

1.5.2 Obstétricos. Gran cantidad de autores han buscado asociación entre factores obstétricos y ginecológicos con DPP; sin embargo, no hay evidencia consistente al respecto.

Beck CT, en su meta-análisis no encontró ningún factor obstétrico asociado, luego de revisar 89 publicaciones²⁵, excepto: tener un embarazo no deseado.

Johnstone SJ y otros²⁶, en población australiana, tampoco encontraron asociación, no obstante, algunas variables como la multiparidad presentaron una relación débil. Igualmente, la única variable obstétrica encontrada por

²⁴ Ahokas A, Kaukorata J, et al. Estrogen deficiency in severe postpartum depression: successful treatment with sublingual physiologic 17beta-estradiol: a preliminary study. *Journal Clinical Psychiatry* 2001; 62(5): 332-6

²⁵ Beck, Op. Cit. 275-85

²⁶ Johnstone SJ, Boyce PM, et al. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001; 35:69-74

Nilsen FD, como factor de riesgo en mujeres danesas²⁷, al realizar análisis multivariado fue multiparidad (OR 3.8, IC 95% 1.8, 8.0).

Al contrario, en Brasil, el factor de riesgo asociado significativamente con DPP fue baja paridad²⁸, aunque es posible que a este trabajo le haya faltado poder para detectar otras variables asociadas. En Perú un estudio que valoró factores de riesgo²⁹, solo tuvo en cuenta como factor obstétrico el número de gestaciones, el cual no se asoció con el evento.

Otros trabajos han sido controversiales. En mujeres japonesas, se encontró asociación con primiparidad, parto pretérmino y trabajo de parto difícil³⁰.

1.5.3 Psicológicos y psiquiátricos. La mayoría de estudios están de acuerdo en reconocer los antecedentes de enfermedad mental, de estrés durante la gestación, de depresión, de blue postnatal, de ansiedad, de baja autoestima, de ansiedad por el cuidado del recién nacido, de acontecimientos vitales estresantes y los antecedentes familiares de enfermedad mental como predictores de DPP^{31,32,33}.

²⁷Nielsen F, Videbech P, et al. An antenatal index predicted postpartum depression with high sensitivity and moderate specificity. *British Journal Obstetric Gynecology* 2000; 107(10): 1210

²⁸Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, et al. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Brazilian Journal Medical Biology Research* 1998; 31(6): 799-804

²⁹Vega-Dienstmainer JM, Mazzotti G, et al. Prevalencia y factores de riesgo para depresión en mujeres posparto. *Actas Españolas de Psiquiatría* 1999; 27(5): 299-303

³⁰Tamaki R, Murata M, et al. Risk factors for postpartum depression in Japan. *Psychiatry Clinical Neuroscience* 1997; 51(3): 93-98

³¹Wilson Op. Cit. 785-99

La relación con la alimentación materna también ha sido discutida. Warner R y otros³⁴ encontraron que no tener alimentación al seno era una de las cuatro variables asociadas independientemente (OR de 1.52), con depresión en el posparto. No obstante, un estudio realizado en Canadá, el cual evaluó de forma retrospectiva esta variable no halló asociación con la suspensión de la lactancia³⁵.

1.5.4 Socioeconómicos. Igual que los aspectos psicológicos, los factores socioeconómicos también se encuentran referidos, en gran número de artículos, asociados a la enfermedad. Variables como ser madre soltera, mala relación marital, pobre estado socioeconómico y pobre soporte social son mencionados por la mayoría de autores^{36,37,38}.

En Australia³⁹, un alto nivel educativo, fue encontrado como factor de riesgo. En el Perú, el riesgo, era nivel educativo bajo⁴⁰. En este último estudio

³² Johnstone Op. Cit. 35:69-74

³³ Lee DTS, Yip TYS, et al. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Medical Journal* 2000; 6(4): 349-54

³⁴ Warner R, Appleby L, et al. Demographic and obstetric factors for postnatal psychiatric morbidity. *British Journal Psychiatry* 1996; 168(5): 607-11

³⁵ Misri S, Sinclair DA, et al. Breast-feeding and postpartum depression: is there a relationship?. *Canadian Journal Psychiatry* 1997; 42(10): 1061-5

³⁶ Beck Op. Cit. 275-85

³⁷ Wilson Op. Cit. 785-99

³⁸ Johnstone Op. Cit. 35:69-74

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, et al. Prevalencia y factores de riesgo para depresión en mujeres posparto. *Actas Españolas de Psiquiatría* 1999; 27(5): 299-303

tampoco se encontró relación con mal soporte social, pero si con ser madre joven.

Otros factores referidos en la literatura, de alguna importancia están relacionados con aspectos culturales, como el agrado del padre con el género del bebé⁴¹.

1.6 ASPECTOS CLÍNICOS

Además de la sintomatología depresiva (del Trastorno Depresivo Mayor), en DPP, predominan los síntomas de ansiedad, irritabilidad, fobias y síntomas vegetativos.

El pensamiento materno está invadido por ideas sobrevaloradas referidas al bebé: culpa, sentimientos de incapacidad para atenderlo y tendencia a presentar ideas obsesivas acerca de la salud y bienestar del recién nacido. Ideas de suicidio pueden llevarla a conformar un plan suicida. Al igual que en mujeres deprimidas no puérperas, se presentan trastornos del sueño y del apetito sexual.

⁴¹Lee Op. Cit. 349-54

Es de anotar que el trastorno puede prolongarse por mucho tiempo, a veces años, si no recibe tratamiento adecuado⁴².

1.7 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Y PARA INICIO EN EL POSPARTO

Los siguientes son los criterios propuestos por el Comité conjunto del Consejo y de la Asamblea de distritos de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) para episodio depresivo mayor, versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa (1994), traducción de Barcelona España⁴³. Dado que ellos son parte de la definición de DPP han sido adoptados como parámetro de referencia en todo el mundo.

“Criterios para episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debido a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo explica el propio sujeto (p. Ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros.

⁴²Lee, Op. Cit. 349-54

⁴³American Psychiatric Association. "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". DSM-IV, criterios diagnósticos, Masson, Barcelona 1995

- 2) *disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observación de los demás)*
 - 3) *pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. Ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.*
 - 4) *Insomnio o hipersomnia casi cada día*
 - 5) *Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)*
 - 6) *Fatiga o pérdida de energía casi cada día*
 - 7) *Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)*
 - 8) *Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)*
 - 9) *Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse*
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto*
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.*
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. Ej., hipotiroidismo).*
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. Ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas sicóticos o enlentecimiento psicomotor”.*

La definición se complementa, luego, con la especificación de que el episodio debe iniciar en el periodo post parto

“Criterios para la definición de inicio en el posparto (DSM IV)

Especificar si:

Con inicio en el posparto *(puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maniaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II o a un trastorno sicótico breve)*

Inicio del episodio en las primeras 4 semanas”

1.8 EPIDEMIOLOGÍA

Según la OMS, independiente de la cultura, la depresión es cerca de dos veces más frecuente en mujeres que en hombres⁴⁴. Mujeres de bajos estratos, pobres, con baja escolaridad tienen más probabilidades de sufrirla. Según Burt y Stein⁴⁵ la cifra es mayor 1.7 a 2.7 veces en las mujeres. Estos autores plantean que la diferencia se podría explicar por factores hormonales relacionados con la reproducción.

Según los mismos investigadores la mayoría de los trastornos depresivos inician en la adolescencia. Hasta los 50 años la mujer presenta mayor incidencia que el hombre, momento de la vida en el cual las cifras de prevalencia tienden a igualarse.

Diferentes factores de estrés psicosocial para mujeres y hombres, y modelos conductuales de indefensión aprendida se han mencionado como variable explicatoria de la mayor frecuencia observada en la mujer.

1.9 EPIDEMIOLOGÍA DE DEPRESIÓN EN COLOMBIA SANTANDER Y BUCARAMANGA

⁴⁴Impact of depression. En Healthy people 2010 OMS <http://www.healthypeople.gov/document/> Consult: Feb, 2004

⁴⁵Burt VK, Stein K. Epidemiology of depression throughout the female life cycle. *Journal Clinical Psychiatry* 2002; 63 Suppl 7: 9-15

El segundo estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas⁴⁶ encontró una prevalencia anual total de depresión en Colombia de 1.9%, y de vida del 19.6%. Los valores en las cifras de prevalencia anual, para los hombres, fueron de 0.7%, y las cifras en la prevalencia de vida fueron 18.3%. Para las mujeres, los valores fueron del 3% y del 20.7% respectivamente.

En el departamento de Santander, las cifras del estudio, no hacen la diferenciación por sexos, pero informan una prevalencia del 13.3%; la cual se encuentra dentro del promedio nacional.

Un nuevo trabajo, el “Estudio Nacional de Salud Mental”, Colombia 2003 informó una prevalencia, durante la vida en la población colombiana, del 13.3% para los trastornos del estado de ánimo⁴⁷.

Los únicos datos, disponibles, para Bucaramanga son referidos en un estudio, sin publicar, de Díaz L. y otros⁴⁸, quienes en una encuesta de base poblacional, utilizando el test “Zung” y sin hacer ninguna discriminación en las cifras reportadas por la prueba, encontraron valores de prevalencia tan

⁴⁶Torres Y, Montoya ID, Segundo estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Colombia 1997, Ministerio de Salud, Bogotá, 1998

⁴⁷Posada-Villa J, Trevisi C. Prevalencia, severidad y necesidades no satisfechas del tratamiento de los trastornos de ansiedad, relacionados con sustancias, del estado de ánimo y del control de los impulsos en adultos según el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. *MeuUNAB*. 2004; 7(20):65-72

⁴⁸Díaz LA, Rueda GE, Vega R. Conducta, actitudes y condiciones generales de salud mental Bucaramanga, 2001

altos como del 50.1%. Estos datos, claro esta, no son una verdadera expresión de los trastornos clínicos.

1.10 EPIDEMIOLOGÍA DE DEPRESIÓN POSPARTO

Las diferencias en las frecuencias reportadas, de DPP, han sido determinadas, en primer lugar, por diferencias en la definición misma entre grupos de trabajo; el tipo de escala utilizada por cada uno de los autores; la escogencia de puntos de corte, en dichas escalas; y el tiempo, con relación al momento del parto, en el cual se hizo la medición, y en segundo lugar, por posibles diferencias genéticas y culturales entre las poblaciones.

Estudios, en diferentes lugares del mundo, revelan cifras de prevalencia que están alrededor del 13%^{49,50,51}. En América latina hay pocos datos disponibles; no obstante, un estudio reciente realizado en Chile y Costa Rica encontró valores de disforia severa y depresión, verdaderamente, alarmantes, cifras que fluctúan entre el 35% y 50%⁵². También, en Chile, Riscos L y otros⁵³, encontraron cifras de depresión atribuibles al posparto del

⁴⁹Beck, Op. Cit. 275-85

⁵⁰Johnstone Op. Cit. 35:69-74

⁵¹Romero ES, Lodo SM, et al. Depresión Posparto en el Área de salud de Toledo. *Atención Primaria* 1999; 24(4):215-19

⁵²Wolf A, De Andraca I, Lozoff B. Maternal depresión en three Latin American samples. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2002; 37(4) : 169-176

⁵³Risco L, Jadresic E, et al. Depresión posparto: alta frecuencia en púerperas chilenas, detección precoz, seguimiento y factores de riesgo. *Psiquiatría y Salud Integral* 2002; 2(1) : 61-6

32.5%, utilizando la escala de Edimburgo. Otros estudios mencionan prevalencias, que varían ampliamente. Nielsen F en Dinamarca⁵⁴, con población que asistió a la clínica antenatal del Aarhus University Hospital, entre el 1º de enero de 1994 y el 31 de diciembre de 1995, habiendo utilizado un punto de corte de 12, en la escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS), encontró a los cuatro meses, un valor de prevalencia en dichas mujeres de 5.5%. Igualmente Lee DT y otros⁵⁵, utilizando el EPDS, encontraron, en población China, prevalencias de 5.5%, medidas a las seis semanas posparto. Sin embargo, esto dos estudios presentan alta proporción de mujeres que no participaron, por lo que deben ser valorados con cautela. En América latina las prevalencias más bajas han sido reportadas en población que recibía asistencia en un hospital de Lima en el Perú⁵⁶; ellos, utilizando entrevista estructurada según criterios DSM –IV, encontraron una cifra de 5.92% en el primer año; pero excluyeron todas las mujeres que tenían menos de 7 años de instrucción, lo que de algún modo, podría ser un subrogado de malas condiciones socioeconómicas y, por lo tanto, no valoraron adecuadamente la proporción de personas afectadas. Por otra parte, estos autores discuten, también, que su población esta limitada a quienes fueron al hospital lo cual no sería reflejo de toda la población.

⁵⁴Nielsen, Op. Cit.1210

⁵⁵Lee DT, Yip SK, et al. Detecting postnatal depression in Chinese women. Validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal Psychiatry* 1998; 172: 433-37

⁵⁶Vega-Dienstmainer JM, Mazzotti G, et al. Prevalencia y factores de riesgo para depresión en mujeres posparto. *Actas Españolas de Psiquiatría* 1999; 27(5): 299-303

Cifras de prevalencia altas han sido mencionadas en otros lugares. Estudios como el de Patel V y otros⁵⁷, en la India, encontraron entre la sexta y octava semana posparto, datos del 23%.

No obstante, la mayoría de estudios presentan cifras de prevalencia, que fluctúan entre el 10 y 15%^{58,59,60}, aunque como se había mencionado, no ha habido ningún tipo de uniformidad en los diseños.

Estudios de incidencia, también, han sido llevados a cabo en diferentes lugares. Igualmente las cifras que se han encontrado varían ampliamente. 3.7%, al año, en Olmsted Minnesota⁶¹ a 38.2% en mujeres nulíparas, de estrato bajo, entre 3 semanas y 6 meses posparto, en Montreal Canadá⁶².

En nuestro país no se encontraron cifras disponibles, y aun menos en nuestra ciudad.

1.11 ESCALAS DE MEDICIÓN

⁵⁷Patel V, Rodrigues M, et al. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *American Journal Psychiatry* 2002; 159(1): 43

⁵⁸Johnstone Op. Cit.; 35:69-74

⁵⁹Romero. Op. Cit. .215-19

⁶⁰Georgiopoulos AM, Bryan TL, et al. Routine Screening for Postpartum Depression. *The Journal of Family Practice* 2001; 50(2): 117-22

⁶¹Bryan TL, Georgiopoulos AM, et al. Incidence of postpartum depression in Olmsted County, Minnesota. A population-based, retrospective study. *Journal Reproductive Medicine* 1999; 44(4): 351-8

⁶²Seguin L, PptvinL, et al. Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth* 1999; 26(3): 157-63

La entrevista estructurada, por parte de un psiquiatra calificado, basada en los criterios propuestos por APA, se considera el método de referencia. No obstante, en la determinación de DPP, se han utilizado escalas generales para diagnóstico de depresión, aunque su uso en mujeres puérperas ha sido limitado. Dentro de este grupo de pruebas, la más utilizada es el cuestionario de Beck AT, que fue desarrollado en 1961, y que ha sido utilizado como tamizaje por Investigadores, como Posner y otros⁶³.

En vista de los problemas que presentan las escalas generales para diagnosticar DPP, Cox JL y otros, desarrollaron en 1987, la escala de depresión de Edimburgo (EDPS), un cuestionario de 10 preguntas⁶⁴, las cuales describen sentimientos que reflejan depresión en los últimos 7 días. Este cuestionario ha sido validado ampliamente en diversos lugares, con diferentes poblaciones. Los valores para sensibilidad y especificidad, inicialmente encontrados por Cox, al utilizar un punto de corte de 12/13 fueron respectivamente 86% y 78%, con una confiabilidad de 0.88 y un valor predictivo positivo de 73%. Pero, los autores sugieren un umbral de 9/10 para aumentar la detección de casos.

⁶³Posner NA, Unterman RR, et al. Screening for postpartum depression. An antepartum questionnaire. *Journal Reproductive Medicine* 1997;42(4): 207-15

⁶⁴Cox Op. Cit. 782-876

A finales del año 2001 apareció una revisión sistemática de estudios de validación de EPDS⁶⁵⁴⁴, que encontró 18 estudios de validación de la escala desde 1987 hasta el año 2000. La sensibilidad varió entre el 65 y el 100%, la especificidad entre el 49 y 100%, con amplios intervalos de confianza posiblemente debido a diferencias en los diseños, lo que hace difíciles las comparaciones.

En América Latina EPDS, fue validado en Chile en 1995⁶⁶; allí con un punto de corte de 9/10, se encontró una sensibilidad de 100%, con especificidad de 80% y valor predictivo positivo de 37%.

El EPDS es una encuesta fácil y rápida de contestar; cada pregunta presenta cuatro respuestas posibles. Cada respuesta esta puntuada desde 0 hasta 3 dependiendo de la severidad de los síntomas. Las preguntas 1, 2, 4 se califican asignando a la primera respuesta un valor igual a cero, a la segunda uno, a la tercera dos y a cuarta tres. En las siete preguntas restantes las respuestas son valoradas a la inversa, es decir la última respuesta recibe calificación de cero y la primera cuatro.

1.12 TRATAMIENTO

⁶⁵Eberhard-Gran M, Eskild A, et al. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2001; 104(4): 243.

⁶⁶Jadresic E, Araya R, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPND) in Chilean postpartum women. *Journal Psychomatic Obstetric Gynecologic*. 1995; 16(4): 187-91

Vale la pena puntualizar, además, que el tratamiento podría reducir de manera sustancial los efectos deletéreos de la enfermedad sobre la madre, el niño y la familia.

Se mencionan múltiples formas de manejo. La terapia cognitivo conductual y los medicamentos antidepresivos son los más utilizados⁶⁷; aunque tratamientos con esteroides sexuales, terapia comunitaria y otras formas de manejo también han sido señalados^{68,69,70}.

Las guías para el tratamiento de la depresión en la mujer, recomendadas por el un comité amplio de expertos en el año 2001⁷¹, prefieren los tratamientos con psicoterapia sobre los medicamentos en caso de depresión durante la concepción, gestación o lactancia. Sin embargo, drogas como los inhibidores de la recaptación de serotonina y, en segundo lugar antidepresivos tricíclicos fueron mencionados como alternativas en gestación y lactancia.

⁶⁷ Appleby L, Warner R, et al. A controlled study of fluoxetine and cognitive- behavioural counseling in the treatment of depression. *British Medical Journal* 1997; 314: 932-40

⁶⁸ Ahokas Op. Cit. 332-6

⁶⁹ Hiscock H, Wake M. Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. *British Medical Journal* 2002; 321: 1062-67

⁷⁰ Zlotnick C, Johnson SL, et al. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy group intervention. *American Journal Psychiatry* 2001; 158(4): 638-40

⁷¹ Altshuler LL, Cohen LS, et al. The Expert Consensus Guidelines Series. Treatment of depression in women. *Postgraduate Medicine* 2001; (Special No): 1-107

Múltiples trabajos han mencionado la seguridad de los inhibidores de la recaptación de serotonina durante la lactancia^{72,73,74}.

De las hormonas, las únicas a la cuales se le ha encontrado alguna utilidad en el tratamiento han sido los estrógenos. Ellos han mostrado, en mujeres con deficiencia, que pueden ser una alternativa útil⁷⁵. Por el contrario un ensayo clínico no mostró ninguna utilidad con el uso de la tiroxina⁷⁶.

Otras formas de tratamiento propuestas han sido: el manejo de los problemas de sueño del infante⁷⁷, y la terapia de grupo^{78,79}, los cuales han sido mencionados como exitosos, aun cuando vale la pena notar que estos estudios adolecen de suficiente tamaño de muestra.

