

## **PREVALENCIA DE LA DEPRESION POSPARTO EN LA CIUDAD DE MELILLA**

Levy Ruah Luna, Pérez Egea Julia, González Cuéllar Sandra, Boutalib Mohand Yunaida, Obadia Cohen Reina-Esther

INGESA

[clarita132@hotmail.com](mailto:clarita132@hotmail.com)

### **RESUMEN**

**INTRODUCCION:** El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) agrupa varios trastornos del estado de ánimo como depresión posparto dentro de las primeras 4 semanas, no obstante, este tipo de trastornos son complejos de diagnosticar.

Melilla, es la ciudad europea con mayor tasa de natalidad anual, por lo tanto, es posible que se de una alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo asociados al puerperio.

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de trastornos del estado de ánimo posparto en la ciudad de Melilla.

**METODOLOGIA:** Se realizó un estudio descriptivo observacional con una muestra de 250 mujeres que dieron a luz en la ciudad de Melilla, durante el pasado año 2014, se les realizó vía telefónica el cuestionario de la escala Posnatal de Edimburgo (EPDS). A las mujeres con puntuación EPDS igual o superior a 11, se les realizó una entrevista Clínica psiquiátrica física para obtener un diagnóstico.

**RESULTADOS:** De un total de 250 mujeres, se obtuvieron 50 positivos (20%) con una prevalencia del 8% que difiere de la establecida a nivel Mundial (10-15%).

**DISCUSION/CONCLUSIONES:** La disminución de la prevalencia detectada, puede deberse a las dificultades para realizar la entrevista clínica a aquellas mujeres con EPDS igual o superior a 11, que no acudieron a la cita, ya que casi el 50% de las gestantes que dan a luz en nuestro hospital proceden de Marruecos y no es posible contactar con ellas.

A pesar de esto, es importante reconocer de forma precoz los síntomas para recibir lo antes posible el tratamiento más eficaz.

# PREVALENCIA DE LA DEPRESION POSPARTO EN LA CIUDAD DE MELILLA

## INTRODUCCION

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) agrupa varios trastornos del estado de ánimo como depresión posparto dentro de las primeras 4 semanas, no obstante, este tipo de trastornos son complejos de diagnosticar.

Sin embargo en la práctica clínica se observa que la depresión posparto puede tener su inicio dentro de un periodo más extenso que abarca desde el embarazo hasta los primeros tres-seis meses

Posparto, siendo su aparición más frecuente en el posparto.

Solo un 20% de estas depresiones reciben tratamiento psiquiátrico<sup>1</sup>. Actualmente la depresión posparto suele no ser detectada ni tratada<sup>2</sup>.

Melilla, es la ciudad europea con mayor tasa de natalidad anual, por lo tanto, es posible que se dé una alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo asociados al puerperio.

Durante las fases del ciclo vital embarazo, parto y puerperio, la mujer está sometida a cambios bioquímicos, psicológicos, sociales y a la presencia de factores predisponentes dando lugar a un periodo de máxima vulnerabilidad a manifestar diferentes estados patológicos relacionados con el estado de ánimo<sup>3</sup>.

La depresión posparto afecta entre el 10-25% de las puérperas y se incrementa al 50% si la mujer tiene antecedentes de depresión posparto<sup>4</sup>. Tiene una prevalencia tres veces más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados, la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10-15%, siendo mayor esta cifra en las mujeres de nivel socioeconómico bajo<sup>5</sup>.

La depresión posparto además de afectar la salud de la madre puede afectar el desarrollo cognitivo, emocional y social del niño, la relación con la pareja y todo el entorno de la mujer<sup>6</sup>.

El cuadro clínico es de una depresión clásica relacionado con el momento en el que se presenta que coincide con el periodo de lactancia lo cual provoca dudas sobre su compatibilidad con ciertos tratamientos. No responde a una razón psicopatológica clara. Hay dudas si es una entidad con etiología y características propias.

Puede recurrir (un 30-41% de los casos recurre tras un siguiente embarazo) y cronificar. Su duración media es de dos a seis meses<sup>7</sup>. Su inicio ocurre generalmente las seis primeras semanas después del parto<sup>8</sup>.

La escala de depresión Posnatal de Edimburgo es un test muy útil, sencillo y eficaz<sup>9</sup>. Se utiliza como medio de cribado y nos separa a las mujeres en riesgo de depresión posparto de las que no lo están. A partir de ahí a las mujeres en riesgo se realiza la entrevista clínica necesaria para determinar el diagnóstico de depresión posparto<sup>10</sup>.