1.13 PRONÓSTICO

La depresión posparto es un evento extremadamente grave que puede afectar tanto el bienestar materno como la salud, el comportamiento y el

⁷²Ilett KF, Kristensen JH, et al. Distribution of venlafaxine and its O-desmethyl metabolite in human milk and their effects in breastfed infants. *British Journal Clinical Pharmacology* 2002; 53(1): 17-22

⁷³Epperson N, Czarkowski KA, et al. Maternal Sertraline treatment and serotonin transport in breast-feeding. *American Journal Psychiatry* 2001; 158(10): 1631-7

⁷⁴Hendrick V, Fukuchi A, et al. Use of sertraline, paroxetine and fluvoxamine by nursing women. *British Journal Psychiatry* 2001; 179: 163-6

⁷⁵Harris B, Oretti R, et al. Cit. 327-30

⁷⁶Harris B, Oretti R, et al. Randomised trial of thyroxine to prevent postnatal depression in thyroid-antibody-positive women. *British Journal Psychiatry* 2002; 180: 327-30

⁷⁷Hiscock Op. Cit. 321: 1062-67

⁷⁸Appleby Op. Cit.; 314: 932-40

⁷⁹O'Hara MW, Stuart S, et al. Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression. *Archives General Psychiatry* 2000; 57: 1039-45

desarrollo del niño. Existe evidencia que apunta al hecho de que mujeres que hayan tenido depresión mayor, en el periodo postnatal, puedan tener recurrencias de episodios depresivos mayores a lo largo de su vida⁸⁰. Además, se ha observado mayor número de suicidios en el primer año de posparto, asociados a enfermedad psiquiátrica grave⁸¹; y aun cuando el parto parece ser un factor protector para el suicidio, en todas las edades distintas de la adolescencia, no se ha logrado dilucidar claramente la relación que juega la DPP, en el riesgo de suicidio⁸². Aunado a lo anterior, y aún cuando hay artículos que le dan poca importancia⁸³, la mayoría de estudios demuestran, claramente, alteraciones del neuro – desarrollo, desarrollo emocional y del desarrollo cognitivo del niño^{84, 85, 86, 87, 88,89}, así como de la relación madre – hijo^{90, 91, 92} y problemas de sueño en el niño⁹³. Además,

⁸⁰Cooper PJ, Murray L. Curse and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry* 1995; 166(6): 826-27

⁸¹Appleby L, Mortensen PB et al. Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *The British Journal of Psychiatry* 1998; 173: 209-11

⁸²Gissler M, Hemminki E, et al. Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study *British Journal of Psychiatry* 1996; 313: 1431-34

⁸³Kurstjens S, Wolke D. Effects of maternal depression on cognitive development of children over first 7 years of life *Journal Child Psychology Psychiatry* 2001; 42(5): 623-36

⁸⁴Hay DF, Kumar R. Interpreting the effects of mothers' postnatal depression on children's intelligence: a critique and re-analysis. *Child Psychiatry Human Development* 1995; 25(3): 165-81

⁸⁵Hay DF, Pawlby S, et al. Intellectual problems show by 11-year-old whose mothers has postnatal depression *Journal Child Psychology Psychiatry* 2001; 42(7): 871-89

⁸⁶Brennan PA, Hammen C, et al. Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age 5. *Development Psychology* 2000; 36(6): 759-66

⁸⁷Galler J, Harrison R, et al. Maternal Depressive Symptoms Affect Infant Cognitive Development in Barbados. *Journal Child Psychology Psychiatry* 2000; 41: 747-57

⁸⁸Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Archives Psychiatry Nurse* 1998; 12(1): 12-20

⁸⁹Murray L, Hipwell A, et al. The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal Child Psychology Psychiatry* 1996; 37(8) 927-35

⁹⁰Murray L, Cowley F, et al. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development* 1996; 67: 2512-26

⁹¹Cooper PJ, Tomlinson L, et al. Post-partum depression and the mother infant relationship in South African peri-urban settlement *The British Journal of Psychiatry* 1999; 175: 554-558

⁹²Murray L, Stanley C, et al. The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Development Medical Child Neurology* 1996; 38(2): 109-19

dentro de los factores asociados a muertes violentas, en niños, se ha mencionado la DPP⁹⁴.

⁹³Hiscock H, Walke M. Infant Sleep Problems and Postnatal Depression: A Community-Based Study. *Pediatrics* 2001; 107(6): 1317-22

⁹⁴Haapasalo J, Peteja S. Mothers who killed or attempted to kill their child: life circumstances, child abuse, and types of killing. *Violence Victims* 1999; 14(3): 219-39

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Determinar la incidencia, magnitud y dirección de los factores riesgo asociados a depresión posparto en la población de mujeres puérperas del área metropolitana de Bucaramanga.

2.2 Específicos

- Determinar la incidencia de depresión posparto en la población de mujeres puérperas de Bucaramanga y su área metropolitana
- Establecer el peso de los factores socioeconómicos en el desarrollo de la enfermedad
- Establecer el peso que tienen los antecedentes personales y familiares, de enfermedad psiquiátrica, en el desarrollo de DPP
- Establecer el peso de la edad materna como factor para desarrollar depresión posparto
- Establecer el peso de factores obstétricos en el desarrollo de la enfermedad
- Determinar la importancia de factores inherentes al niño como factores para desarrollar depresión posparto

- Determinar la importancia de la falta de redes de apoyo social en la génesis de la enfermedad
- Determinar el tiempo al cual las mujeres de nuestra población presentan el evento

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 ENROLAMIENTO DE LAS PARTICIPANTES, SEGUIMIENTO Y DISEÑO

Tipo de estudio. Durante el período 2003 – 2004 se realizó un estudio observacional tipo cohorte, en el que 299 mujeres fueron seguidas durante seis semanas para determinar la aparición de depresión post parto.

Instituciones participantes. El estudio se realizó en once instituciones clínicas que atienden partos, con niveles de complejidad de atención clasificados entre primero y tercero, las cuales están situadas en Bucaramanga y el área metropolitana (Girón, Floridablanca, Piedecuesta). Estas instituciones atienden, según cifras no publicadas de la secretaria de Salud, en promedio 16.000 partos al año. En cada institución, después de que el comité interno de ética, o las directivas aprobaron el protocolo, se seleccionó una muestra proporcional al número de partos atendidos por ella.

Cálculo del tamaño de muestra. El tamaño de muestra, fue calculado en el paquete estadístico de Epi Info 6.04 (anexo A), con base en que:

1. la relación de mujeres expuestas: no expuestas debería ser de 4:1, de acuerdo con el segundo estudio Nacional salud mental en Colombia⁹⁵.
2. la prevalencia de depresión posparto esperada, entre las no expuestas, se calculó en 15.8 %, de acuerdo con un estudio de Albacete (España)⁹⁶.
3. el OR escogido fue 3.03, similar al mostrado por dicho estudio español.
4. se aceptó un nivel de confiabilidad del 95 %, y un poder, para detectar el evento explicatorio del 80%.
5. se previó un nivel de perdidas en el seguimiento de 20%.

De acuerdo con lo anterior se estimó que se deberían enrolar en la cohorte un mínimo de 282 mujeres.

3.2 SELECCIÓN DE SUJETOS

Criterios de elegibilidad. Mujeres en posparto inmediato, residentes de Bucaramanga y el área metropolitana de la ciudad.

Criterios de inclusión. Todas las mujeres elegibles respondieron la prueba de EDIMBURGO (anexo B) para depresión post parto; esta prueba toma valores entre 0 y 30, un puntaje superior a 10 indica sospecha de DPP. La prueba fue autodiligenciada, y mediante entrevista directa una auxiliar de enfermería,

⁹⁵Torres Y, Op. Cit.

⁹⁶Machado F, García T, Moya N, Bernabeu N, Cerdá R. Depresión Puerperal Factores relacionados. *Atención Primaria*, 1997; 20(4):161-166

que había sido previamente entrenada por un psiquiatra, aclaraba las dudas cuando alguna pregunta no fuera entendida. Las mujeres que puntuaron por encima de 10, en esta prueba, fueron evaluadas por un psiquiatra calificado quien, mediante entrevista semiestructurada, determinó si la paciente cursaba con un episodio depresivo y en consecuencia no podía ser enrolada.

La versión utilizada de la escala de Edimburgo fue traducción de los investigadores, de la versión original en inglés.

Criterios de exclusión. Evidencia de presentar retraso mental o haber dado a luz un feto muerto.

3.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El trabajo fue considerado como estudio de riesgo mínimo. Se cumplieron los lineamientos de la resolución 8430 de 1993 para la investigación con seres humanos en Colombia. Se tomaron todas las precauciones necesarias para mantener la privacidad y la confidencialidad de los participantes. Los sujetos fueron autónomos para decir su participación o su retiro. A cada persona se le asignó un código numérico, el cual sólo fue conocido por el investigador principal y fue su única identificación dentro del estudio. Del mismo modo, los formularios originales, solo fueron conocidos por el director de la

investigación. En el caso de las personas que quisieron conocer los resultados de su caso, individualmente, se les suministró la información respectiva, se les orientó y prestó ayuda para que logaran la atención necesaria, si esta era requerida.

El trabajo fue aprobado por el comité de ética de la facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander. Una vez que las personas aceptaron hacer parte del estudio, firmaron un formato de consentimiento (anexo C).

3.4 SEGUIMIENTO DE LOS SUJETOS

Una vez que las mujeres fueron enroladas respondieron un cuestionario (anexo D) que incluía información sobre variables socioeconómicas, antecedentes personales y familiares de enfermedad mental, estado de la relación marital, consumo de sustancias y, antecedentes obstétricos y del parto.

En la semana tres del posparto se les contactó, por segunda vez mediante llamada telefónica. Se les indagó por lo referente a: salud del recién nacido, satisfacción con el bebe, lactancia materna, agrado con los cuidadores del niño, y por la presencia de síntomas disfóricos en las semanas precedentes (anexo E). Nuevamente contestaron la prueba de Edimburgo, y quienes

presentaron puntajes superiores a 10 fueron, mediante entrevista semiestructurada, valoradas personalmente por el psiquiatra, quien determinó si presentaban síntomas depresivos compatibles con el inicio de un episodio depresivo mayor.

En la sexta semana del posparto se les contactó por tercera vez; contestaron de nuevo, la prueba de Edimburgo. Igual que en la oportunidad de la aproximación anterior, las mujeres que puntuaron por encima de 10, fueron evaluadas por el psiquiatra quien determinó si presentaban o habían presentado un episodio depresivo mayor. Además, sin importar el puntaje de esta oportunidad en la prueba de Edimburgo, todas las mujeres que habían sido evaluadas por el psiquiatra, en la segunda ocasión, fueron nuevamente evaluadas por este profesional.

En estas dos últimas entrevistas el psiquiatra indagó, además, por el día de inicio de los síntomas cuando la paciente cumplía los requisitos para tener un episodio depresivo mayor.

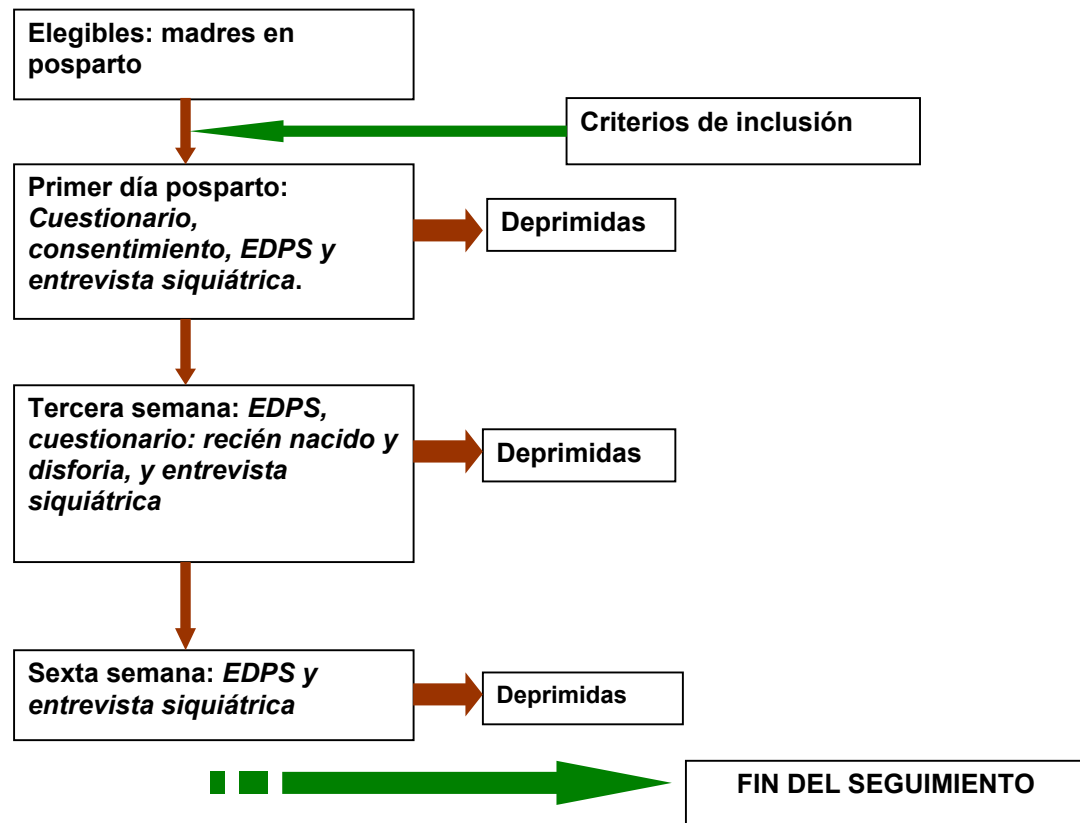
El psiquiatra no conoció, en ningún momento previo a la valoración, los puntajes de las pacientes en la prueba de Edimburgo.

De otra parte, al azar, fueron entrevistadas por el psiquiatra 5% de las pacientes que puntuaron por debajo de 10 en la primera, segunda y tercera entrevista con el fin de detectar pacientes que cumplieran los requisitos para hacerles diagnóstico de episodio depresivo mayor y que no se hubiesen detectado con el EPDS.

Para obtener una información precisa, los datos respecto a variables socioeconómicas, obstétricas, del parto o del recién nacido se contrastaron con la información que aparecía en la historia clínica de las pacientes, cuando aquella información había sido consignada.

Gráfico 1. Seguimiento realizado a las pacientes.

Seguimiento



3.5 VARIABLES

Un total de 43 variables fueron recolectadas en el binomio madre – hijo, todas con el fin de establecer las características de estos y de establecer la relación con DPP. Las variables fueron clasificadas de acuerdo a su forma funcional para el seguimiento de la cohorte ó el modelo explicatorio.

Variable dependiente. La variable dependiente fue el tiempo transcurrido hasta la aparición de casos incidentes de DPP; esta se determinó durante el seguimiento realizado hasta la sexta semana post parto mediante entrevista psiquiátrica, según criterios del DSM IV⁹⁷ (inicio en las primeras cuatro semanas de vida del posparto y haber estado presente, por lo menos en dos semanas continuas).

Variable predictora. Antecedentes personales de episodios de depresión antes de la gestación, según la información suministrada por la paciente en la primera entrevista.

Factores confusores. 42 variables relacionadas con la madre y el niño (anexo F), reportadas en la literatura se indagaron en las dos entrevistas iniciales:

- *Socioeconómicas:* Edad, nivel educativo, lugar de procedencia –urbano o rural -, estrato socioeconómico (de acuerdo con dirección de la residencia o nivel aparecido en el recibo de luz), estado civil, tipo de trabajo, y régimen de atención médica.
- *Psiquiátricas:* Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica, antecedentes familiares de depresión, antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica, antecedentes de enfermedad psiquiátrica durante

⁹⁷American Psychiatric Association. "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". DSM-IV, criterios diagnósticos, Masson, Barcelona 1995

la gestación, antecedentes de depresión durante la gestación, antecedentes personales de ansiedad, autoestima, relación marital, antecedentes vitales durante la gestación, presencia de disforia, consumo de cigarrillo antes del embarazo, consumo de cigarrillo durante el embarazo, consumo de drogas antes del embarazo, consumo de drogas durante el embarazo, consumo de alcohol antes del embarazo y consumo de alcohol durante el embarazo.

Disforia o “blue posparto”, se definió como un episodio aparecido entre el segundo y tercer día del posparto, caracterizado por ansiedad, tristeza, episodios de llanto y confusión, que no durara más de dos semanas. Para su medición, los autores construimos una escala que indagaba por la presencia de los síntomas característicos del trastorno⁹⁸.

Se consideraron acontecimientos vitales ocurridos durante la gestación a: el cambio de domicilio, el fallecimiento de algún miembro de la familia, la pérdida del trabajo de la paciente o de su compañero, enfermedad grave de la paciente o algún miembro de la familia, o a cualquier otra situación que le hubiese causado mucha preocupación.

- *Obstétricas*: deseo de la gestación, control y número de controles prenatales, número de hijos, edad gestacional, y tipo de parto.

⁹⁸Henshaw Op. Cit. 33-42

- *Relacionadas con el recién nacido:* género del recién nacido, peso del niño al nacer, estado de salud del recién nacido, satisfacción con el recién nacido, intención de lactancia, problemas con la alimentación del recién nacido, tipo de alimentación del recién nacido, información sobre cuidados del recién nacido, satisfacción del compañero con el recién nacido, separación del recién nacido y satisfacción con los cuidadores del niño.

3.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

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

Análisis Descriptivo. Las variables en escala de medición continua (edad, nivel educativo alcanzado, edad gestacional, peso y talla del recién nacido) se resumieron con la mediana y el rango intercuartílico, dado que ninguna de ellas siguió una distribución normal.

Las variables en escala de medición numérica discreta (nivel educativo, número de controles prenatales, número de hijos) se resumieron con la mediana, y en porcentajes.

Las variables en escala de medición ordinal (estrato socioeconómico, calidad de la relación marital, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de droga, disforia y acontecimientos vitales durante la gestación) se resumieron en porcentajes.

Las variables en escala de medición nominal (procedencia, estado civil, trabajo del compañero o de la paciente, régimen de atención médica y todas las demás con salidas dicotómicas – deseo del embarazo, género del recién nacido, problemas con la alimentación del menor, tener información sobre los cuidados del niño y haber tenido que separarse del menor en las primeras tres semanas -) se resumieron en porcentajes. Las categorías originales de: régimen de atención, que originalmente correspondían a atención prepagada y a atención particular se agruparon junto con las mujeres que tenían atención por régimen contributivo dado que solo había una paciente en cada una de esas categorías. Salud del recién nacido se agrupó en dos categorías: por un lado las pacientes sanas o que se encontraban con enfermedad leve, y por otro las pacientes que requirieron atención en

cuidado intermedio, dado que cuando se buscó asociación estadística con la presencia de DPP esta fue la forma como emergió dicha asociación.

El empleo de la paciente se agrupó en dos categorías finales: en una, las personas con trabajo formal y en la otra las personas desempleadas o las personas que tenía trabajos no calificados.

Los antecedentes personales de ansiedad se agruparon para el análisis final en dos grupos: en uno las mujeres que tenían algún antecedente que indicará que la paciente había estado ansiosa, y en otro las que no se les documentó ningún antecedente al respecto.

La autoestima se agrupó en dos niveles: en uno las personas que se catalogaron como que tenían buena autoestima y en el otro se dejaron aquellas con regular o mala, dado que en el nivel de mala autoestima solo estaban dos participantes.

Acontecimientos vitales se agrupó en dos categorías: en una quienes no habían tenido ningún acontecimiento de este tipo, y la otra aquellas personas con uno o más de ellos.

Los consumos de tabaco, de droga y de alcohol antes y durante la gestación se agruparon como: mujeres con algún consumo y aquellas nunca consumidoras.

El control prenatal fue categorizado como ausencia de control cuando no hubo o el número de controles fue de tres o menos y evidencia de control cuando la cifra de controles fue superior a tres durante la gestación.

Disforia fue categorizada como: síntomas leves o no tener síntomas y síntomas moderados o severos.

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

Análisis Bivariado. Se estableció la relación entre las variables independientes con la presencia de DPP en términos de razón de tasas (IRR), de acuerdo con las recomendaciones de Greenland S y Rothman K⁹⁹. Se tuvieron en cuenta los valores de p , en las pruebas de Chi cuadrado, para establecer asociación estadística de las variables nominales y ordinales

⁹⁹Greenland S, Rothman K. Fundamentals of Epidemiologic Data Analysis en Modern Epidemiology. Second edition 1998. Ed. Lippincott Williams & Wilkinscap. Buenos Aires Argentina. Cap.13, P. 201-229

analizadas con la presencia de DPP. Cuando se presentaron frecuencias menores a cinco en alguna de las casillas de las tablas de contingencia se tuvo en cuenta la prueba exacta de *Fisher*. La relación de variables, en escalas numéricas, con DPP se estableció mediante la prueba de t de student. Se asumió, como estadísticamente significativa, una probabilidad < 0.05.

Variables de confusión. Mediante análisis estratificado, todas las variables asociadas a DPP, con niveles de $p < 0.2$, se consideraron factores de confusión; ellas fueron: El nivel educativo de la mujer, el tipo de trabajo de la paciente, los antecedentes de depresión durante la gestación, el nivel de autoestima de la mujer, los antecedentes personales de ansiedad, haber tenido acontecimientos vitales durante la gestación, el consumo de droga antes de la gestación, la ausencia de control prenatal, la salud del niño, haber tenido problemas con la lactancia, y el antecedente de disforia.

La asociación del nivel educativo con DPP se probó con la variable de diferentes maneras:

1. forma continua de la variable
2. personas que cursaban o máximo habían concluido la educación primaria, y personas por sobre este nivel

3. pacientes que cursaban o máximo habían concluido la educación secundaria, y personas sobre este nivel

4. y la forma, como se decidió finalmente trabajarla: por un lado, pacientes que habían llegado hasta noveno grado (educación básica) y, por el otro, personas que superaban este nivel (media vocacional o educación superior)

Antecedentes de depresión durante la gestación, antecedentes de ansiedad, autoestima acontecimientos vitales durante la gestación, consumo de tabaco y de droga antes de la gestación, y antecedentes de disforia fueron probados con la variable original, la cual estaba en escala ordinal y con las variables categorizadas de forma dicotómica.

El tipo de trabajo de la paciente fue analizado con la variable original, en las categorías de la OIT, mas una última de desempleada, y en forma dicotómica, como se mencionó anteriormente. De la misma forma se manejó la variable trabajo del compañero.

Control prenatal fue explorado en su forma original; pero, dado el comportamiento de la asociación con la presencia de DPP, se decidió agruparlo en dos categorías. Por un lado, las pacientes que durante la gestación habían asistido a tres o menos controles y, por otro, las que habían asistido a cuatro o más.