## **PREVALENCIA DE LA DEPRESION POSPARTO EN LA CIUDAD DE MELILLA**

El diagnóstico de la depresión posparto es clínico, hay que reconocer los síntomas: tristeza, incapacidad para experimentar placer,

Cansancio, cambios en el sueño y en el apetito, alteraciones en la concentración y las ideas depresivas (síntomas más específicos de la enfermedad) sentimientos de minusvalía, vacío, desesperanza y culpa relacionados con el cuidado y la crianza de los hijos. Puede existir riesgo de auto o hetero-agresión al recién nacido<sup>11</sup>.

Hay que diferenciar la depresión posparto del puerperio normal como de otros trastornos del estado de ánimo como el blues posparto y la psicosis puerperal<sup>12</sup>.

Blues posparto: periodo de melancolía o tristeza leve, transitorio, que comienza a los pocos días de nacer el bebe pero que no dura más de dos semanas, se manifiesta con llanto, ansiedad, irritabilidad, insomnio que con el transcurso de los días desaparece, no requiere tratamiento farmacológico, aunque si aumenta el riesgo de padecer una depresión clínica si persiste después de esos primeros diez días<sup>13</sup>.

Psicosis posparto: ocurre raras veces, en uno de cada mil partos, existe mayor probabilidad si la mujer o su familia tiene antecedentes de enfermedad mental, se manifiesta con síntomas psicóticos, delirios, alucinaciones, son frecuentes las conductas violentas y auto-agresivas que precisa el ingreso hospitalario de la mujer<sup>14</sup>.

Factores de riesgo: antecedentes de depresión, durante el embarazo o embarazos anteriores, en otra fase de su vida o depresión familiar.

Psicológicos: incluye los cambios hormonales que se producen en el posparto. Los niveles de la hormonas estrógeno y progesterona disminuyen abruptamente en las horas posteriores al parto. Las mujeres con un historial de síndrome premenstrual o el trastorno disfórico premenstrual tienen más riesgo que las mujeres que no lo sufren. Aspectos emocionales y de morbilidad: si el embarazo no estaba previsto o no es deseado, bebes que nacen antes de lo previsto con una enfermedad grave o defecto congénito, tener un bebe hospitalizado. Los sucesos estresantes como la muerte de un ser querido, migración, una enfermedad en la familia. Psicosociales:

Falta de apoyo social por parte de la pareja, familia, amigos por ejemplo para recibir ayuda en las tareas domésticas y en el cuidado del bebe. Sociodemográficos (edad, estado civil, nivel de estudios) <sup>15</sup>

### **OBJETIVOS**

#### **Objetivo general**

Determinar la prevalencia de trastornos del estado de ánimo posparto en la ciudad de Melilla.

# PREVALENCIA DE LA DEPRESION POSPARTO EN LA CIUDAD DE MELILLA

## Objetivos específicos

Reconocer de forma precoz los síntomas de la depresión posparto.

Seguimiento de cerca de las madres con factores de riesgo de depresión posparto.

Identificar los medios de análisis y prevención precoz de la depresión posparto.

Analizar el tratamiento más eficaz para la depresión posparto.

## METODOLOGIA

Se realizó un estudio descriptivo observacional con una muestra de 250 mujeres que dieron a luz en el hospital Comarcal en la ciudad de Melilla, durante el pasado año 2014, criterios de selección: mujeres púerperas entre las 1 semana y 3 meses, que dieron su consentimiento verbal para participar en la investigación, se excluyeron madres con antecedentes de enfermedad mental, analfabetas, muertes perinatales, malformados o recién nacidos hospitalizados. Se les realizó vía telefónica el cuestionario de la escala Posnatal de Edimburgo (EPDS), por tener una especificidad del 99% y una sensibilidad del 78%<sup>16,17</sup>. A las mujeres con puntuación EPDS igual o superior a 11, se les realizó una entrevista clínica psiquiátrica física de DSM-IV para obtener un diagnóstico.

La escala Posnatal de Edimburgo es el instrumento de cribado más utilizado en España y en la Atención Primaria para la detección de riesgo de depresión en el posparto. Validada por muchos países, es una escala auto-administrada, ideada por Cox y colaboradores en 1987, se compone de 10 reactivos que valoran estado de ánimo, ansiedad, interés, sentimientos de culpa, sueño e ideas suicidas que se puntúa con un valor que va de 0 a 3 puntos. La paciente contesta como se ha sentido en los últimos 7 días.

En este estudio se marca como punto de corte a partir de 11 para ser significativo. Luego los resultados con puntuación de 11 o más sugieren síntomas depresivos con importancia clínica para esta patología<sup>18, 19</sup>.

## RESULTADOS

De un total de 250 mujeres, se obtuvieron 50 positivos (20%), luego la prevalencia por medio del test de Edimburgo fue de un 20% y la prevalencia por medio de la entrevista de DSM-IV que confirma el diagnóstico fue del 8%, que difiere de la establecida a nivel mundial (10-15%)<sup>3</sup>.