Edad gestacional, talla y peso del recién nacido fueron analizados en forma continua.

Salud del recién nacido se evaluó como originalmente estaba en la base de datos y se ensayó, además, en dos categorías: sano contra enfermo, y en otras dos: sano o muy grave contra estar en Unidad de Cuidado Intermedio, que fue la que mostró mayor significancia estadística.

Problemas con la lactancia fue ensayado en la forma original.

Análisis Multivariado

Estimación de la función de supervivencia. Se estimó la función de supervivencia (para este caso permanecer libre de la enfermedad) de toda la cohorte, mediante tablas de sobrevida y el método de Kaplan – Meier (anexo 7); y la función de supervivencia estratificando la cohorte según las pacientes hubiesen tenido o no antecedentes personales de depresión (anexo 8). El momento de inició de la enfermedad se consideró como el momento de ocurrencia de un evento, determinante de la cantidad de tiempo – persona con que cada uno de estos sujetos contribuyó al seguimiento.

Estimación de Kaplan – Meier de la función de tasa (hazard. Se estimó el hazard de la siguiente forma: $h(t) = e_i / (n_i * d_i)$, donde e_i : es el número de eventos en el intervalo; n_i : la población en el momento en que ocurrió un evento; y d_i : la duración del intervalo, el cual se definió como el tiempo hasta el próximo evento. A continuación se construyeron curvas de supervivencia. Una general (gráfico 3), y curvas comparativas de supervivencia entre las pacientes sin historia de depresión previa y aquellas con dicho antecedente (gráfico 4). Se consideró supervivencia hasta cuando las personas presentaron DPP, o hasta que se censuraron por finalización del seguimiento o por pérdida. Las curvas se compararon mediante las pruebas de log – rank y de Wilcoxon; con un valor de $p < 0.05$ se consideró que no había igualdad de la función de sobrevivencia a través de los grupos.

Modelaje. Todas las variables, que en análisis bivariado estuvieron asociadas a DPP con $p < 0.2$, fueron probadas en modelos de tasas proporcionales (regresión de Cox), junto a la variable predictora (antecedentes personales de depresión), con el fin de determinar cual de ellas producía cambios de más del 10% en el valor estimado del hazard ratio (HR) de los antecedentes personales de depresión. Todas las variables que cumplieron este requisito fueron incluidas en un modelo, el cual se evaluó nuevamente, con y sin cada una de ellas, hasta encontrar el modelo en el

que cualquier variable, que fuera sacada, producía un cambio mayor del 10% en dicha estimación del hazard¹⁰⁰.

Las variables que resultaron asociadas fueron: los antecedentes personales de depresión, los antecedentes personales de depresión durante la gestación, el nivel de autoestima de la paciente, el antecedente de control prenatal y la presencia de disforia.

En el proceso de construcción del modelo los antecedentes personales de depresión, fueron manejados en forma dicotómica (las mujeres que no los tenían, contra las que si).

Una vez obtenido el modelo final (tabla 3), por el procedimiento descrito de cambio en el estimado, se obtuvieron otros dos modelos: uno en el cual se dejó solo la variable predictora más la ausencia de control prenatal (tabla 4), y otro en el que se incluyó la presencia de disforia aunada a control prenatal y al antecedente personal de depresión (tabla 5). En el primer caso esto se hizo porque todas las variables del modelo final con excepción de control prenatal pueden ser parte de un continuo de una misma enfermedad; y en el segundo porque las únicas variables que presentaban estimados de HZ, en

¹⁰⁰Greenland S. Introduction to Regression Modeling en Modern Epidemiology. Second edition 1998. Ed. Lippincott Williams & Wilkinscap. Buenos Filadelfia. Cap.21, Págs.401-432

el modelo final, con asociación significativa con depresión posparto fueron la ausencia de control prenatal y la presencia de disforia.

Evaluación de supuestos del modelo. En los modelos finales no se introdujo ninguna variable continua, por lo tanto no hubo ningún factor relacionado linealmente con el logaritmo de la tasa de incidencia, y por lo tanto no se violó esta premisa.

Se evaluó la premisa de proporcionalidad gráfica y matemáticamente. Se realizaron curvas por cada covariable de: **- $\ln$ (- $\ln$ (*sobrevida*)** contra el **$\ln$ (*análisis de tiempo*)**; y se utilizó el rank test, para determinar si existían diferencias significativas de proporcionalidad, que supusieran una violación de la premisa.

Evaluación de la bondad de ajuste del modelo. Los modelos finales se sometieron a pruebas de bondad de ajuste mediante la prueba de May S y Hosmer DW para determinar:

1. Que tan bien, cada modelo total ajusta los datos, mediante los residuales de Cox – Snell.

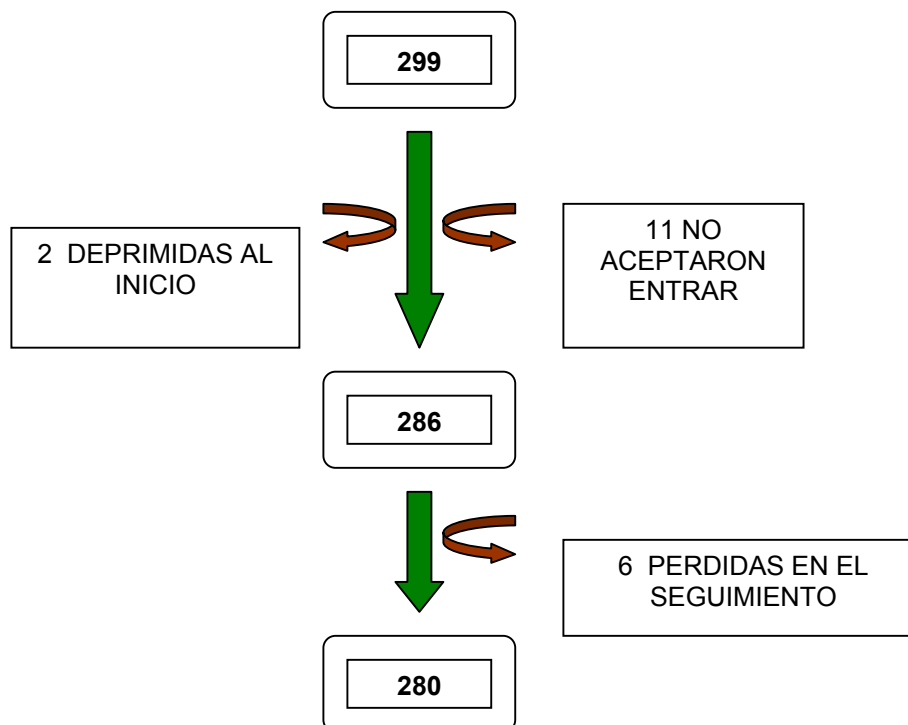
2. La forma funcional como las variables entraron en cada modelo, por residuales martingale. Pero dado que todas las variables estaban medidas en escala nominal esta valoración no tuvo mucho sentido.
3. Datos extremos, mediante el examen de puntos de “leverage”.
4. La precisión, del modelo final e identificación de datos extremos, mediante los residuales de desviación

4. RESULTADOS

4.1 DESCRIPCIÓN DE LA COHORTE

De las 299 mujeres contactadas, once por diversos motivos finalmente a pesar de haber firmado el consentimiento informado, no aceptaron entrar en el estudio y dos de las restantes no fueron incluidas por estar deprimidas en el momento del parto. De las 286 mujeres restantes seis no completaron las seis semanas de seguimiento.

Gráfico 2. Descripción de la cohorte



Las 286 mujeres, participantes en el seguimiento, provenían de 11 instituciones de salud de Bucaramanga (anexo I).

La mediana de la edad fue 25 años con rango intercuartílico de 11. La menor edad fue 14 años y la mayor 43. El promedio fue de 25.8 años [95% CI 25.03 – 26.56], desviación estándar (DS) de 6,55. La distribución de la variable no fue normal (Prueba de Shapiro Wilk: 0,96; $p < 0,000$). 25.5% tenían 20 o menos años, y 13.3% tenían 35 o más años.

La mediana, de los años concluidos de educación formal, fue 9 años; rango intercuartílico de seis. El menor número de años de educación formal concluidos fue uno y el máximo de 17. El promedio fue 8.94 años de educación formal terminada [95% CI 8.47 – 9.40], DS: 3.98 años. Esta variable tampoco se distribuyó normalmente (Prueba de Shapiro Wilk: 3.53; $p < 0,00021$)

En estrato cinco solo había tres personas y en estrato seis había una. Solo una paciente tuvo medicina prepagada y una fue atendida particularmente.

Sesenta por ciento estaban desempleadas y 22.46% tenían trabajos no calificados. 60.35% de los compañeros trabajaban en empleos no calificados y el 5.29% de ellos estaba desempleado.

122 mujeres, el 42.66% de la cohorte, eran primigestantes. Para una de las mujeres, la que más hijos había tenido, este era el séptimo.

El 10.49%, treinta mujeres, no realizaron ni un control prenatal; 25.87% fueron cuando más a tres controles, y solo 8, el 3.13%, fueron en 9 ocasiones a control médico durante el embarazo.

La edad gestacional de los recién nacidos varió entre 27 y 42 semanas, con un 7.39% de los niños en edades menores de 36 semanas; la mediana fue de 39 con un rango intercuartílico de 2, el promedio fue 38.77 semanas [IC95% 38.53 – 39.01], desviación estándar de 2.03. Prueba de Shapiro Wilk, para normalidad, negativa (0.8236, $p = 0.0000$).

El peso del recién nacido varió entre 876 y 4700 gramos, mediana de 3204.5, rango intercuartílico de 550. El promedio fue de 3195.08 gramos, [IC 95% 3135.18 – 3254.1], con desviación estándar de 514.7 gramos. Prueba de Shapiro Wilk, para normalidad, negativa (0.9499, $p = 0.0000$).

La talla del recién nacido varió entre 31 y 57 centímetros, mediana de 50, rango intercuartílico de 3. El promedio fue 49.9 [IC95% 49.54 – 50.25], con desviación estándar de 3.05 centímetros. Prueba de Shapiro Wilk, para normalidad, negativa (0.905, $p = 0.0000$).

Ciento cincuenta y ocho mujeres, el 55.24%, presentaron algún síntoma de “blue posparto”.

Tabla 1. Características de base de las mujeres de la cohorte

Variable	Edad de la gestante (Años)			
	n	14 a 20	21 a 34	35 a 43
	73	175	38	
Tasas de DPP §		0.6 (0.1, 1.8)	1 (0.6, 4.3)	1.8 (0.7, 3.4)
<u>Variables socioeconómicas</u>				
Procedencia (286) †				
Rural		2.7 (0.3, 9.5)	4 (1.6, 8.1)	0(0, 9.3)
Escolaridad (286) †				
9 años o menos		63.0 (50.9, 70.0)	48.6 (40.1, 53.2)	48.6(40.1, 3.2)
Nivel socioeconómico (286) ‡				
0	-	1.1 {2}	-	
1	30.1 {22}	20{35}	18.4 {14}	
2	42.5 {31}	40.6 {51}	36.8 {14}	
3	21.9 {16}	29.7 {72}	28.9 {11}	
4	5.5 {4}	8.6 {15}	15.8 {6}	
Estado Civil (285) ‡				
Soltera		27.4 {20}	13.7 {24}	10.8 {4}
Casada		5.5 {4}	33.1 {58}	40.5 {15}
Separada		4.1 {3}	2.9 {5}	5.4 {2}
Unión libre		63.1 {46}	50.3 {88}	40.5 {15}
Viuda		-	-	2.7 {1}
Seguridad social (286) ‡				
Ninguno		5.5 {4}	2.9 {5}	2.6 {1}
Subsidiado		34.3 {25}	18.3 {32}	28.9 {11}
ARS		24.7 {18}	18.9 {36}	13.2 {5}
Contributivo		35.6 {26}	60 {105}	55.3 {21}
Empleo paciente (285) †				
Desempleada		94.5 (86.6, 98.5)	79.9 (73.2, 85.6)	71.1(54.1,84.6)
Empleo del compañero (227) †				
Desempleado		72 (57.5, 83.8)	64.4 (56.0, 72.1)	61.3(42.2,78.2)

Variable	Edad de la gestante (Años)			
	n	14 a 20	21 a 34	35 a 43
	73	175	38	
<u>Antecedentes de enfermedad mental</u>				
Enfermedad siquiátrica en la familia (286) †				
Positivos	11 (4.9, 20.5)	11.4 (7.1, 17.1)	18.4(7.7, 34.3)	
Depresión en la familia (286) †				
Positivos	11 (4.8, 20.5)	12 (7.6, 17.8)	7.9 (1.7, 21.4)	
Enfermedad siquiátrica en la paciente (285) †				
Positivos	4.1 (0.8, 11)	0	0	
Depresión (286) †				
Positivos	41.1 (29.7, 53.2)	28 (21.5, 35.3)	42.1(26.3,59.2)	
Enfermedad siquiátrica en la gestación (285) †				
Positivos	0	0	0	
Depresión en la gestación (286) †				
Positivos	23.3 (14.2, 34.6)	9.7 (5.8, 15.1)	18.4(7.7, 34.3)	
Ansiedad (286) †				
Positivos	53.4 (41.4, 65.2)	56 (48.3, 63.5)	60.5 (43.4, 70)	
Mala autoestima (286) †				
Positivos	43.8 (32.2, 55.9)	34.9 (27.8, 42.4)	47.4(31.0,64.2)	
Mala relación marital (241) †				
Positivos	16.1 (7.6, 28.3)	8 (4.2, 13.5)	32.4(17.4,50.5)	
Acontecimientos vitales en la gestación (286) ‡				
Ninguno	28.8 {21}	38.3 {67}	36.8 {14}	
Uno	21.9 {16}	31.4 {55}	44.7 {17}	
Dos	30.1 {22}	22.3 {39}	5.3 {2}	
Tres	17.8 {13}	5.1 {9}	13.2 {5}	
Cuatro o más	14.1 {1}	2.9 {5}	-	
Consumo de tabaco antes de la gestación (286) †				
Positivo	15.1 (6.7, 23.5)	15.4 (10, 20.8)	18.4(5.5, 31.3)	
Consumo de tabaco durante la gestación (266) †				
Positivo	2.7 (0.3, 9.5)	4.6 (2, 8.8)	2.6 (0.1, 13.8)	
Consumo de droga antes de la gestación (286) †				
Positivo	2.7 (1.1, 6.6)	0.6 (0.5, 1.6)	7.9 (1.1, 16.9)	

Variable	Edad de la gestante (Años)			
	14 a 20		21 a 34	35 a 43
	n	73	175	38
Consumo de droga durante la gestación (286) †				
Positivo		0	0	2.6 (1, 3.8)
Consumo de alcohol antes de la gestación (286) †				
Positivo		69.9 (58, 80)	59.4 (51.8, 66.8)	57.9(40.8, 3.7)
Consumo de alcohol durante la gestación (285) †				
Positivo		13.7 (6.8, 23.8)	17.8 (12.4, 66.8)	10.6(2.9, 24.8)
Disforia (286) †				
Presente		39.7 (28.5, 51.9)	36.9 (27.8, 42.4)	31.6(17.5,48.7)
<u>Antecedentes Obstétricos</u>				
Planeación de la gestación (286) †				
No deseada		21.9 (13.1, 33.1)	40.6 (33.2, 48.2)	44.7(28.6, 61.7)
Control prenatal (286) †				
Negativo		39.7 (28.5, 51.9)	20.6 (14.8, 27.3)	23.7 (11.4, 40.2)
Paridad (286) ‡				
Primigestantes		76.7 {56}	35.4 {62}	10.5 {4}
1 a 3 hijos		23.3 {17}	61.7 {108}	65.8 {25}
Múltiparas		-	2.9 {5}	23.7 {9}
Vía del parto (286) ‡				
Natural		61.6 {45}	52.6 {92}	55.3 {21}
Cesárea programada		6.9 {5}	11.4 {20}	21.1 {8}
Cesárea urgencias		28.8 {21}	34.9 {61}	23.7 {9}
Instrumentado		2.7 {2}	1.1 {2}	-
<u>Antecedentes relacionados con el recién nacido</u>				
Género (286) †				
Hombre		53.4 (41.4, 65.2)	46.9 (39.3, 54.6)	55.3(38.3, 1.4)
Salud del RN (286) †				
Cuidado intermedio		4.1 (0.9, 11.5)	6.9 (3.6, 11.7)	10.5 (3, 24.8)
Satisfacción materna con el RN (286) ‡				
Muy satisfecha		50.7 {37}	60.0 {105}	57.9 {22}
Satisfecha		48.0 {35}	39.4 {69}	42.1 {16}
Poco satisfecha		1.4 {1}	0.6 {1}	-

Variable	Edad de la gestante (Años)			
	14 a 20		21 a 34	35 a 43
	n	73	175	38
Satisfacción del padre con el RN (264) ‡				
Muy satisfecho		48.5 {32}	60.3 {97}	54.1 {20}
Satisfecho		50.0 {33}	39.8 {64}	46.0 {17}
Desilusionado		1.5 {1}	-	-
LM antes de la tercera semana (286) †				
Ausencia		2.7 (0.3, 9.5)	0	0
Problemas con la LM (286) †				
Positivos		17.8 (9.8, 28.5)	17.7 (12.4, 24.2)	15.8(6.0, 31.3)
Alimentación del RN en la tercera semana postnatal (286) ‡				
LM exclusiva		76.7 {56}	66.9 {117}	65.8 {25}
Seno y biberón		19.2 {14}	32.0 {56}	34.2 {13}
Biberón exclusivo		4.1 {3}	1.1 {2}	-
Información previa sobre cuidados del RN (283) †				
Negativa		61.6 (49.6, 72.8)	54.9 (47.2, 62.5)	62.2(44.8,77.5)
Separación del RN en las primeras tres semanas (286) †				
Positiva		13.7 (6.8, 23.8)	20.0 (14.3, 26.7)	23.7(11.4, 40.2)
Satisfacción materna con los cuidadores del RN (53) ‡				
Muy satisfecha		30.0 {3}	25.7 {9}	50.0 {4}
Satisfecha		40.0 {4}	62.9 {22}	37.5 {3}
Poco satisfecha		30.0 {3}	11.4 {4}	12.5 {1}
Edad gestacional (284) ‡				
Semanas		38.4 (37.7, 39.0)	38.9 (38.7, 39.1)	39.0(38.2,39.8)
Talla RN (286) ‡				
Centímetros		49.7 (48.8, 50.6)	49.8 (49.4, 50.25)	50.5(49.6, 1.5)
Peso del RN (286) ‡				
Gramos		3079.1	3223.8	3285.6
(2942.4, 3215.8)		(3153.6, 3293.9)	(3107.4,3463.8)	

§ Tasa de incidencia, en episodios por cada 1000 días (IC 95%)

†: % (IC 95%). ‡: % {n}. ‡: Promedio (IC 95%), RN: Recién nacido. LM: Lactancia materna.

4.2 PERSONAS NO ENROLADAS Y PERDIDAS EN EL SEGUIMIENTO

Las once personas que no aceptaron participar no se diferenciaron significativamente de quienes lo hicieron. Entre quienes no participaron el promedio de edad fue de 23.2 años; 36.3% tenían antecedentes personales

de depresión; y 54.5%, de ellas, habían realizado más de tres controles prenatales.

De seis personas perdidas durante el seguimiento cuatro tenían antecedentes personales de depresión, sin embargo la diferencia no fue significativa con respecto a quienes pudieron ser seguidas (prueba exacta de *Fisher*, $p = 0.10$)

4.3 RESULTADO DE LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES NEGATIVAS AL EDPS

El 5% de quienes resultaron negativas en la prueba de Edimburgo (14 en cada momento), al inicio, a las tres y a las seis semanas, fueron entrevistadas por el psiquiatra. La escogencia de estas pacientes fue realizada al azar, por el investigador principal. Ninguna de ellas fue clasificada como positiva por el psiquiatra, quien las valoró enmascarado al resultado de la prueba.

4.4 TIEMPO EN LA COHORTE E INCIDENCIA

El promedio de tiempo que las mujeres, de la cohorte, aportaron al seguimiento fue 42.5 días, [IC95% 41.7 – 43.20], con desviación estándar de

6,5. El menor aporte fue seis días y el mayor fue 54, la mediana de seguimiento fue 43 días con rango intercuartílico de 3.

La tasa de incidencia global de DPP fue de 0.9885 casos por cada 1000 días – persona de seguimiento. Entre las personas que tenían antecedentes personales de depresión la tasa de incidencia de DPP fue de 2.2825 casos por cada 1000 días – persona de seguimiento, mientras que entre las personas que no tenían antecedentes personales de depresión la tasa de incidencia fue de 0.366 casos por cada 1000 días – persona de seguimiento. La diferencia, cruda, de tasas fue de 1.91 casos por cada 1000 días – persona de seguimiento, [IC95% 0.36 – 3.46]. La razón, cruda, de tasas (RR) fue de 6.24, [IC95% 1.55 – 35.81]. La fracción atribuible a la exposición fue de 83.96% [IC95% 35.75 – 97.20]. La proporción, cruda de casos de DPP prevenibles, si no hubiera el antecedente personal de depresión, en algunas mujeres, sería del 62.97%.