Sin embargo en Latinoamérica hay estudios de alta prevalencia de depresión posparto, siendo Chile del 50,7%<sup>20</sup>.

## PREVALENCIA DE LA DEPRESION POSPARTO EN LA CIUDAD DE MELILLA

Tras la entrevista clínica observamos en la tabla 1 (de este estudio) que de los tipos de depresión diagnosticados en el puerperio, la depresión mayor es la que tiene una mayor tasa siendo del 5,6%.

Gráfico N° 1 Resultados EPDS Melilla

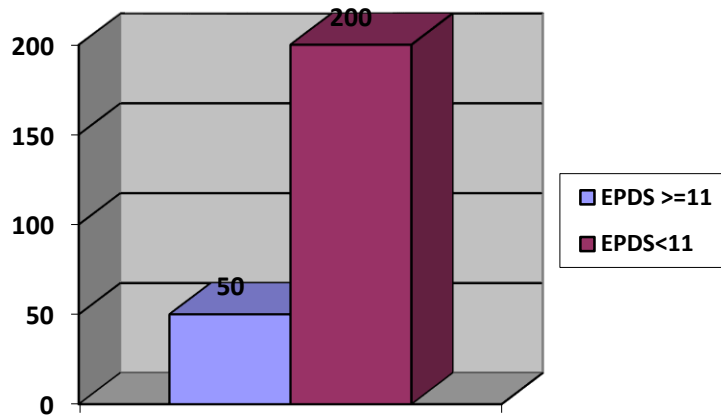


Gráfico N° 2 Prevalencia depresión postparto

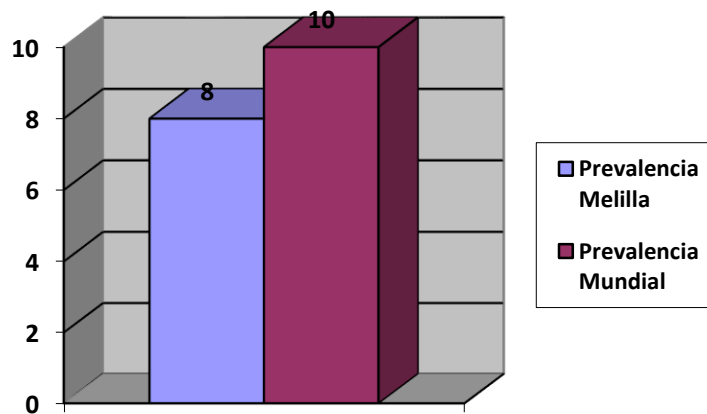


Tabla 1. Diagnostico tras entrevista clínica

<b>Depresión</b>	20 (8%)
• <b>Depresión mayor</b>	14 (5,6%)
• <b>D. sobre personalidad con rasgos obsesivos- neuróticos</b>	4 (1,6%)
• <b>D. recurrente</b>	1 (0,4%)
• <b>D. Reactiva a elevada conflictividad conyugal</b>	1 (0,4%)

N = 250. N (%)

## **PREVALENCIA DE LA DEPRESION POSPARTO EN LA CIUDAD DE MELILLA**

### **Tratamientos**

Medidas no farmacológicas: Psicoterapia interpersonal, cognitivo-conductual y apoyo domiciliario por parte de profesionales entrenados para ello.

En los casos de mujeres que no responden a las medidas no farmacológicas usaremos los antidepresivos. La selección del antidepresivo varía en función de los antecedentes de respuesta al fármaco y su toma conjunta con la lactancia materna. Todos los antidepresivos se excretan por la leche materna

Actualmente en mujeres con factores de riesgo se aconseja el cribado y el tratamiento precoz

### **DISCUSION/CONCLUSIONES**

La disminución de la prevalencia detectada, puede deberse a las dificultades para realizar la entrevista clínica a aquellas mujeres con EPDS igual o superior a 11, que no acudieron a la cita, ya que casi el 50% de las gestantes que dan a luz en nuestro hospital proceden de Marruecos y no es posible contactar con ellas.

Los datos de prevalencia varían en los distintos países esto puede explicarse por la carencia de un instrumento estándar para el cribado de la depresión posparto y a la metodología aplicada.

Medidas de Prevención:

Si tiene historial de depresión en cualquier momento de su vida o está tomando antidepresivos comunicarlo a su médico.

En el posparto estar atenta a sus propias señales y síntomas de depresión. A veces la gente con depresión no se da cuenta que está deprimida es buena idea pedirle a una persona confiable que la observe para ver si presenta síntomas.

En las primeras consultas médicas del posparto su médico puede hacerle preguntas específicas para evaluar su riesgo.

Reconocer las señales y los síntomas y acudir al médico lo antes posible es esencial para recibir el tratamiento psicológico y farmacéutico más eficaz y comenzar a sentirse mejor.

## PREVALENCIA DE LA DEPRESION POSPARTO EN LA CIUDAD DE MELILLA

### BIBLIOGRAFIA

1. García Vega M. Trastornos de estado de ánimo en el puerperio: Factores psicosociales predisponentes. Doctorado. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid. 2010.
2. Rojas Graciela, Santelices María Pía, Martínez Pablo, Tominic Alemka, Reinel Mahaira, Olhaberry Marcia, Krause Mariane. Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo. Rev Med Chile 2015; 143: 424-432
3. Urdaneta M. José, Rivera S. Ana, García I. José, Guerra V. Mery, Baabel Z. Nasser, Contreras B. Alfi. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y múltiparas valoradas por la escala de Edimburgo. Rev Chile Obstet Ginecol 2010; 75(5):312-320
4. Tobón-Borrero L. Predictores de depresión posparto en puérperas atendidas en la ESE municipal. Villavicencio, 2014. Duazary. 2015 jun; 12 (1): 23- 31
5. Pérez Villegas Ruth, Sáez Carrillo Katia, Alarcón Barra Lorena, Aviles Acosta Vanesa, Braganza Ulloa Isabel, Coleman Reyes Jocelyn. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. ISSN 0048- 7732 V.67 n.3 Caracas sep. 2007
6. Gómez Alcalde María Soledad. Patología Psiquiátrica en el Puerperio. Psicosis Puerperal. Revista de Neuro-Psiquiatría 2002; 65: 32-46
7. Arbat A, Danés I. Depresión posparto. Med Clin (Barc) 2003; 121(17):673-5
8. Navas Orozco Wendy. Psiquiatría. Depresión postparto. Revista Medica de Costa Rica y Centroamérica LXX (608) 639-647, 2013
9. Sologuren García Gema, Linares Torres Carmen, Vega Adrianzen Paul E. Depresión Post Parto: Prevalencia de Test de Rastreo Positivo en Puérperas. Tacna 2009. Revista Ciencia y Desarrollo 2011; 13: 118-120
10. González Martínez Raquel. Paridad y Depresión Postparto. Trabajo fin de grado 2015. Escuela Universitaria de Enfermería A Coruña. Universidad de Coruña.
11. Peña Diana Marcela, Calvo José Manuel. Capítulo 21. Aspectos Clínicos de la Depresión Posparto. Obstetricia integral siglo XXI. Tomo II. Contenido. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia 2010. ISBN: 978-958-447-618-0
12. Medina-Serdán Erica. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol Reprod Hum 2013; 27 (3): 185-193
13. Fermoselle Esclapez Elena, Castellano Badenas Cristian, Osma López Jorge J, Crespo Delgado Elena, Barrada Juan Ramón. Factores de riesgo asociados a la aparición de alteraciones emocionales durante el periodo perinatal y el puerperio. Agora de Salut. Vol. I. ISSN: 2443-9827. Agora salut. 2015. 1. 25- pp. 325-336

## PREVALENCIA DE LA DEPRESION POSPARTO EN LA CIUDAD DE MELILLA

14. Oviedo Lugo Gabriel Fernando, Jordán Mondragón Valeria. Trastornos afectivos posparto. Universitas Médica 2006 Vol. 47 N°2
15. Bustos Rementería Stephanie, Jiménez Ponce Nataly. Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica-Chile. Psiquiatría y Salud Mental 2013, XXX, N° 1, 38-49
16. Consensus Postpartum Depression (2002). Indiana Perinatal. 1-11.
17. Dennis CL. Can we identify Mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburg Posnatal Depression Scale? J Affect Disord. 2004 Feb; 78(2): 163-9.
18. Cabada Ramos E. y col. Prevalencia de los síntomas de depresión posparto en población urbana, rural e indígena. Revista de Especialidades Medico-quirúrgicas 2015; 20:18-23
19. Arrebola Domínguez Ana. La depresión posparto como problema de salud en la mujer. 2015. Universidad de Jaén. Facultad de Ciencias de la Salud. Trabajo Fin de Grado. Grado en Enfermería.
20. Póo AM, Espejo C, Godoy C, Gualda M, Hernández T, Pérez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en Puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. Rev Méd Chile 2008; 136(1): 44-52.



# PREVALENCIA DE LA DEPRESION POSPARTO EN LA CIUDAD DE MELILLA

## ANEXO I-

### CUESTIONARIO REALIZADO DURANTE EL PUERPERIO