Gráfico 3. Curva de Kaplan – Meier, no ajustada, en toda la cohorte.

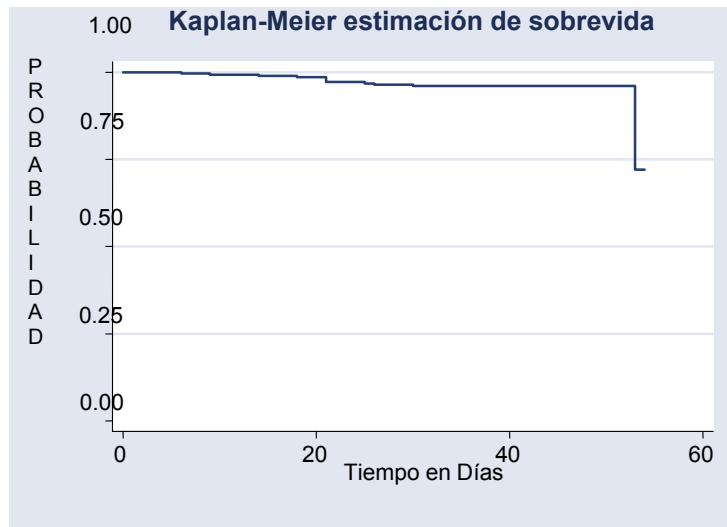


Gráfico 4. Curvas de Kaplan – Meier, según hubiese antecedentes personales de depresión

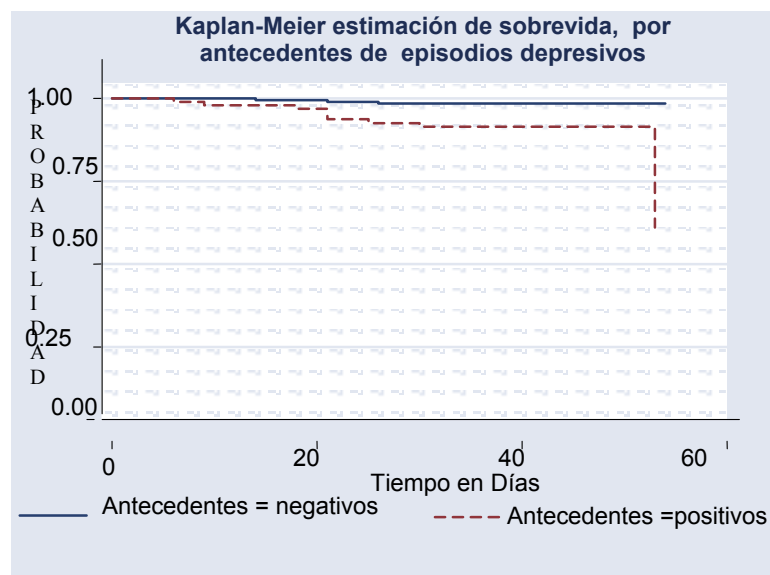


Tabla 2. Análisis bivariado: Razón de tasas de incidencia (IRR) para DPP en las variables asociadas ($p < 0.20$). DPP en Bucaramanga, Colombia. 2004

Razón de tasas (IRR) total y por edad de la gestante (años)					
Variable n 286	Total 73	14 a 20 175	21 a 34	35 a 43 38	
Escolaridad (años)					
Menos de 9	4.4 (0.9, 41.1) *			6.4 (0.8, 293)	1.7 (0.1, 100)
Antecedentes de depresión					
Positivos	6.2 (1.6, 35.8)			3.6 (0.6, 24.7)	
Depresión en la gestación					
Positivos	6.3 (1.7, 23.6)	3.3 (0.0, 260)		7.9 (1.2, 46.4)	9.3 (0.5, 547)
Presencia de ansiedad	2.4 (0.6, 13.5)	0.8 (0.0, 63.9)		2.0 (0.3, 21.2)	
Mala autoestima	8.3 (1.8, 77.7)			12.0 (1.5, 551)	2.3 (0.1, 135)
Consumo de psicoactivos	4.3 (0.1, 29.9)				6.7 (0.1, 128)
Sin control prenatal †	5.9 (1.6, 26.8)	3.0 (0.4, 17.7)			
Hospitalización del RN ‡	5.2 (0.9, 20.7)			5.7 (0.5, 35.0)	4.8 (0.1, 92.6)
Problemas con la lactancia	2.4 (0.5, 8.9)	4.7 (0.1, 368)		1.9 (0.2, 11.6)	2.4 (0.0, 46.9)
Síntomas de disforia	20.0 (2.9, 863)				4.5 (0.2, 266)
Desempleo ¶	0.135				
Acontecimientos vitales ¶	0.005				

* IRR (IC 95%). † 3 ó menos controles. ‡ Hospitalización en cuidados intermedios. | Leves o moderados. ¶ Test exacto de Fisher; el desempleo incluye trabajo no calificado.

Cuando se evaluaron las variables: ocupación de la mujer y acontecimientos vitales sucedidos durante la gestación, se pudo determinar que todas las mujeres que tenían el resultado final, DPP, se encontraban en la categoría de riesgo, lo cual hace imposible el cálculo de la razón de tasas; sin embargo, cuando se abordó dicha asociación con una prueba de chi cuadrado estas variables resultaron asociadas a DPP con unos niveles de

$p < 0.103$ y $p < 0.008$ respectivamente, lo que llevó a que dichas variables fueran tenidas en cuenta en la construcción de los modelos de tasas ajustadas.

4.5 MODELOS AJUSTADOS

Las tablas 3, 4 y 5 muestran los modelos ajustados, por las variables que permanecieron luego del proceso de construcción de los mismos.

El modelo uno corresponde al modelo obtenido directamente por el proceso de construcción de acuerdo al cambio en el estimado. En este quedaron incluidas cuatro variables de carácter psiquiátrico y una variable que tiene que ver con redes de apoyo sociales durante la gestación. Sin embargo las cuatro variables psiquiátricas pudieran hacer parte del cortejo sintomático del episodio depresivo mayor.

4.6 MODELOS FINALES POR CAMBIO EN ESTIMADO DE HZ

Tabla 3. Modelo 1. Log – likelihood: – 47.613

Variable	HZ	IC 95%	p
Antecedentes personales de depresión	1.53	0.30, 7.72	0.604
Antecedentes personales de depresión durante la gestación	2.01	0.54, 7.51	0.296
Mala autoestima	3.89	0.70,21.46	0.118
Ausencia de control prenatal	3.77	1.09,13.03	0.036
Presencia de disforia	11.85	1.46,95.99	0.020

HZ: Hazard ratio.

En el modelo dos se fuerzan a salir: la mala autoestima, los antecedentes personales de depresión durante la gestación y la presencia de disforia y se mantiene solo la variable predictora, antecedentes personales de depresión y la ausencia de control prenatal. Este procedimiento evitaría la posible colinearidad, que pudiera presentarse, entre las variables implicadas, y garantizaría que no se esta midiendo varias veces la misma variable.

Tabla 4. Modelo 2. Log – likelihood: – 55.98

Variable	HZ	IC 95%	p
Antecedentes personales de depresión	4.96	1.31, 18.74	0.018
Ausencia de control prenatal	4.76	1.41,16.08	0.012

HZ: Hazard ratio.

El modelo tres, es un modelo en donde se fuerzan a salir las variables mala autoestima y antecedentes personales de depresión durante la gestación por la misma razón de una posible colinealidad; pero en este caso se dejó la variable disforia ya que ella tiene en todos los modelos el más alto HZ, y además los criterios clínicos utilizados del DSM IV la diferencian claramente de la DPP.

Tabla 5. Modelo3. Log – likelihood: – 49.50

Variable	HZ	IC	p
Antecedentes personales de depresión	3.87	1.02 – 14.65	0.046
Ausencia de control prenatal	3.87	1.13 – 13.24	0.031
Presencia de disforia	15.13	1.94 – 118.2	0.010

HZ: Hazard ratio.

Al evaluar la proporcionalidad de la razón de tasas, sobre el tiempo, basados en la generalización de Grambsch y Therneau (1994), se encontró que el modelo uno viola esta premisa fundamental de la regresión de Cox (proporcionalidad entre tasas de DPP de los sujetos con y sin el antecedente personal de depresión) $p = 0.0044$, aunque esto no es evidente en la valoración gráfica (anexo J). En los modelos dos y tres la proporcionalidad se mantuvo, $p > 0.1482$ y $P > 0.081$ respectivamente, por lo que estos se

consideraron los modelos definitivos. Esto se confirma al observar los valores observados y predichos por cada uno de los modelos (anexo K).

Gráfico 5. Proporcionalidad ajustada por control prenatal

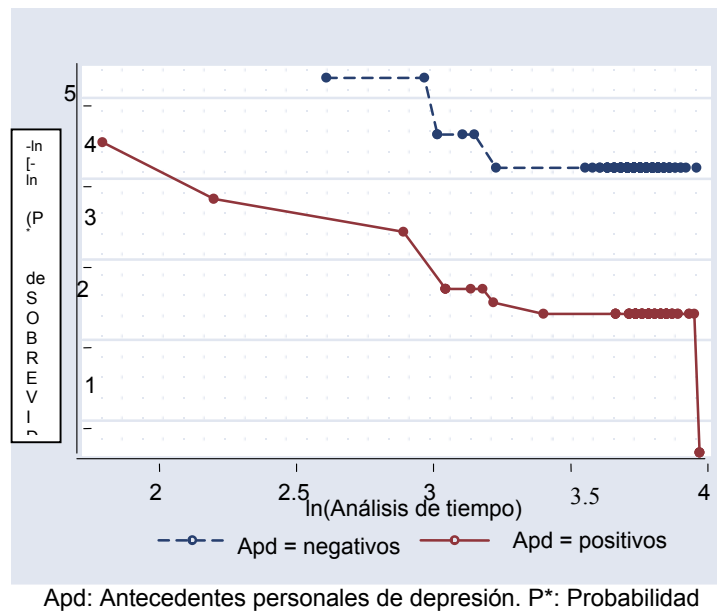
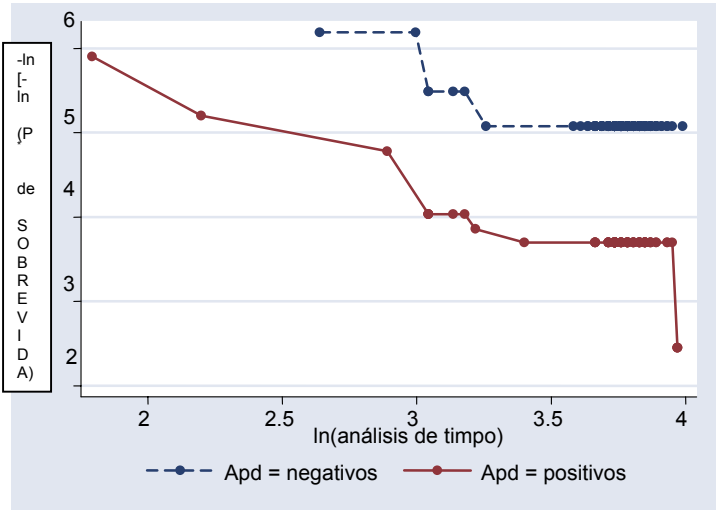


Gráfico 6. Proporcionalidad ajustada por control prenatal y disforia



Apd: Antecedentes personales de depresión. P*: Probabilidad

Gráfico 7. Curva de sobrevida libre de eventos, ajustada por ausencia de control prenatal.

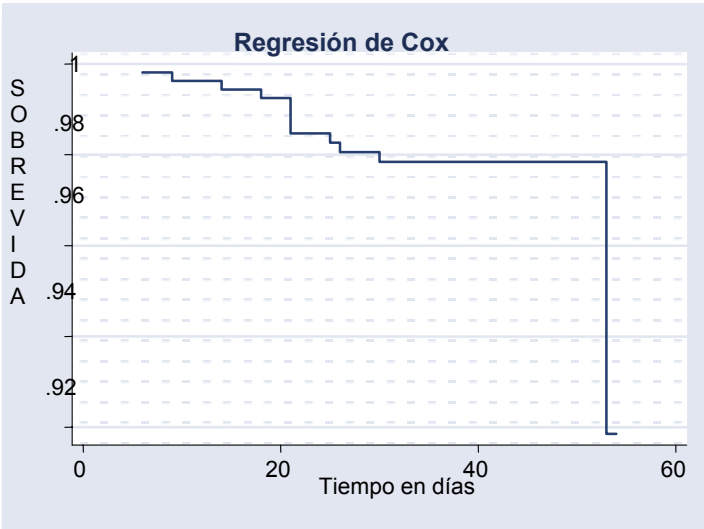
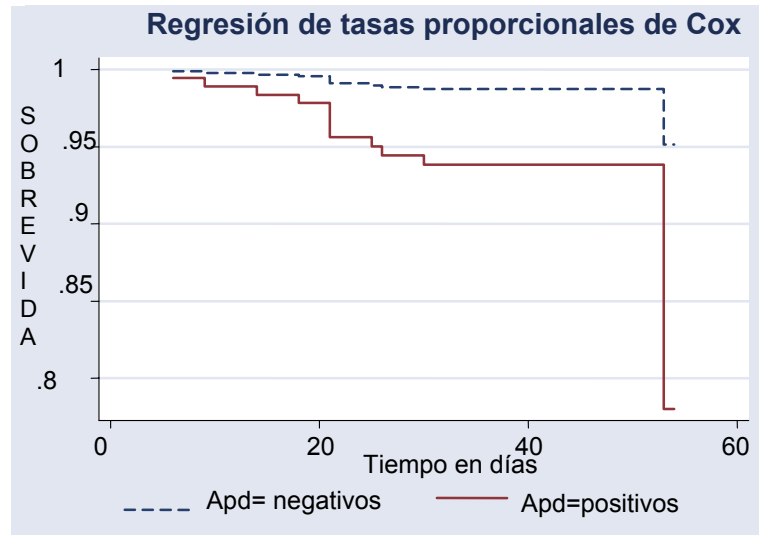


Gráfico 8. Sobrevida libre de DPP, ajustada por control prenatal, según el antecedente de depresión antes de la gestación



Apd: Antecedentes personales de depresión

Gráfico 9. Disminución de la probabilidad de estar libre de la enfermedad, en toda la cohorte, ajustando por la ausencia de control prenatal y la presencia de disforia

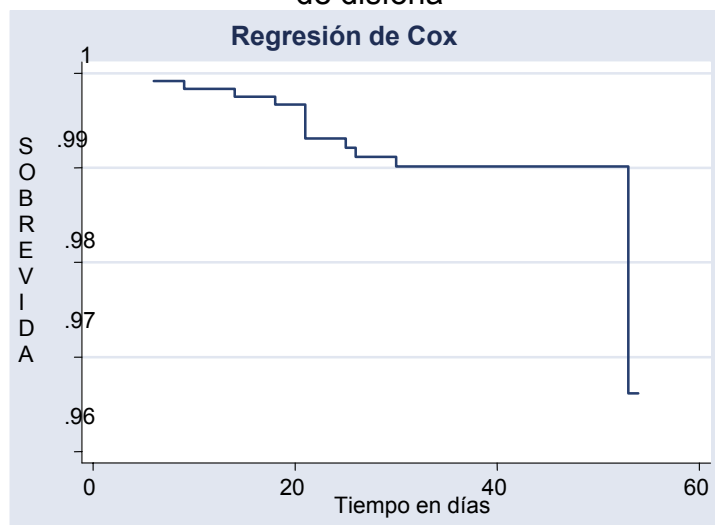
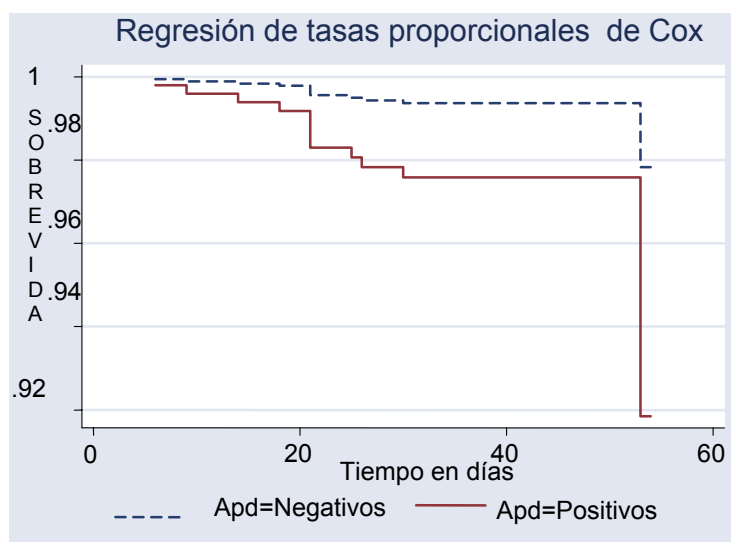


Gráfico 10. Disminución de la probabilidad de estar libre de DPP, a través del tiempo, según los antecedentes personales de depresión, ajustado por ausencia de control prenatal y presencia de disforia.



Apd: Antecedentes personales de depresión

Se detectaron, en los modelos definitivos, cinco datos extremos. Cuatro de los cuales correspondían a pacientes del seguro social, todas de régimen contributivo, a todas se les diagnosticó DPP.

Los modelos definitivos predicen bastante bien los datos (anexo K). Al retirar las observaciones extremas, determinadas por el cálculo de los df-betas de cada variable, en los modelos, el nivel de predicción se hace aún mejor.

4.7 EVALUACIÓN DE LA BONDAD DE AJUSTE DE LOS MODELOS FINALES

4.7.1 Ajuste de los datos. Con los residuales de Cox – Snell (CS) se evaluó el ajuste de los datos en los modelos definitivos. Se espera, para que se considere buen ajuste, que la función hazard acumulativa contra los CS establezca una línea recta.

Gráficos 11 y 12. Ajuste de los datos en los modelos definitivos

Gráfico 11. RESIDUALES DE CS CONTRA EL HAZARD ACUMULATIVO DEL MODELO: ANTECEDENTES PERSONALES DE DEPRESIÓN Y AUSENCIA DE CONTROL PRENATAL

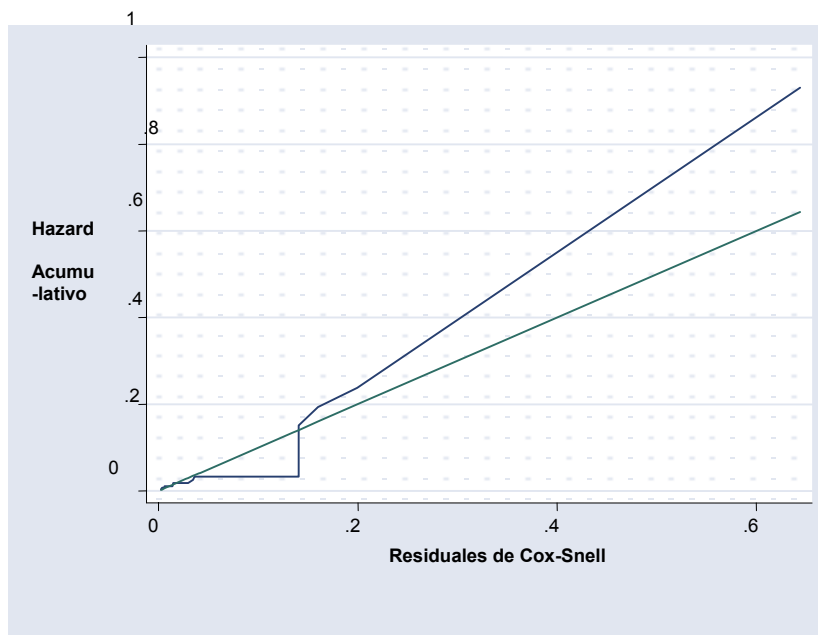
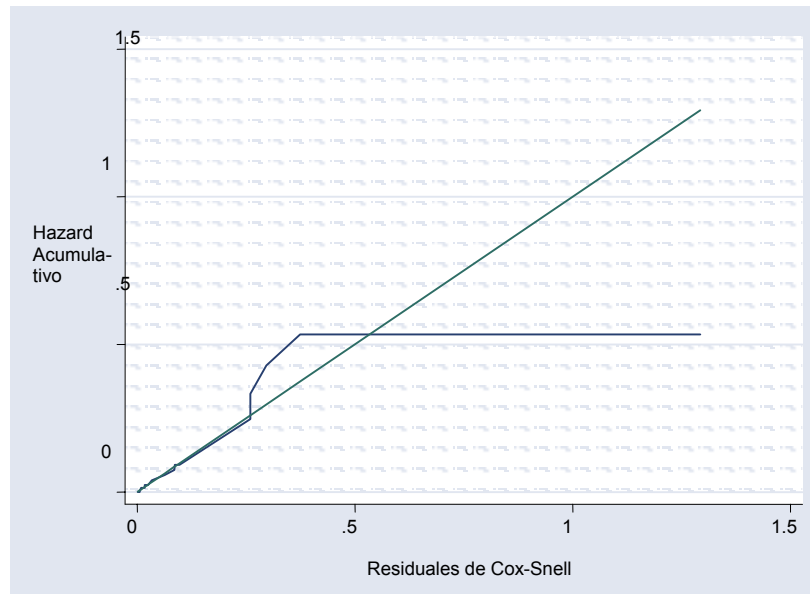


Gráfico 12. RESIDUALES CS, CONTRA EL HAZARD ACUMULATIVO. MODELO: ANTECEDENTES PERSONALES DE DEPRESIÓN, AUSENCIA DE CONTROL PRENATAL Y DISFORIA



La observación de las gráficas anteriores permite ver que el modelo dos ajusta mejor que el tres, aun cuando usando los residuales de CS como variable de tiempo en ambos modelos se observa una perdida del ajuste con el paso del tiempo.

Si se retiran los datos influyentes, en el modelo ajustado solo por control prenatal (dos), el ajuste es similar pero se evidencia que no aumenta con el tiempo. En el caso del modelo ajustado por control prenatal y disforia (tres) el ajuste del modelo a través del tiempo definitivamente no cambia, lo que evidencia que el modelo que mejor ajusta es el modelo que incluye

únicamente al control prenatal y a los antecedentes personales de depresión (anexo L).

Forma funcional de las covariables. Esta se evalúa utilizando los residuales martingale, sin embargo en estos modelos las covariables fueron introducidas únicamente de forma dicotómica, dado que su medición fue ordinal o categórica, por lo que esta evaluación no tiene sentido en este caso.

Análisis de leverage. En la evaluación del adecuado ajuste del modelo es importante determinar si una o un grupo de observaciones tienen influencia desproporcionada en la estimación de los parámetros. El método para hacer este análisis es comparar, el parámetro β estimado con todos los datos, con el parámetro $\beta_{(i)}$ obtenido por ajuste del modelo con $n - 1$ observaciones. Si esta diferencia es cercana a cero entonces esta observación removida tiene poca influencia en el estimado. La diferencia $\beta - \beta_{(i)}$ es lo que comúnmente se llama $dfbeta$.

Gráficos 13 y 14. dfbeta para las diferentes covariables en el modelo que incluyó antecedentes de depresión y control prenatal.

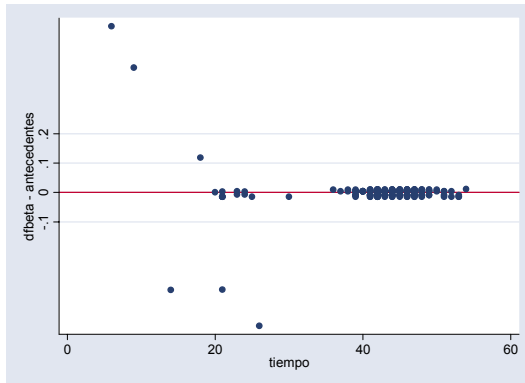


Gráfico 13

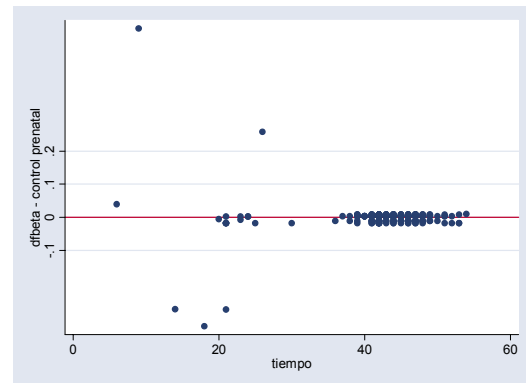


Gráfico 14

Gráficos 15 a 17. dfbeta para las covariables en el modelo que, además incluyó disforia.

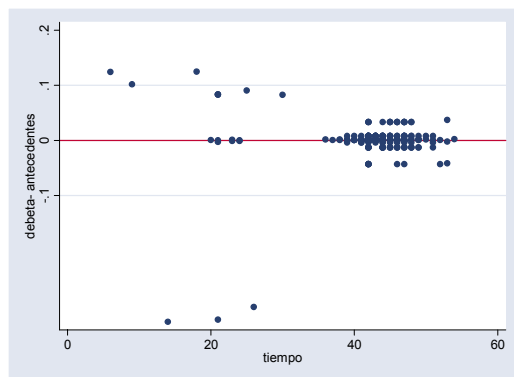


Gráfico 15

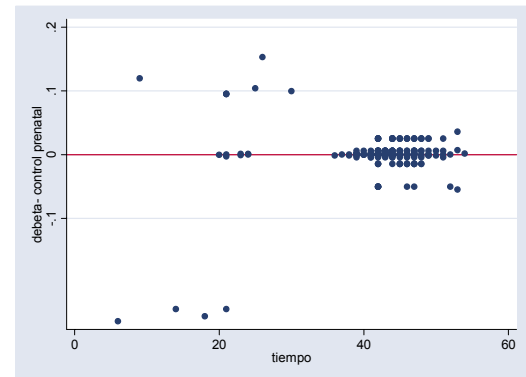


Gráfico 16

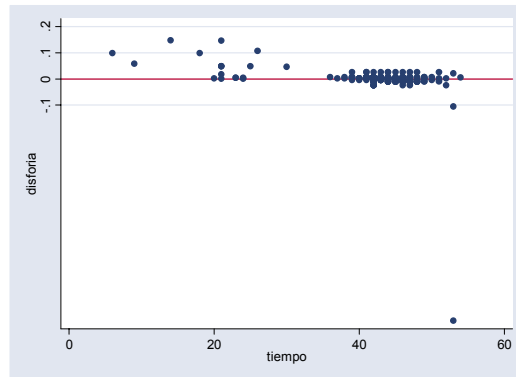


Gráfico 17

Una vez se determinaron los cinco datos que influenciaban marcadamente el modelo fueron retirados y se corrieron nuevamente los dfbeta de cada covariable obteniendo una diferencia entre β y $\beta_{(i)}$ prácticamente igual a cero (anexo M).

5. DISCUSIÓN

Gran número estudios reportan mediciones de la frecuencia de depresión posparto, en diferentes comunidades del mundo. Varios de ellos informan cifras de prevalencia, en diferentes momentos del tiempo después de un nacimiento^{101,102,103}. Sin embargo, pocos han reportado datos de incidencia¹⁰⁴. Además, por una parte, son escasos los trabajos que garantizan que la paciente se encuentra libre de la enfermedad al inicio del seguimiento y, por otra, que la enfermedad no haya empezado después del primer mes de puerperio. Esto ha llevado a diferencias que dificultan la comparación entre los estudios y, posiblemente a sesgos de clasificación en el diagnóstico. No se sabe, entonces, si lo que se denomina DPP es un continuo de la misma enfermedad, que empezó tiempo atrás, o una nueva entidad clínica que debuta gracias a las condiciones favorecedoras de la gestación y al nacimiento de un menor.

Las diferencias en cifras de prevalencia han sido favorecidas por el uso de escalas de medición distintas, con puntos de corte diferentes, y definiciones

¹⁰¹Vega-Dienstmaier Op. Cit.299-303

¹⁰²Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001; 80(3): 251-55

¹⁰³Lee D, Yip A, Chiu H, Leung T, Chung T. A Psychiatric Epidemiological Study of Postpartum Chinese Women. *American Journal of Psychiatry.* 2001; 158: 220- 226

¹⁰⁴Bryan, Op. Cit. 44(4): 351-8

disímiles de la enfermedad. Por lo tanto dichos valores han fluctuado de manera importante, desde 5.5% a las seis semanas¹⁰⁵, en población china, hasta cifras como las de Onozawa y otros¹⁰⁶, del 25% en mujeres de minorías étnicas en Londres, a las 4 semanas postnatales; o las de Riscos en Chile de 32.5%¹⁰⁷, a las 12 semanas. De igual forma las cifras de incidencia reportadas han presentado variaciones sustanciales, de 3.7% al año en Minnesota¹⁰⁸ a 38.2%, en mujeres nulíparas de estrato bajo en Montreal¹⁰⁹.

La mayoría de estudios han utilizado escalas para diagnosticar el síndrome depresivo posparto y no la entrevista psiquiátrica directa. Ello puede haber llevado a cometer sesgos en la clasificación de los pacientes, dado que los valores de sensibilidad y especificidad de las escalas cambian en cada población y con cada punto de corte.

En el presente trabajo se utilizó, como método de tamizaje, la escala de DPP de Edimburgo, mediante administración directa en la entrevista inicial. El nivel de corte asumido fue 10 puntos, límite en el cual algunos estudios en Latinoamérica han reportado, con sensibilidades cercanas al 100%⁴⁵, la

¹⁰⁵ Lee D, Op. Cit. 158: 220- 226

¹⁰⁶ Onozawa K, Tumar R, Adams D, Dore C, Glover V. High EPDS scores in women from ethnic minorities living in London. *Archives Women's Mental Health*. 2003; 6[suppl. 2]: s51 – s55

¹⁰⁷ Risco L, Op. Cit. 2(1) : 61-6

¹⁰⁸ Bryan TL, Op. Cit. 351-8

¹⁰⁹ Seguin L, Op. Cit. 157-63

presencia de DPP. Por el contrario, la entrevista semiestructurada con el psiquiatra, que es considerada la prueba de referencia para el diagnóstico, fue el método de clasificación de la enfermedad en las mujeres de nuestra cohorte. No obstante, una muestra escogida al azar de mujeres que puntuaron por debajo de 10 en cada momento de administración de la prueba de Edimburgo, fue escogida con el fin de llevarlas a entrevista con el psiquiatra y corregir posibles sesgos de mala clasificación de la enfermedad. No se encontraron, por otra parte, estudios que reporten tasas de incidencia que permitan hacer una comparación precisa de los hallazgos.

En el presente trabajo se descartó a toda mujer que estuviese sufriendo un episodio depresivo en el momento del parto y, se garantizó que la enfermedad hubiese empezado durante el primer mes posterior al alumbramiento; además, se verificó que el episodio presentado durara cuando menos dos semanas, en acuerdo con los criterios diagnósticos para DPP del DSM IV (episodio depresivo mayor, que inicie en el primer mes del posparto).

Se encontró, con el estudio, una tasa de incidencia de DPP, para el área metropolitana de Bucaramanga (Colombia), de 1 caso por cada 1000 días de seguimiento a mujeres en posparto, lo que corresponde a una incidencia acumulada de 4.2 por 100 personas a riesgo durante el puerperio. Esto se

traduce en que se presentarían, en la ciudad, alrededor de 640 casos cada año. No se conocen estadísticas de detección de los mismos, pero es posible que muchos de ellos pasen desapercibidos y sean posteriormente, en el mejor de los casos, diagnosticados como un episodio depresivo independiente.

Múltiples variables han sido aceptadas, tradicionalmente, como factores de riesgo para el desarrollar depresión puerperal. Dentro de ellas hay factores biológicos, medioambientales y psicológicos¹¹⁰. El presente estudio encontró, al igual que muchos otros^{111,112,113}, asociación significativa entre antecedentes personales de síntomas depresivos y aparición de DPP. Del mismo modo cuando se ajustó por variables que habían resultado significativas, en el análisis bivariado, manifestaciones de enfermedad depresiva o factores asociados fuertemente a ella como: malos niveles de autoestima, antecedentes de depresión durante la gestación y presencia de síntomas disfóricos aparecieron asociados intensamente, de la misma forma

¹¹⁰Beck CT. Op. Cit. 275-85

Wilson LM, Op. Cit. 785-99

Cooper PJ, Op. Cit. 1884-1886

Wisner KL, Op. Cit. 194- 199

McCoy SJ, Op. Cit. 402-8.

Handley SL, Op. Cit. 465-75

Harris B, Op. Cit. 739-44

Harris B, Op. Cit. 152-6

Kuijpers JL, Op. Cit. 579-84

Ahokas A, Op. Cit. 332-6

Johnstone SJ, Op. Cit. 35:69-74

¹¹¹Beck CT. Op. Cit. 275-85

¹¹²Wilson LM, Op. Cit. 785-99

¹¹³Vega-Dienstmainer Op. Cit. 299-303

que ha sido mencionado en otros artículos¹¹⁴. Lo anterior sugiere la hipótesis de que, efectivamente, la DPP no sería un cuadro diferente, sino más bien haría parte de una enfermedad depresiva, que gracias a los cambios hormonales del embarazo y el puerperio, al estrés generado por el nacimiento del niño, y al proceso de adaptación familiar debuta o reaparece como un nuevo episodio depresivo mayor.

El estudio encontró, por otra parte, asociación intensa de DPP con ausencia de control prenatal, lo cual refleja que a las bondades conocidas del control prenatal se les podría sumar la detección temprana y la prevención de posteriores episodios depresivos. Se encontró que un poco más del 25% de las pacientes no realizaron control prenatal y que de ellas cerca del cuarenta por ciento correspondió a madres adolescentes, que son a su vez el 25% de la muestra. Aunque no se demostró asociación entre DPP y edad si es llamativo el riesgo que corren las futuras madres adolescentes, según lo expresado por otros autores¹¹⁵.

En el único estudio encontrado en Colombia¹¹⁶, aunque no se exploró explícitamente la ausencia de control prenatal, si se reporta que la falta de soporte social adecuado fue el principal factor asociado con la presencia de

¹¹⁴Beck CT. Op. Cit. 275-85

¹¹⁵Vega-Dienstmainer Op. Cit. 299-303

¹¹⁶Canaval E, González M, Martínez-Schallmoser, Tovar M, Valencia C. Depresión postparto, apoyo y calidad de vida en mujeres de Calí, Colombia. *Colombia Médica*. 2000; 31: 4-10

DPP. Otros estudios tampoco discuten claramente la ausencia de control prenatal, pero al igual que ese estudio Colombiano plantean la importancia que tiene un adecuado soporte social durante la gestación en la aparición de DPP^{117,118,119}.

Una debilidad del estudio fue el reducido tamaño de muestra para detectar la verdadera importancia que pudieran tener variables como la ausencia o calidad del trabajo desarrollado por la paciente, y la presencia de acontecimientos vitales durante la gestación, estos factores estuvieron presentes en todas las mujeres que desarrollaron depresión puerperal y han sido mencionados por algunos autores como variables importantes en el desarrollo de la enfermedad^{120, 121,122}.

Bajo nivel de educación formal estuvo asociado en el bivariado a DPP. Esta variable mencionada, por algunos, como factor de riesgo^{123,124}, al igual que la ausencia o la mala calidad del trabajo, referida por otros¹²⁵, pudieran tener que ver con los bajos niveles de autoestima, que posteriormente aparecieron en los modelos finales.

¹¹⁷Beck CT, Op. Cit. 275-85

¹¹⁸Wilson LM, Op. Cit. 785-99

¹¹⁹Da-Silva VA, Op. Cit. 799-804

¹²⁰Paykel ES, Op. Cit. 339-46

¹²¹Wilson LM, Op. Cit. 785-99

¹²²Johnstone SJ, Op. Cit. 35:69-74

¹²³Ibid. 35:69-74

¹²⁴Vega-Dienstmainer JM, Op. Cit. 299-303

¹²⁵Warner R, Op. Cit. 607-11

Es llamativo el hecho de que la carga de la natalidad de la ciudad pareciera estar dada, principalmente, por los grupos de población socioeconómicamente menos favorecidos, lo cual correspondería a la hipótesis de que en el país hay comportamientos epidemiológicos diferenciales de acuerdo a las condiciones económicas de la población. Las personas en los estratos socioeconómicos cinco y seis se agruparon, por este motivo, junto con las personas del estrato cuatro en una sola categoría, dado que en esos estratos no se encontraban sino cuatro mujeres. Este hecho limita la inferencia que pueda hacerse en cuanto a la importancia que el estrato socioeconómico, enmarcado entre lo que corresponde a un soporte social adecuado, tendría como factor de riesgo para el desarrollo de DPP.

Dos factores relacionados con el recién nacido: los problemas con la lactancia y que el niño hubiese requerido manejo en cuidado intermedio estuvieron asociados, en el análisis bivariado, a la presencia de DPP en la madre. El primero ha sido mencionado por algunos autores^{126,127}, pero el segundo no. Creemos que, en el segundo caso, la madre esta más tranquila cuando ella misma puede cuidar a su bebé y, que cuando no lo puede hacer por que el niño esta muy enfermo ella preferiría que estuviese en una Unidad

¹²⁶Misri S, Op. Cit. 1061-5

¹²⁷Mosteiro M, Feito A, Moran D, Pellico M, Fernández E. Influencia de la depresión puerperal durante la hospitalización postparto en la lactancia materna. *Enfermería Clínica*. 2001; 11 (4): 155- 160.

de Cuidado Intensivo donde supuestamente estaría bajo vigilancia estrecha todo el tiempo y no a una unidad de cuidado intermedio donde la madre comprueba que la vigilancia sobre su hijo no es muy estricta.

Los factores de riesgo encontrados aunque no corresponden al factor etiológico si están en la cadena causal de la enfermedad. En este estudio se fue cuidadoso en descartar depresión al inicio del seguimiento lo que garantiza secuencia temporal entre los factores de exposición encontrados y la aparición de DPP.

La intensidad de la asociación entre DPP y los factores de riesgo, en los modelos finales fue tal que, tanto para antecedentes de depresión como para presencia de disforia y para ausencia de control prenatal, se obtuvieron intervalos de confianza, en tasas de incidencia de DPP, cuyo limite inferior era mayor de uno. En el caso de ausencia de control prenatal, cuando se probó el modelo dos, sin observaciones influyentes, todas las pacientes que tuvieron DPP tenían ausencia de control.

Los antecedentes personales de depresión y disforia han sido mencionados persistentemente en múltiples estudios como factores causales asociados a

DPP^{128,129,130,131} y, aunque la ausencia de control prenatal no se ha nombrado explícitamente, si se han mencionado en otros estudios, como se dijo anteriormente, la asociación de ausencia de redes de apoyo social durante el embarazo con la presencia de DPP^{132,133}.

La presencia de síntomas disfóricos se ha reportado en otros momentos del ciclo vital de la mujer¹³⁴, sin embargo, la aparición de ellos en las mujeres de la muestra fue cercana al 36%, cifra similar a la mencionada por otros autores, y además prácticamente todas las mujeres que desarrollaron la enfermedad los tenían; esto hace que la relación generada entre DPP y disforia sea específica. Igualmente solo a las madres gestantes se les hace control prenatal, y como mencionamos su ausencia esta asociada intensamente a la presencia de DPP, lo que hace que esta relación sea igualmente única.

Los cambios hormonales ocurridos durante el puerperio podrían explicar la aparición de síntomas disfóricos y el desarrollo de un episodio depresivo mayor. Igualmente el estrés generado por la necesidad de adaptarse,

¹²⁸Beck CT. Op. Cit. 275-85

¹²⁹Wilson LM, Op. Cit. 785-99

¹³⁰Vega-Dienstmainer JM, Op. Cit. 299-303

¹³¹Wolf A, Op. Cit. 169-176

¹³²Da-Silva VA, Op. Cit. 799-804

¹³³Canaval E, Op. Cit. 31: 4-10

¹³⁴Burt VK, Op. Cit. 9-15

personal y familiarmente, a la llegada de un nuevo ser pueden estar asociados a elevados niveles de ansiedad y sensación de incapacidad para responder a las demandas del menor, lo que se traduciría en alteraciones biológicas implicadas en el desarrollo de un episodio depresivo. Niveles que podrían haberse prevenido con una intervención prenatal adecuada. Esto hace a las relaciones entre disforia y DPP, y entre control prenatal y DPP plausibles.

Por otro lado, si la DPP hace parte de un cortejo de una misma enfermedad, con una presentación puerperal, generada por el estrés y los cambios hormonales, el episodio de depresión puerperal sería perfectamente coherente con la historia natural de la enfermedad depresiva.

Análogo a lo que pasa con otros episodios de depresión mayor, que son generados por el estrés, en personas con un antecedente personal y familiar de depresión el episodio de DPP conlleva los mismos riesgos. La asociación del antecedente personal de depresión mayor, la ansiedad generada por la desatención de su futura condición de madre y los cambios que ocurren a nivel biológico en el posparto, son igualmente similares a los que ocurren en otros episodios de depresión mayor.

Creemos que el estudio es válido. Se minimizó el sesgo de mala clasificación, mediante la utilización de la entrevista psiquiátrica semiestructurada, para la definición del evento. No creemos que se haya presentado sesgo de selección pues las pérdidas fueron escasas, y quienes se perdieron tenían características similares a quienes permanecieron en el estudio. Finalmente, se realizó análisis multivariado para evitar fenómenos que pudieran confundir los resultados.

No obstante, pensamos que una debilidad estriba en la escala que se utilizó para medir la variable disforia, dado que esta no ha sido validada y, que se escogió un punto de corte arbitrario – aunque fuera el más discriminante – para decidir la presencia de este síndrome. Sin embargo, en caso de que hubiese podido presentarse alguna confusión al construir los modelos finales nosotros planteamos uno, en el cual esta variable no se tuvo en cuenta y, que a nuestro modo de ver sería una manera de evitar la posible colinealidad de la variable con el resultado final.

Otra posible debilidad estriba en que la versión, utilizada, de la escala de Edimburgo no se sometió a un proceso de validación, sin embargo, este problema trató de solucionarse mediante la aclaración, que en un caso dado, la auxiliar de enfermería encargada, hacía a la paciente que solicitaba su ayuda para la mejorar comprensión del instrumento. Además, en caso de

que se hubiese presentado sesgo de mala clasificación este sería no diferencial, pues los procedimientos, utilizados, fueron similares para todas las participantes.

De todos modos, recomendamos, para futuros estudios, realizar previamente las validaciones correspondientes.

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

Recomendamos que se inicie, cuanto antes, y se fomente cuando exista, la asistencia de las mujeres en embarazo a un programa de control prenatal que se permita, entre otras cosas, la detección tratamiento y remisión, cuando sea necesario, de quienes estén en riesgo de sufrir DPP. Creemos que la implantación, en la consulta prenatal, de una prueba de tamizaje rápida y sencilla como el EPDS sería de gran ayuda en el logro de esta meta.

BIBLIOGRAFÍA

Abou-Saleh MT, Ghubash R, et al. Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology* 1998; 23(5): 465-75

Ahokas A, Kaukorata J, et al. Estrogen deficiency in severe postpartum depression: successful treatment with sublingual physiologic 17beta-estradiol: a preliminary study. *Journal Clinical Psychiatry* 2001; 62(5): 332-6

Altshuler LL, Cohen LS, et al. The Expert Consensus Guidelines Series. Treatment of depression in women. *Postgraduate Medicine* 2001; (Special No): 1-107

American Psychiatric Association. "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". DSM-IV, criterios diagnósticos, Masson, Barcelona 1995

Appleby L, Mortensen PB et al. Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *The British Journal of Psychiatry* 1998; 173: 209-11

_____, Warner R, et al. A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counseling in the treatment of depression. *British Medical Journal* 1997; 314: 932-40

Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research* 2001; 50 (5): 275-85

_____. The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Archives Psychiatry Nurse* 1998; 12(1): 12-20

Brennan PA, Hammen C, et al. Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age 5. *Development Psychology* 2000; 36(6): 759-66

Bryan TL, Georgiopoulos AM, et al. Incidence of postpartum depression in Olmsted County, Minnesota. A population-based, retrospective study. *Journal Reproductive Medicine* 1999; 44(4): 351-8

Burt VK, Stein K. Epidemiology of depression throughout the female life cycle. *Journal Clinical Psychiatry* 2002; 63 Suppl 7: 9-15

Canaval E, González M, Martínez-Schallmoser, Tovar M, Valencia C. Depresión postparto, apoyo y calidad de vida en mujeres de Calí, Colombia. *Colombia Médica*. 2000; 31: 4-10

Cooper PJ, Murray L. Curse and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry* 1995; 166(6): 826-27

_____, _____. Postnatal depression. *British Journal Psychiatry* 1998;316:1884-1886

_____, Tomlinson L, et al. Post-partum depression and the mother infant relationship in South African peri-urban settlement *The British Journal of Psychiatry* 1999; 175: 554-558

Cox JL, Holden JM et al. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal Psychiatry* 1987; 150: 782-876

Da-Silva VA, Moraes-Santos AR, et al. Prenatal and postnatal depression among low income Brazilian women. *Brazilian Journal Medical Biology Research* 1998; 31(6): 799-804

Díaz LA, Rueda GE, Vega R. Conducta, actitudes y condiciones generales de salud mental Bucaramanga, Colombia 2001

Eberhard-Gran M, Eskild A, et al. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2001; 104(4): 243.

Epperson N, Czarkowski KA, et al. Maternal Sertraline treatment and serotonin transport in breast-feeding. *American Journal Psychiatry* 2001; 158(10): 1631-7

Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003 Dec;24(4):257-66.

Galler J, Harrison R, et al. Maternal Depressive Symptoms Affect Infant Cognitive Development in Barbados. *Journal Child Psychology Psychiatry* 2000; 41: 747-57

Garvey MJ, Tollefson GD. Postpartum depression. *Journal Reproductive Medicine* 1984; 29(2): 113-6

Georgiopoulos AM, Bryan TL, et al. Routine Screening for Postpartum Depression. *The Journal of Family Practice* 2001; 50(2): 117-22

Gissler M, Hemminki E, et al. Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study *British Journal of Psychiatry* 1996; 313: 1431-34

Greenland S, Rothman K. Fundamentals of Epidemiologic Data Analysis en Modern Epidemiology. Second edition 1998. Ed. Lippincott Williams & Wilkinscap. Buenos Aires Argentina. Cap.13, Págs. 201-229

_____. Introduction to Regression Modeling en Modern Epidemiology. Second edition 1998. Ed. Lippincott Williams & Wilkinscap. Buenos Filadelfia. Cap.21, Págs.401-432

Haapasalo J, Peteja S. Mothers who killed or attempted to kill their child: life circumstances, child abuse, and types of killing. *Violence Victims* 1999; 14(3): 219-39

Handley SL, Dunn TL, et al. Tryptophan, cortisol and puerperal mood. *British Journal Psychiatry*. 1980; 136: 498-508

Harris B, Lovett L, et al. Cardiff puerperal mood hormone study. III. Postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum, and it hormonal correlates across the peripartum period. *British Journal Psychiatry* 1996; 168: 739-44

_____, Oretti R, et al. Randomised trial of thyroxine tp prevent postnatal depression in thyroi-antibody-positive women. *British Journal Psychiatry* 2002; 180: 327-30

_____, Othman S, et al. Association between postpartum thyroid dysfunction and thyroid antibodies and depression. *British Medical Journal* 1992; 305(6846):152-6

Hay DF, Kumar R. Interpreting the effects of mothers' postnatal depression on children's intelligence: a critique and re-analysis. *Child Psychiatry Human Development* 1995; 25(3): 165-81

_____, Pawlby S, et al. Intellectual problems show by 11-year-old whose mothers has postnatal depression *Journal Child Psychology Psychiatry* 2001; 42(7): 871-89

Hendrick V, Fukuchi A, et al. Use of sertraline, paroxetine and fluvoxamine by nursing women. *British Journal Psychiatry* 2001; 179: 163-6

Henshaw C. Mood disturbance in early puerperium: a review. *Archives of Women's Mental Health*. 2003; 6(suppl.2): 33-42

Hiscock H, Wake M. Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. *British Medical Journal* 2002; 321: 1062-67

_____, _____. Infant Sleep Problems and Postnatal Depression: A Community-Based Study. *Pediatrics* 2001; 107(6): 1317-22

Ilett KF, Kristensen JH, et al. Distribution of venlafaxine and its O-desmethyl metabolite in human milk and their effects in breastfed infants. *British Journal Clinical Pharmacology* 2002; 53(1): 17-22

Impact of depression. En Healthy people 2010 OMS
www.healthypeople.gov/document Consult: Feb, 2004

Jadresic E, Araya R, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPND) in Chilean postpartum women. *Journal Psychomatic Obstetric Gynecologic*. 1995; 16(4): 187-91

Johnstone SJ, Boyce PM, et al. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001; 35:69-74

Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001; 80(3): 251-55

Kuijpers JL, Vader HL, et al. Thyroid peroxidase antibodies during gestation are a marker for subsequent depression postpartum. *European Journal Endocrinology* 2001; 145(5): 579-84

Kurstjens S, Wolke D. Effects of maternal depression on cognitive development of children over first 7 years of life *Journal Child Psychology Psychiatry* 2001; 42(5): 623-36

Lee D, Yip A, Chiu H, Leung T, Chung T. A Psychiatric Epidemiological Study of Postpartum Chinese Women. *American Journal of Psychiatry*. 2001; 158: 220- 226

_____, Yip SK, et al. Detecting postnatal depression in Chinese women. Validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal Psychiatry* 1998; 172: 433-37

Lee DTS, Yip TYS, et al. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Medical Journal* 2000; 6(4): 349-54

Machado F, García T, Moya N, Bernabeu N, Cerdá R. Depresión Puerperal Factores relacionados. *Atención Primaria*, 1997; 20(4):161-166

McCoy SJ, Beal JM, Watson GH. Endocrine factors and postpartum depression. A selected review. *J Reprod Med.* 2003 Jun;48(6):402-8.

Misri S, Sinclair DA, et al. Breast-feeding and postpartum depression: is there a relationship?. *Canadian Journal Psychiatry* 1997; 42(10): 1061-5

Mosteiro M, Feito A, Moran D, Pellico M, Fernández E. Influencia de la depresión puerperal durante la hospitalización postparto en la lactancia materna. *Enfermería Clínica*. 2001; 11 (4): 155- 160.

Murray L, Cowley F, et al. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development* 1996; 67: 2512-26

_____, Hipwell A, et al. The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal Child Psychology Psychiatry* 1996; 37(8) 927-35

_____, Stanley C, et al. The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Development Medical Child Neurology* 1996; 38(2): 109-19

Nielsen F, Videbech P, et al. An antenatal index predicted postpartum depression with high

O'Hara MW, Schlechte JA, et al. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Archives General Psychiatry*. 1991; 48(9): 801-6

_____, Stuart S, et al. Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression. *Archives General Psychiatry* 2000; 57: 1039-45

Onozawa K, Tumar R, Adams D, Dore C, Glover V. High EPDS scores in women from ethnic minorities living in London. *Archives Women's Mental Health*. 2003; 6[suppl. 2]: s51 – s55

Patel V, Rodrigues M, et al. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *American Journal Psychiatry* 2002; 159(1): 43
Paykel ES, Emms EM, et al. Life events and social support in puerperal depression. *British Journal Psychiatry* 1980; 136: 339-46

Pérez A., Tomás, Rosello Pedrós A y Aguilar Garcia-Iturrospe. Trastornos afectivos relacionados con el parto: Blues y depresión, en Trastornos Depresivos en la Mujer. Masson 1999.

Pitt B. "Atypical" depression following childbirth. *Br. J Psychiatry* 1968; 114(516):1325-35

_____. Maternity "Blues". *Br. J Psychiatry* 1973; 122(569)431-3

Posada-Villa J, Trevisi C. Prevalencia, severidad y necesidades no satisfechas del tratamiento de los trastornos de ansiedad, relacionados con sustancias, del estado de ánimo y del control de los impulsos en adultos según el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. *MeuUNAB*. 2004; 7(20):65-72

Posner NA, Unterman RR, et al. Screening for postpartum depression. An antepartum questionnaire. *Journal Reproductive Medicine* 1997;42(4): 207-15
Risco L, Jadresic E, et al. Depresión posparto: alta frecuencia en púerperas chilenas, detección precoz, seguimiento y factores de riesgo. *Psiquiatría y Salud Integral* 2002; 2(1) : 61-6

Romero ES, Lodo SM, et al. Depresión Posparto en el Área de salud de Toledo. *Atención Primaria* 1999; 24(4):215-19

Seguin L, PptvinL, et al. Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth* 1999; 26(3): 157-63 sensitivity and moderate specifity. *British Journal Obstetric Gynecology* 2000; 107(10): 1210

Tamaki R, Murata M, et al. Risk factors for postpartum depression in Japan. *Psychiatry Clinical Neuroscience* 1997; 51(3): 93-98

Torres Y, Montoya ID, Segundo estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Colombia 1997, Ministerio de Salud, Bogotá, 1998

Vega-Dienstmainer JM, Mazzotti G, et al. Prevalencia y factores de riesgo para depresión en mujeres posparto. *Actas Españolas de Psiquiatría* 1999; 27(5): 299-303

Warner R, ApplebyL, et al. Demographic and obstetric factors for postnatal psychiatric morbidity. *British Journal Psychiatry* 1996; 168(5): 607-11

Wilson LM, Reid AJ, et al. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Canadian Medical Association Journal* 1996;154 (6): 785-99

Wisner KL, Parry BL, Piontec CM. Postpartum Depression. *N Engl J med.* 2002; 347: 194- 199

Wolf A, De Andraca I, Lozoff B. Maternal depresión en three Latin American samples. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2002; 37(4) : 169-176

Zlotnick C, Johnson SL, et al. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy group intervention. *American Journal Psychiatry* 2001; 158(4): 638-40

ANEXO A. Cálculo del tamaño muestral

Unmatched Cohort and Cross-Sectional Studies (Exposed and Nonexposed) Sample Sizes for 15.80 % Disease in Unexposed Group

Conf.	Power	Disease Unex:Exp	Risk in Exposed	Odds Ratio	Odds Ratio	Sample Size		Total
						Unexp.	Exposed	
95.00 %	80.00 %	4:1	36.25 %	2.29	3.03	188	47	235
90.00 %	"	"				152	38	190
95.00 %	"	"				188	47	235
99.00 %	"	"				264	66	330
99.90 %	"	"				368	92	460
95.00 %	80.00 %	"				188	47	235
"	90.00 %	"				248	62	310
"	95.00 %	"				308	77	385
"	99.00 %	"				436	109	545
"	80.00 %	1:1				81	81	162
"	"	2:1				116	58	174
"	"	3:1				153	51	204
"	"	4:1				188	47	235
"	"	5:1				220	44	264
"	"	6:1				258	43	301

ANEXO B. Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo

Nombre_____

Fecha_____

Puntaje_____

Código_____

¿Cómo se siente? Dado que usted tuvo un bebé recientemente, nos gustaría saber cómo se siente ahora. Por favor, subraye la respuesta que se acerca más a cómo se ha sentido usted en los últimos 7 días, no solo cómo se siente hoy. Le mostramos un ejemplo; Me he sentido contenta:

- a. Sí, casi todo el tiempo
- b. Sí, parte del tiempo
- c. No, no muy a menudo
- d. No, no del todo

Esto significa que se ha sentido contenta durante parte del tiempo en la última semana. Por favor, conteste las demás preguntas de la misma forma.

En los últimos 7 días:

1. He podido reír y apreciar lo divertido de las cosas:

- a. igual que lo he hecho siempre
- b. no tanto como antes
- c. definitivamente, no tanto como antes
- d. no del todo

2. He buscado disfrutar las cosas:

- a. igual que lo he hecho siempre
- b. un poco menos que antes
- c. definitivamente, menos que antes
- d. Casi nada

3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas no han salido bien:

- a. Sí, casi siempre
- b. Sí, a veces
- c. No muy a menudo
- d. No, nunca

4. Me he sentido preocupada y ansiosa sin una buena razón:
- a. No, no del todo
 - b. Casi nunca
 - c. Sí, a veces
 - d. Sí, con mucha frecuencia
5. Me he sentido asustada o en pánico sin una buena razón:
- a. Sí, bastante
 - b. Sí, a veces
 - c. No, no mucho
 - d. No, en absoluto
6. Las cosas se me están viniendo encima:
- a. Sí, la mayoría de las veces no he podido hacerle frente a las cosas
 - b. Sí, a veces no he podido hacerle frente a las cosas como antes
 - c. No, casi siempre puedo hacerle frente a las cosas
 - d. No, le hago frente a las cosas como Siempre lo he hecho
7. He estado tan infeliz que tengo problemas para dormir:
- a. Sí, la mayor parte del tiempo
 - b. Sí, a veces
 - c. No, no mucho
 - d. No, en absoluto
8. Me he sentido triste o miserable:
- a. Sí, la mayor parte del tiempo
 - b. Sí, frecuentemente
 - c. No, no mucho
 - d. No, en absoluto
9. He estado tan infeliz que me he puesto a llorar:
- a. Sí, la mayor parte del tiempo
 - b. Sí, frecuentemente
 - c. No, no mucho
 - d. No, en absoluto
10. Se me ha ocurrido la posibilidad de hacerme daño a mí misma:
- a. Sí, con bastante frecuencia
 - b. A veces
 - c. Casi nunca
 - d. No, nunca

ANEXO C. Consentimiento informado

DEPRESIÓN POSPARTO EN BUCARAMANGA, FACTORES DE RIESGO.

Introducción. La maestría en Epidemiología de la Universidad Industrial de Santander (UIS) esta conduciendo un estudio para conocer por que algunas mujeres, luego del parto desarrollan niveles elevados de depresión.

Antes de que UD. decida si va participar en este estudio, es importante que entienda lo que se hará, de manera que tenga la información necesaria para tomar la decisión. Esto quiere decir que UD. es libre de escoger si participa o no en el estudio.

Propósito del estudio. El estado de ánimo de las personas fluctúa dentro de un rango que no podemos considerar como enfermedad y que le permite a las personas llevar una vida “normal”. Sin embargo, ante situaciones estresantes, como el parto, algunas personas desarrollan un estado de depresión severa, que les altera por completo su rol laboral, familiar y social e incluso les puede producir daño orgánico severo. En Colombia y particularmente en Bucaramanga, no conocemos cuales factores influyen en que una mujer desarrolle, después del parto, un estado severo de depresión. Si logramos determinar que factores asociados pueden llevar a que se presente la depresión posparto entonces tendríamos una mejor forma de identificar a las personas que están a riesgo de desarrollarla y esto nos permitiría intervenir o tratar esos factores para evitar su desarrollo.

Buscaremos establecer si las mujeres que tienen alguno de los factores que se van estudiar, por ejemplo: antecedentes de depresión personal o familiar, número bajo o alto de hijos, problemas con la gestación o el parto, apoyo social pobre etc., presentan más frecuentemente depresión posparto. Vamos a comparar mujeres que presenten alguno de estos factores, en particular, con las que no los tengan.

Quienes pueden participar. Doscientas ochenta y dos mujeres que hayan tenido un niño vivo. Si UD. tiene depresión o toma alguna medicación para esta enfermedad no puede participar. Si no tiene esta patología nosotros le realizaremos un cuestionario que nos dará información sobre depresión y en caso de que esta información nos provea indicios positivos un médico siquiatra la entrevistará, para asegurarnos que UD. esta normal. En caso de encontrarla deprimida nosotros le aconsejaremos sobre donde y que tan pronto debe buscar asistencia médica.

Procedimiento del estudio

Una vez verifiquemos que puede participar, le haremos algunas preguntas sobre los factores de riesgo que se van a investigar, como por ejemplo en donde vive, cuantos hijos tiene, si tiene compañero o esposo etc. Luego, en la tercera semana, le llamaremos por teléfono o contactaremos personalmente para aplicarle un cuestionario a cerca de su estado de ánimo, hacerle algunas preguntas sobre sus relaciones familiares, y especialmente sobre la salud y alimentación del bebé. Además le repetiremos, en este momento, y a la sexta semana, después del parto, uno de los cuestionarios realizados en la primera entrevista. Si en alguno de estos momentos este cuestionario nos indica que UD. podría tener depresión se le practicará una entrevista por un siquiatra para comprobar si desarrolló o no la enfermedad. Nuevamente, si UD. desarrolló depresión posparto nosotros le indicaremos que hacer y a donde acudir.

Confidencialidad

Nosotros haremos todos los esfuerzos razonables para proteger su privacidad. A UD. se le asignará un número de código y su nombre será borrado de todas las formas de recolección de datos; sólo los investigadores tendrán acceso al archivo. Los resultados del estudio se presentaran en formas numéricas y UD. no será identificada, de forma individual, en ningún caso.

Riesgos y beneficios

No habrá riesgos para su salud derivados de este estudio. Sin embargo los resultados nos podrían ayudar a entender mejor y a prevenir el desarrollo de depresión posparto. UD. y personas como UD. podrían beneficiarse de su participación.

Le daremos los resultados de sus pruebas siquiátricas si así UD. lo decide para su cuidado clínico. Si no desea conocer si tiene o no depresión la información no se le suministrará ni a UD. ni a ninguna otra persona.

Costos y compensación

UD. no recibirá pago alguno por su participación en este estudio, pero todas las pruebas se le harán de forma gratuita.

Derecho a rehusar o a abandonar el estudio.

UD. debe ser conciente de que su participación en este estudio es completamente voluntaria. Aun después de dar su aceptación tendrá el derecho de retirarse del estudio o de negarse a contestar alguna pregunta y recibirá la misma atención y los mismos beneficios.

Preguntas

Por favor, siéntase en libertad de hacerme cualquier pregunta si hay algo que no haya entendido. También, si tiene alguna pregunta adicional a cerca del estudio, más adelante puede contactar al Dr. José Fidel Latorre al teléfono 6571625. Si tiene alguna pregunta acerca de sus derechos como participante, debe contactar al Comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad industrial de Santander.

Declaración del participante

Nosotros le entregamos una copia de esta forma. Al firmarla esta aceptando que entiende la información que se le ha dado y que esta de acuerdo en participar como sujeto de investigación en este estudio.

¿Esta de acuerdo en Contestar dos entrevistas, responder en una tercera oportunidad un cuestionario para depresión y si se requiere, asistir a una entrevista siquiátrica? Si _____ No _____

¿Acepta UD. participar en este estudio voluntariamente?

No _____ Si _____

Si UD. ha aceptado participar, por favor escriba su nombre y firme en el siguiente espacio

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Nombre del testigo: _____

Firma del testigo: _____

Fecha _____

Declaración del investigador

Certifico que yo o algún miembro de mi grupo de investigación le ha explicado a la persona arriba firmante sobre esta investigación, y que esta persona entiende la naturaleza, el propósito del estudio y los posibles riesgos y beneficios asociados con su participación en el mismo. Todas las preguntas que esta persona ha hecho le han sido contestadas.

Nombre del investigador _____
Firma del Investigador _____
Fecha _____

ANEXO D. Cuestionario sobre variables socioeconómicas, antecedentes personales y familiares de enfermedad mental, estado de la relación marital, consumo de sustancias y antecedentes obstétricos.

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Salud

Maestría en Epidemiología

Proyecto: “Depresión posparto en Bucaramanga, Factores de Riesgo”

CUESTIONARIO DE EXPOSICIONES PRENATALES

IDENTIFICACIÓN

Fecha: ____ ____ ____

Nombre de la entrevistada: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Clínica: _____

USO EXCLUSIVO DEL INVESTIGADOR

Código de identificación: ____ ____ ____

1. BLOQUE SOCIOECONÓMICO

1.1 Edad. Cuantos años cumplidos tiene Ud.? _____

1.2 Nivel educativo:Cuál fue el último año de educación que Ud. aprobó?: _____

1.3 Procedencia: En dónde vive Ud. la mayor parte del tiempo? (marque solo un respuesta):

1.3 Procedencia	
Rural	01
Urbano	02

1.4 Estrato socioeconómico: De acuerdo con el recibo de luz, si lo tiene, a que estrato Ud. pertenece:

1.4 Estrato Socioeconómico						
0	1	2	3	4	5	6

1.5 Estado civil: Cuál es su estado civil? (Escoja una de las opciones)

1.5 Estado Civil	
Soltera	01
Casada	02
Separada	03
Unión Libre	04
Viuda	05

1.6. Trabajo. Escoja la mejor opción que describa su actividad ocupacional y la de su compañero

1.6 TRABAJO		
Tipo de Ocupación	Paciente	Esposo o compañero
Administración Pública	01	01
Profesional o intelectual	02	02
Técnico nivel medio	03	03
Oficina	04	04
Servicios o vendedor	05	05
Trabajador del campo	06	06
Operario o artesano	07	07
Trabajo no calificado	08	08
Fuerzas armadas	09	09
Desempleado	10	10

1.7 Régimen de atención médica. Mediante cuál de las siguientes opciones se le atendió a Ud. el parto? (marque una opción. Si tiene carné verifique)

1.8 Régimen de atención médica	
Ninguno	01
Subsidiado sin ARS	02
Subsidiado con ARS	03
Contributivo	04
Medicina prepagada	05
Atención Particular	06

2. BLOQUE DE ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS

2.1 Antecedentes familiares de enfermedad siquiátrica general. En su familia (padres, hermanos, hijos, tíos, primos, abuelos) alguien ha tenido enfermedad siquiátrica, o ha estado hospitalizado por alguna vez por una enfermedad mental?:

Si ____ No ____

2.2Antecedentes familiares de depresión. En su familia (padres, hermanos, hijos, tíos, primos, abuelos) a alguien le han diagnosticado depresión, a estado hospitalizado o le han suministrado medicamentos por esta causa?:

Si ____ No ____

2.3Antecedentes personales de enfermedad siquiátrica durante la vida. En alguna oportunidad estuvo hospitalizada o recibió algún medicamento por enfermedad mental, o en alguna ocasión le dijo el médico que Ud. tenía una enfermedad mental?:

Si ____ No ____

2.4Antecedentes personales de depresión.

2.4.1 En alguna oportunidad estuvo hospitalizada o recibió algún medicamento por estar deprimida, o en alguna ocasión le dijo el médico que Ud. estaba deprimida?:

Si ____ No ____ . (Si contestó afirmativamente pase a la pregunta 2.5)

2.4.2 Ha sentido poco interés o placer en hacer cosas que antes le agradaban?:

Si ____ No ____

2.4.3 alguna vez se sintió desanimada, deprimida o sin esperanza por más de dos semanas casi todos los días?:

Si ____ No ____

2.4 Antecedentes personales de depresión	
Uso exclusivo del investigador	
2.4.2 :No y 2.4.3: No	01
Uno de los dos : Si	02
2.4.2 :Si y 2.4.3 : Si	03

2.5Antecedentes siquiátricos durante la gestación. En alguna oportunidad, durante el embarazo, estuvo hospitalizada o recibió algún medicamento por enfermedad mental, o en alguna ocasión, durante el embarazo, el médico le dijo que Ud. tenía una enfermedad mental?:

Si ____ No ____

2.6Antecedentes de depresión durante la gestación.

2.6.1 En alguna oportunidad estuvo hospitalizada, durante el embarazo, o recibió algún medicamento por estar deprimida, o en alguna ocasión, durante el embarazo, el médico le dijo que Ud. tenía depresión?:

Si ____ No ____ . (Si contestó afirmativamente pase a la pregunta 2.7)

2.6.2 Ha sentido poco interés o placer, durante el embarazo, en hacer cosas que antes le agradaban?:

Si ____ No ____

2.6.3 alguna vez se sintió, durante el embarazo, desanimada, deprimida o sin esperanza por más de dos semanas casi todos los días?:

Si ____ No ____

2.6 Depresión en la gestación	
Uso exclusivo del investigador	
2.6.2 :No y 2.6.3: No	01
Uno de los dos : Si	02
2.6.2 :Si y 2.6.3 : Si	03

2.7Antecedentes personales de ansiedad.

2.7.1 Presentó, alguna vez, un ataque de ansiedad (sintió miedo o pánico repentino)?:

Si ____ No ____ . (Si contestó afirmativamente pase a la pregunta 2.8)

2.7.2 Alguna vez se sintió nerviosa , ansiosa, o con los nervios de punta por más de dos semanas?:

Si ____ No ____

2.7.3 Se sintió, alguna vez, preocupada al mismo tiempo, por muchas cosas diferentes?

Si ____ No ____

2.7 Ansiedad	
Uso exclusivo del investigador	
2.7.2 y 2.7.3.: No	01
Uno de los dos: Si	02
2.7.2 y 2.7.3 : Si	03

2.8Autoestima. Se siente Ud. capaz, digna o exitosa en la vida, se siente satisfecha con lo que ha logrado en la vida?:

Autoestima	
Siempre	01
Algunas veces	02
Nunca	03

2.9Relación marital. Considera su relación de pareja?:

Relación marital	
Buena	01
Regular	02
Mala	03

2.10 Acontecimientos vitales durante la gestación.

2.10.1 Durante el embarazo cambio de habitación? Si ____ No ____

2.10.2 Durante el embarazo falleció algún miembro de su familia? Si ____ No ____

2.10.3 En el embarazo Ud. o su esposo perdieron el trabajo? Si ____ No ____

2.10.4 Durante el embarazo Ud. o algún miembro de su familia estuvo gravemente enfermo? Si ____ No ____

Alguna otra situación le causo mucha preocupación durante el embarazo. Cuál?:

Uso exclusivo del Investigador.	
Indicador de estrés	
Ninguno	01
Uno	02
Dos	03
Tres	04
Cuatro o más	05

2.11 Consumo de tabaco.

2.11.1 Fumaba tabaco o cigarrillo Ud. antes de estar embarazada?: Escoja una sola opción.

2.11.1 Consumo de tabaco previo	
Nunca	01
Ocasionalmente	02
Frecuentemente	03
A diario	04

2.11.2 Fumó Ud. durante el embarazo?: Escoja una sola opción.

2.11.2 Consumo de tabaco en el embarazo	
Nunca	01
Ocasionalmente	02
Frecuentemente	03
A diario	04

2.12 Consumo de drogas.

2.12.1 Consumía Ud. algún tipo de droga (bazuco, coca, crack, nieve, fármacos para el dolor, fármacos para la ansiedad, medicamentos para el insomnio, marihuana, heroína) antes del embarazo? (escoja una sola opción)

2.12.1 Consumo de droga	
Nunca	01
Ocasionalmente	02
Frecuentemente	03
A diario	04

2.12.2 Consumió Ud. algún tipo de droga (coca, crack, nieve, fármacos para el dolor, fármacos para la ansiedad, medicamentos para el insomnio, marihuana, heroína) durante embarazo? (escoja una sola opción)

2.12.2 Droga en el embarazo	
Nunca	01
Ocasionalmente	02
Frecuentemente	03
A diario	04

2.13 Consumo de alcohol.

2.13.1 Consumía Ud. licor, antes de estar embarazada? (Escoja una opción)

2.13.1 Licor antes del embarazo	
Nunca	01
Ocasionalmente	02
Frecuentemente	03
A diario	04

2.13.2 Consumió Ud. licor, durante el embarazo? (Escoja una opción)

2.13.1 Licor antes del embarazo	
Nunca	01
Ocasionalmente	02
Frecuentemente	03
A diario	04

3. BLOQUE DE ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

3.1 Gestación planeada o deseada. Planeó Ud. este embarazo? Si ____ No ____

3.2 Control Prenatal. Realizó control prenatal? Si ____ No ____ . A cuantos controles asistió? ____

3.3 Número de hijos. Cuantos hijos tenía antes de este embarazo? ____

3.4 Edad gestacional. Cuantas semanas tenía de gestación?(verificar en HC) ____

3.5 Tipo de parto. Cuál fue el tipo de parto?: (escoja solo un ítem)

3.5 Tipo de parto	
Natural	01
Cesárea programada	02
Cesárea de urgencia	03
Parto instrumentado	04

ANEXO E. Variables relacionadas con el puerperio y el recién nacido

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Salud

Maestría en epidemiología

Proyecto: “Depresión posparto en Bucaramanga, Factores de Riesgo”

CUESTIONARIO DEL PUERPERIO

IDENTIFICACIÓN

Fecha ____ ____ ____

Nombre de la entrevistada: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Clínica: _____

USO EXCLUSIVO DEL INVESTIGADOR

Código de identificación: ____ ____ ____

BLOQUE 1: EL RECIEN NACIDO

1.1 Género del recién nacido. A que sexo pertenece su hijo? (marque una opción)

1.1 Género del niño	
Hombre	01
Mujer	02

1.2 Peso del niño al nacer. Cuanto peso su hijo(a) cuando nació? (reporte el dato en gramos, compruebe con la manilla de la clínica o con el certificado de nacido vivo) _____

1.3 Talla del niño al nacer. Cuál fue la talla de su niño(a) al nacimiento? (reporte el dato en centímetros, compruebe con la manilla de la clínica o con certificado de nacido vivo) _____

1.4 Estado de salud del recién nacido. Cuando su hijo nació recibió algún tipo de tratamiento médico? (escoja una opción)

1.4. Estado de salud del recién nacido	
Ninguno	01
Tratamiento estando con UD.	02
Tratamiento en una sala de cuidado básico	03
Tratamiento en una sala de cuidado intermedio	04
Tratamiento en una UCI neonatal	05

1.5 Satisfacción con el recién nacido. Esta UD. satisfecha con su hijo? (Escoja una opción)

1.5. Satisfacción con el Recién nacido	
Muy satisfecha	01
Satisfecha	02
Desilusionada	03
Muy desilusionada	04

1.6 Intención de lactancia. Tenía UD. la intención de lactar a su hijo? Si ____
No ____

1.7 Problemas con la alimentación. Ha tenido problemas con la alimentación de su hijo? Si ____ No ____

1.8 Alimentación de recién nacido. Que alimento recibe el niño actualmente? (escoja una sola opción)

1.8. Alimentación del recién nacido	
Seno exclusivamente	01
Seno + biberón(tetero)	02
Biberón exclusivamente	03
Otros alimentos	04

1.9 Información sobre el cuidado del recién nacido. Recibió UD. información, en alguna oportunidad, sobre como debería cuidar su bebé? Si ____ No ____

1.10 Satisfacción del compañero con el niño. Esta su esposo o compañero, si lo tiene, satisfecho con el bebé? (Escoja una opción)

10. Satisfacción con el Recién nacido	
Muy satisfecho	01
Satisfecho	02
Desilusionado	03
Muy desilusionado	04

1.11 Separación del recién nacido. Ha tenido que dejar al niño al cuidado de otra persona, en varias ocasiones durante este mes? Si ____ No ____

1.12 Satisfacción con los cuidadores. En caso de tener que dejar su hijo al cuidado de alguien: Esta UD. satisfecha con la persona que lo cuida ? (Escoja una opción)

1.12. Satisfacción con los cuidadores	
Muy satisfecha	01
Satisfecha	02
Poco satisfecha	03

BLOQUE 2. DISFORIA

2.1 Ansiedad. Después del parto se ha sentido angustiada o con los nervios de punta? Si ____ No ____

2.2 Tristeza.

2.2.1 Después del parto se ha sentido desanimada, triste o sin esperanza? Si ____ No ____

2.2.2 Después del parto se ha sentido con poco interés o placer en hacer cosas que antes disfrutaba? Si ____ No ____

2.3 Llanto. Después del parto ha tenido deseos de llorar o episodios de llanto que no sean por dolor físico? Si ____ No ____

2.4 Confusión. Ha tenido problemas para concentrarse después del parto?

Si ____ No ____

2. Disforia	
Uso exclusivo del investigador	
Uno solo de los cuatro	01
Dos de los cuatro	02
Tres de los cuatro	03
Los cuatro	04

ANEXO F. FACTORES CONFUSORES

1. VARIABLES SOCIOECONOMICAS					
Nombre	Escala de medición	Procedimiento de recolección de la información	Definición	Descripción y Codificación	
Edad	Numérica continua	Cuestionario, comprobación con documento de identidad	Años cumplidos hasta la fecha en que se realiza el cuestionario	Parámetros: Media y desviación estándar	
Nivel Educativo	Ordinal	Cuestionario	Periodos académicos terminados de educación formal	Proporción y porcentajes totales y por categorías	
Procedencia	Nominal (dicotómica)	Cuestionario	Se refiere a si el sitio habitual de residencia es el campo o la ciudad	Proporción y porcentajes totales y por categorías	Rural: 01Urbano:02
Estrato socioeconómico	Ordinal	Cuestionario, comprobación con recibo de servicios	Se refiere al nivel de clasificación del barrio dentro de la ciudad	Proporción y porcentajes totales y por categorías	
Estado civil	Nominal	Cuestionario	Se refiere al vínculo reconocido socialmente que existe con su pareja	Proporción y porcentajes totales y por categorías	Soltera 01 Casada 02 Separada 03 Unión libre 04 viuda05
Tipo de trabajo	Nominal	Cuestionario	Sector de la economía en donde se desempeña habitualmente.	Proporción y porcentajes totales y por categorías	01-09: Clasificación OIT Desempleado 10

Régimen de seguridad social	Nominal	Cuestionario, comprobación con carné	Tipo de vinculación al sistema general de seguridad social	Proporción y porcentajes totales y por categorías	Ninguno 01 Subsidiado sin ARS 02 Subsidiado con ARS 03 Contributivo 04 Medicina prepagada 05 Particular 06
------------------------------------	---------	--------------------------------------	--	---	---

2. VARIABLES DE ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS					
Nombre	Escala de medición	Procedimiento de recolección de la información	Definición	Descripción y Codificación	
Familiares de enfermedad siquiátrica	Nominal dicotómica	Cuestionario	Conocimiento de antecedentes de cualquier enfermedad siquiátrica hasta en la tercera generación de consanguinidad	Proporción y porcentajes totales y por categorías	Si: 01 No: 02
Familiares de depresión	Nominal dicotómica	Cuestionario.	Conocimiento de antecedentes de depresión clínica hasta en la tercera generación de consanguinidad	Proporción y porcentajes totales y por categorías	Si: 01 No: 02
Personales de enfermedad siquiátrica	Nominal dicotómica	Cuestionario.	Recuerdo de cualquier enfermedad siquiátrica en algún momento de la vida de la paciente	Proporción y porcentajes totales y por categorías	Si: 01 No: 02
Personales de depresión	Nominal dicotómica	Cuestionario	Recuerdo de cualquier episodio de depresión en algún momento de la vida de la paciente	Proporción y porcentajes totales y por categorías	Si: 01 No: 02

Siquiátricas durante la gestación	Nominal dicotómica	Cuestionario	Recuerdo de cualquier enfermedad siquiátrica en algún momento de la gestación de la paciente	Proporción y porcentajes totales y por categorías	Si: 01 No: 02
Depresión durante la gestación	Nominal dicotómica	Cuestionario	Recuerdo de cualquier episodio depresivo en algún momento de la gestación de la paciente	Proporción y porcentajes totales y por categorías	Si: 01 No: 02
Personales de ansiedad	Nominal dicotómica	Cuestionario	Recuerdo de cualquier episodio de ansiedad en algún momento de la vida de la paciente	Proporción y porcentajes totales y por categorías	Si: 01 No: 02
Autoestima	Nominal dicotómica	Cuestionario	Percepción de su autovaloración como ser humano	Proporción y porcentajes totales y por categorías	Si: 01 No: 02
Relación marital	Nominal dicotómica	Cuestionario	Percepción de su relación de pareja	Proporción y porcentajes totales y por categorías	Si: 01 No: 02
Acontecimientos vitales durante la gestación	Ordinal	Cuestionario	Eventos que hayan generado estrés durante la gestación. Se preguntará por los mas frecuentes	Proporción y porcentajes totales y por categorías	Ninguno 01, uno 02, dos 03, tres 04, cuatro o más 05
Consumo de tabaco antes de la gestación	Ordinal	Cuestionario	Recuerdo del consumo de tabaco o cigarrillo previo al embarazo	Proporción y porcentajes totales y por categorías	Nunca: 01 Ocasionalmente: 02, Frecuentemente: 03, a Diario: 04

Consumo de tabaco durante la gestación	Ordinal	Cuestionario	Recuerdo del consumo de tabaco o cigarrillo durante el embarazo	Proporción y porcentajes totales y por categorías	Nunca: 01 Ocasionalmente: 02, Frecuentemente: 03, a Diario: 04
Consumo de drogas sicoactivas antes de la gestación	Ordinal	Cuestionario	Recuerdo del consumo de alguna sustancia sicoactiva previo al embarazo	Proporción y porcentajes totales y por categorías	Nunca: 01 Ocasionalmente: 02, Frecuentemente: 03, a Diario: 04
Consumo de drogas psicoactivas durante la gestación	Ordinal	Cuestionario	Recuerdo del consumo de alguna sustancia sicoactiva durante el embarazo	Proporción y porcentajes totales y por categorías	Nunca: 01 Ocasionalmente: 02, Frecuentemente: 03, a Diario: 04
Consumo de alcohol antes de la gestación	Ordinal	Cuestionario	Recuerdo del consumo de licor previo al embarazo	Proporción y porcentajes totales y por categorías	Nunca: 01 Ocasionalmente: 02, Frecuentemente: 03, a Diario: 04
Consumo de alcohol durante la gestación	Ordinal	Cuestionario	Recuerdo del consumo de licor previo durante el embarazo	Proporción y porcentajes totales y por categorías	Nunca: 01 Ocasionalmente: 02, Frecuentemente: 03, a Diario: 04
Antecedentes de disforia	Ordinal	Cuestionario	Síndrome de aparición en 2º o 3er día, menor a 2 semanas de duración con presencia de tristeza, llanto, confusión y ansiedad	Proporción y porcentajes totales y por categorías	Uno solo 01, dos 02, tres 03, los cuatro 04.

3. VARIABLES OBSTETRICAS					
Nombre	Escala de medición	Procedimiento de recolección de la información	Definición	Descripción y Codificación	
Gestación deseada	Nominal categórica	Cuestionario	Si la madre deseaba tener o no el recién nacido	Proporciones y porcentajes totales y por cada categoría	Si: 01, No: 02
Control prenatal	Númerica discreta	Cuestionario. Comprobación con historia clínica	Si realizo control prenatal y en cuantas ocasiones	Medidas de resumen: Promedio, mediana y desviación estándar	
Número de hijos	Númerica discreta	Cuestionario. Comprobación con historia clínica	Se refiere al número de hijos previos al actual	Medidas de resumen: Promedio, mediana, rango y desviación estándar	
Edad gestacional	Númerica continua	Cuestionario. Comprobación con historia clínica	Edad en semanas de la gestación en el momento de parto determinado por obstetricia	Medidas de resumen: promedio mediana, rango y desviación estándar	
Tipo de parto	Nominal	Cuestionario. Comprobación con historia clínica	Se refiere al mecanismo del parto y si requirió intervención de urgencia	Porcentajes y proporciones por categoría	Natural: 01, Cesárea programada: 02, Cesárea de urgencia: 03, Parto instrumentado:04

4. VARIABLES REFERENTES AL RECIEN NACIDO					
Nombre	Escala de medición	Procedimiento de recolección de la información	Definición	Descripción y Codificación	
Género del RN	Nominal	Cuestionario, comprobación con Historia clínica	Se refiere a si el niño es hombre o mujer	Proporciones y porcentajes en general y por cada categoría	Hombre:01, mujer:02
Peso del RN	Númerica continua	Cuestionario, comprobación con Historia clínica	Peso en gramos en momento del nacimiento	Parámetros de resumen: Media, mediana, rango y desviación estándar	
Talla del RN	Númerica continua	Cuestionario, comprobación con Historia clínica	Talla en centímetros en el momento del nacimiento	Parámetros de resumen: Media, mediana, rango y desviación estándar	
Estado de salud del RN	Ordinal	Cuestionario, comprobación con Historia clínica	Se refiere al tipo de tratamiento médico que el niño recibió cuando nació	Proporciones y porcentajes en general y por cada categoría	Ninguno: 01, Tratamiento con la madre:02, Sala de cuidado básico: 03, Cuidado intermedio: 04, Cuidado intensivo 05.
Satisfacción con el RN	Ordinal	Cuestionario	Percepción de la satisfacción materna con el RN	Proporciones y porcentajes en general y por cada categoría	Muy satisfecha: 01, Satisfecha: 02, Desilusionada: 03, Muy desilusionada:04
Intención de lactancia materna	Nominal dicotómica	Cuestionario	Deseo de la madre de dar lactancia natural	Proporciones y porcentajes en general y por cada categoría	Si: 01, No: 02
Problemas con la alimentación	Nominal dicotómica	Cuestionario	Se refiere a si la madre ha tenido dificultad para	Proporciones y porcentajes en general y por cada categoría	Si: 01, No: 02

			alimentar a su hijo por cualquier razón: falta de producción, vómito de RN etc.		
Alimentación del RN	Nominal	Cuestionario	Tipo de alimentación que esta recibiendo RN	Proporciones y porcentajes en general y por cada categoría	Seno: 01, seno + biberón: 02, Biberón: 03, otros alimentos: 04
Información sobre cuidado del RN	Nominal dicotómica	Cuestionario	Se refiere a si la madre recibió información sobre el cuidado del niño	Proporciones y porcentajes en general y por cada categoría	Si: 01, No: 02
Satisfacción del compañero con el RN	Ordinal	Cuestionario	Percepción de la madre de la satisfacción que tiene el compañero del nuevo hijo	Proporciones y porcentajes en general y por cada categoría. Medida de resumen: Mediana	Muy satisfecho: 01, Satisfecho 02, Desilusionado: 03, muy desilusionado: 04
Separación del RN	Nominal dicotómica	Cuestionario	Se refiere a si la madre ha tenido que separarse de su hijo por alguna razón. Ejemplo trabajo.	Proporciones y porcentajes en general y por cada categoría	Si: 01, No: 02
Satisfacción con los cuidadores	Ordinal	Cuestionario	Se refiere a la percepción de seguridad que tiene la madre respecto al cuidado del niño cuando tiene que dejarlo	Proporciones y porcentajes en general y por cada categoría	Muy satisfecha: 01, Satisfecha: 02, Poco satisfecha: 03.

ANEXO G. TABLA DE SOBREVIDA LIBRE DE LA ENFERMEDAD PARA TODA LA COHORTE

Beg. Tiempo*	Total	Net Fail	Survivor Lost	Std. Function	Error	[95% Conf. Int.]	
6	286	1	0	0.9965	0.0035	0.9754	0.9995
9	285	1	0	0.9930	0.0049	0.9723	0.9982
14	284	1	0	0.9895	0.0060	0.9678	0.9966
18	283	1	0	0.9860	0.0069	0.9632	0.9947
20	282	0	1	0.9860	0.0069	0.9632	0.9947
21	281	4	2	0.9720	0.0098	0.9448	0.9859
23	275	0	2	0.9720	0.0098	0.9448	0.9859
24	273	0	2	0.9720	0.0098	0.9448	0.9859
25	271	1	0	0.9684	0.0104	0.9401	0.9834
26	270	1	0	0.9648	0.0109	0.9356	0.9809
30	269	1	0	0.9612	0.0115	0.9311	0.9783
36	268	0	1	0.9612	0.0115	0.9311	0.9783
37	267	0	1	0.9612	0.0115	0.9311	0.9783
38	266	0	2	0.9612	0.0115	0.9311	0.9783
39	264	0	10	0.9612	0.0115	0.9311	0.9783
40	254	0	6	0.9612	0.0115	0.9311	0.9783
41	248	0	15	0.9612	0.0115	0.9311	0.9783
42	233	0	67	0.9612	0.0115	0.9311	0.9783
43	166	0	34	0.9612	0.0115	0.9311	0.9783
44	132	0	40	0.9612	0.0115	0.9311	0.9783
45	92	0	21	0.9612	0.0115	0.9311	0.9783
46	71	0	21	0.9612	0.0115	0.9311	0.9783
47	50	0	21	0.9612	0.0115	0.9311	0.9783
48	29	0	10	0.9612	0.0115	0.9311	0.9783
49	19	0	7	0.9612	0.0115	0.9311	0.9783
50	12	0	2	0.9612	0.0115	0.9311	0.9783
51	10	0	4	0.9612	0.0115	0.9311	0.9783
52	6	0	2	0.9612	0.0115	0.9311	0.9783
53	4	1	2	0.7209	0.2083	0.1578	0.9437
54	1	0	1	0.7209	0.2083	0.1578	0.9437

* En días

ANEXO H. TABLAS DE SOBREVIDA LIBRES DE LA ENFERMEDAD SEGÚN LOS ANTECEDENTES PERSONALES DE DEPRESIÓN

Tiempo*	Total	Beg.		Net	Survivor Function	Std. Error	Std. [95% Conf. Int.]
		Fail	Lost				

Antecedentes Negativos							
14	191	1	0	0.9948	0.0052	0.9634	0.9993
20	190	0	1	0.9948	0.0052	0.9634	0.9993
21	189	1	1	0.9895	0.0074	0.9587	0.9974
23	187	0	1	0.9895	0.0074	0.9587	0.9974
24	186	0	1	0.9895	0.0074	0.9587	0.9974
26	185	1	0	0.9842	0.0091	0.9517	0.9949
36	184	0	1	0.9842	0.0091	0.9517	0.9949
37	183	0	1	0.9842	0.0091	0.9517	0.9949
38	182	0	2	0.9842	0.0091	0.9517	0.9949
39	180	0	6	0.9842	0.0091	0.9517	0.9949
40	174	0	6	0.9842	0.0091	0.9517	0.9949
41	168	0	9	0.9842	0.0091	0.9517	0.9949
42	159	0	43	0.9842	0.0091	0.9517	0.9949
43	116	0	27	0.9842	0.0091	0.9517	0.9949
44	89	0	30	0.9842	0.0091	0.9517	0.9949
45	59	0	16	0.9842	0.0091	0.9517	0.9949
46	43	0	14	0.9842	0.0091	0.9517	0.9949
47	29	0	12	0.9842	0.0091	0.9517	0.9949
48	17	0	6	0.9842	0.0091	0.9517	0.9949
49	11	0	5	0.9842	0.0091	0.9517	0.9949
50	6	0	2	0.9842	0.0091	0.9517	0.9949
51	4	0	2	0.9842	0.0091	0.9517	0.9949
52	2	0	1	0.9842	0.0091	0.9517	0.9949
54	1	0	1	0.9842	0.0091	0.9517	0.9949
Antecedentes Positivos							
6	95	1	0	0.9895	0.0105	0.9276	0.9985
9	94	1	0	0.9789	0.0147	0.9184	0.9947
18	93	1	0	0.9684	0.0179	0.9053	0.9897
21	92	3	1	0.9368	0.0250	0.8648	0.9711
23	88	0	1	0.9368	0.0250	0.8648	0.9711
24	87	0	1	0.9368	0.0250	0.8648	0.9711
25	86	1	0	0.9259	0.0269	0.8509	0.9640
30	85	1	0	0.9151	0.0287	0.8373	0.9566
39	84	0	4	0.9151	0.0287	0.8373	0.9566
41	80	0	6	0.9151	0.0287	0.8373	0.9566
42	74	0	24	0.9151	0.0287	0.8373	0.9566
43	50	0	7	0.9151	0.0287	0.8373	0.9566
44	43	0	10	0.9151	0.0287	0.8373	0.9566
45	33	0	5	0.9151	0.0287	0.8373	0.9566
46	28	0	7	0.9151	0.0287	0.8373	0.9566
47	21	0	9	0.9151	0.0287	0.8373	0.9566
48	12	0	4	0.9151	0.0287	0.8373	0.9566
49	8	0	2	0.9151	0.0287	0.8373	0.9566
51	6	0	2	0.9151	0.0287	0.8373	0.9566
52	4	0	1	0.9151	0.0287	0.8373	0.9566
53	3	1	2	0.6100	0.2498	0.0815	0.9072

* En días

ANEXO I. INSTITUCIONES DE ENROLAMIENTO DE LAS PACIENTES

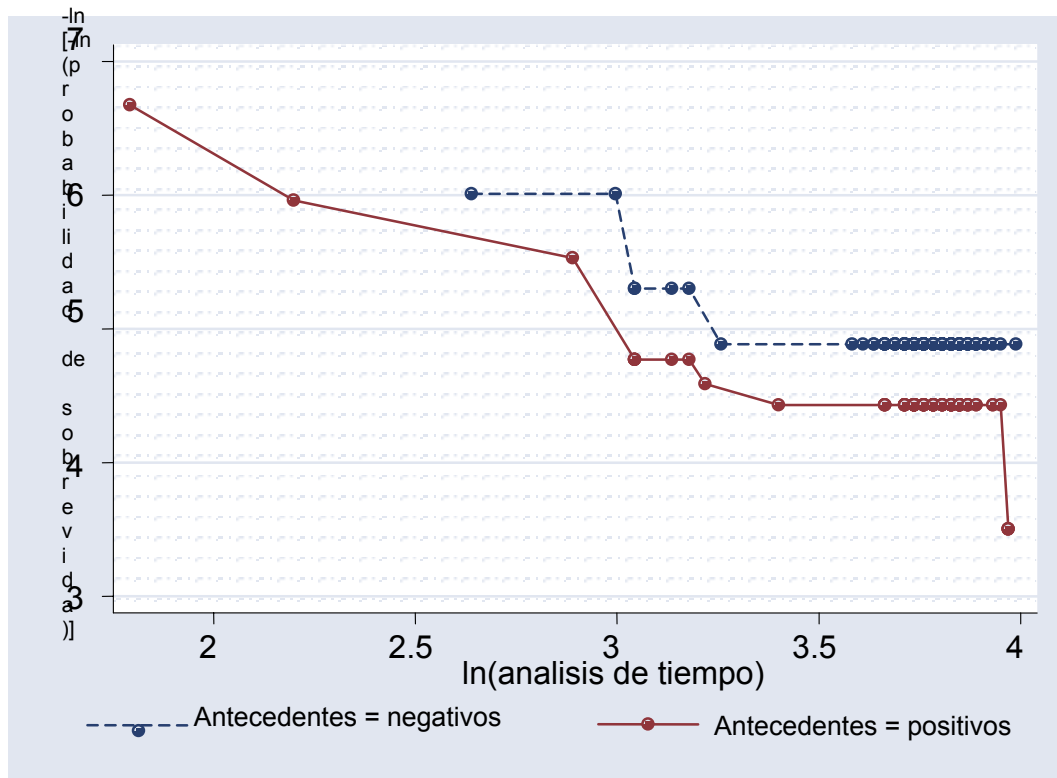
CLÍNICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
HURGV§	78	27.27	27.27
ISS*	59	20.63	47.90
UIMIST†	23	8.04	55.94
San Luis	44	15.38	71.33
Chicamocha	17	5.94	77.27
Florida	10	3.50	80.77
Girón	8	2.80	83.57
Piedecuesta	9	3.15	86.71
Comfenalco	8	2.80	83.57
Santa Teresa	20	6.99	96.50
Bucaramanga	10	3.50	80.77
TOTAL	286	100.00	

§ Hospital Universitario Ramón González Valencia

*Instituto de Seguros Sociales

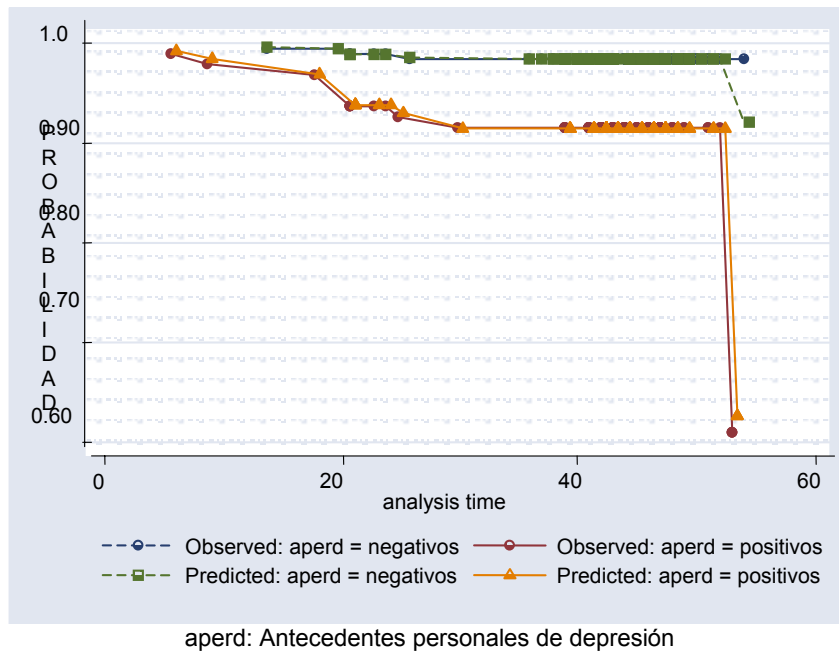
†Unidad materno Infantil Santa Teresita

**ANEXO J. PROPORCIONALIDAD DEL MODELO UNO, EL CUAL INCLUYÓ:
ANTECEDENTES PERSONALES DE DEPRESIÓN, ANTECEDENTES DE DEPRESIÓN
DURANTE LA GESTACIÓN, MALA AUTOESTIMA, AUSENCIA DE CONTROL PRENATAL Y
PRESENCIA DE DISFORIA**

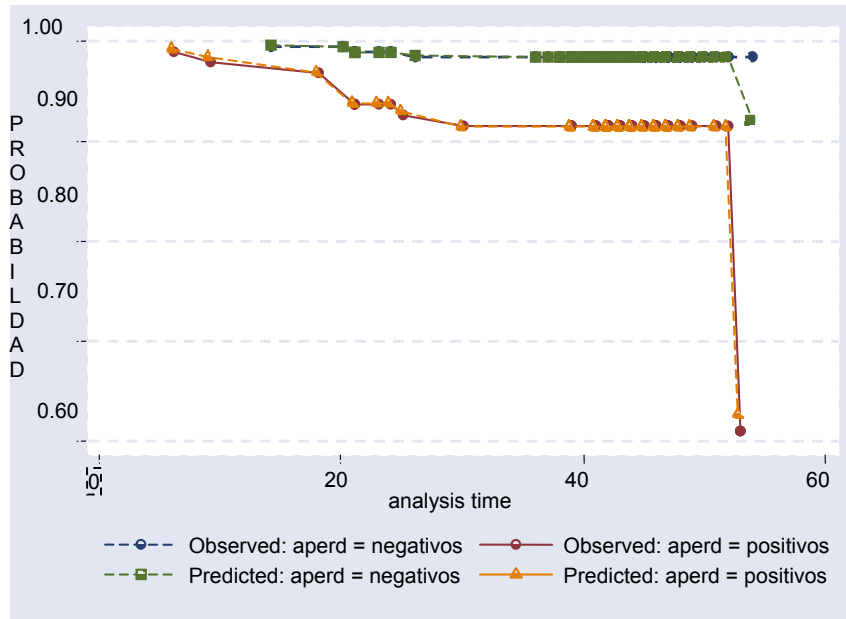


ANEXO K. VALORES OBSERVADOS Y PREDICHOS POR LOS MODELOS DOS Y TRES

A. Observados y predichos por el modelo dos (antecedentes de episodios depresivos y ausencia de control prenatal)

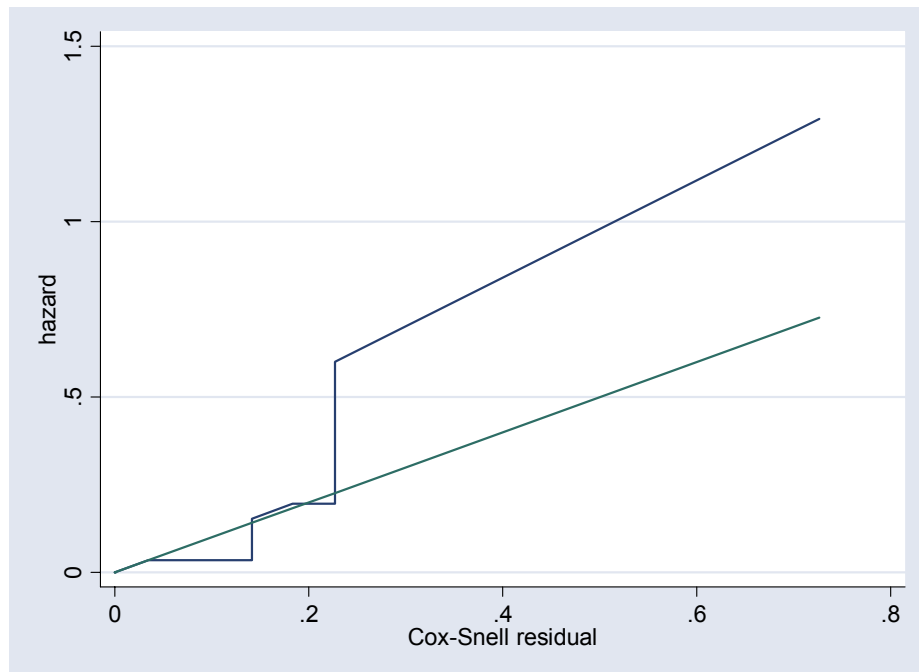


B. Observados y predichos modelo tres (antecedentes de episodios depresivos, ausencia de control prenatal y presencia de disforia)

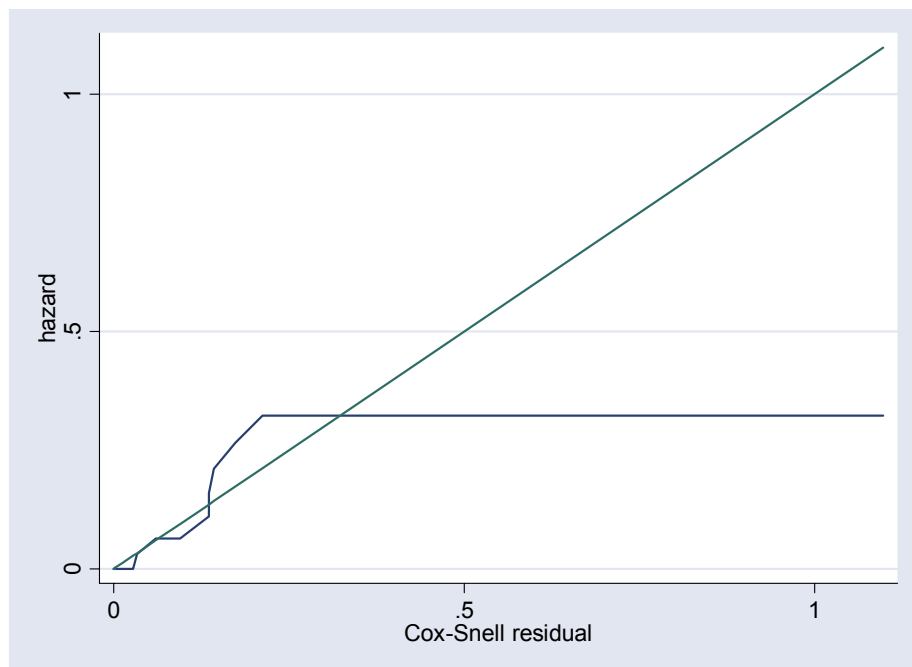


aperd: Antecedentes personales de depresión

ANEXO L. AJUSTE DE LOS MODELOS DOS Y TRES SIN DATOS INFLUYENTES



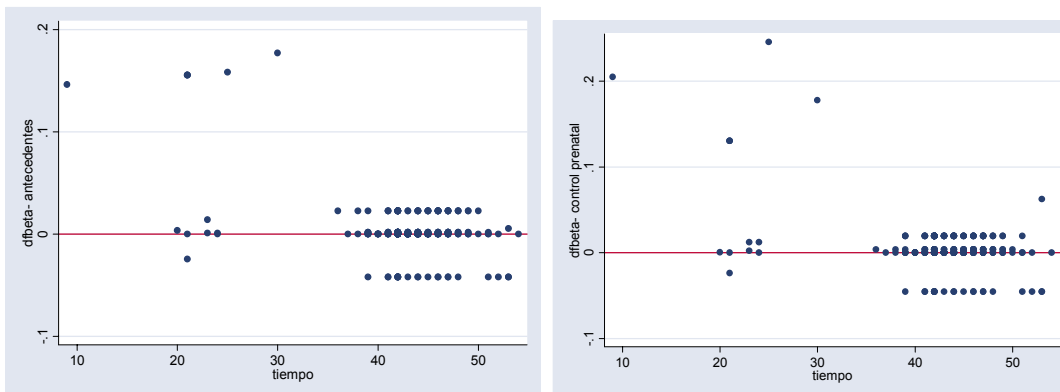
Modelo 2



Modelo 3

ANEXO M. DF BETAS PARA CADA VARIABLE, EN LOS MODELOS DOS Y TRES, SIN DATOS INFLUYENTES

A. DFBETA DE LOS ANTECEDENTES DE DEPRESIÓN Y LA AUSENCIA DE CONTROL PRENATAL EN EL MODELO SIN OBSERVACIONES EXTREMAS



B. DFBETA DE ANTECEDENTES DE DEPRESIÓN, AUSENCIA DE CONTROL PRENATAL Y DISFORIA EN EL MODELO SIN OBSERVACIONES EXTREMAS

