

Depresión posparto en mujeres atendidas en IPS pública del departamento de Nariño 2024: tamizaje y características clínicas

Autores:

Ana Isabel Vallejo Narváez,
 Cecilia Alejandra Villagómez Gaón,
 John Alexander Yandún Córdoba,
 Lizeth Natalia Ortega Jurado,
 Jairo Geoffrey Gómez Caicedo.

1. Introducción

Una octava parte de las mujeres (12,5 %) que se enfrentan a una gestación desarrollan depresión después del embarazo, entendida esta como el trastorno del estado emocional que generalmente ocurre en los primeros meses posteriores al parto debido a los cambios físicos, emocionales y sociales, siendo un trastorno multicausal [1,2]. Detectar la enfermedad a tiempo permitirá establecer planes de prevención, categorizar los principales factores de alarma y comenzar a abordar la depresión desde la etapa prenatal con medidas multidisciplinarias que respondan a diferentes factores, tales como la farmacología, la psicología y el acompañamiento [2,3,4]. Aunque existen estudios en Colombia la evidencia es limitada y, en particular, en el departamento de Nariño no se encuentran reportes sistemáticos ni estudios actuales que permitan dimensionar la magnitud, identificar factores asociados ni orientar estrategias de detección temprana y atención integral.

Objetivo general: Determinar la presencia de depresión posparto y la relación con los factores sociodemográficos, obstétricos y clínicos en mujeres atendidas en una IPS pública del departamento de Nariño, en un periodo de 3 meses.

2. Metodología

Se realizó un estudio con enfoque positivista, de tipo observacional, descriptivo y transversal, orientado

a la identificación del riesgo de depresión posparto mediante tamización. La población de estudio estuvo conformada por mujeres en periodo posparto atendidas en un hospital del departamento de Nariño, Colombia, entre abril y junio de 2024.

La recolección de información se efectuó a partir de dos fuentes: primaria, mediante la aplicación de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), la cual evalúa el riesgo de depresión posnatal a través de 10 preguntas con respuestas de valoración de 0 a 3. La fuente secundaria fue la revisión de historias clínicas institucionales. Antes de la aplicación se realizó prueba piloto y calibración de operadores a fin de disminuir sesgos de información. Las participantes fueron incluidas tras otorgar su consentimiento informado; en los casos en los que se utilizó un formulario en línea, la información fue recuperada directamente de la base de datos digital, el tiempo de aplicación de la escala oscilo entre los 10 y 15 minutos.

El análisis estadístico se orientó a describir el estado de la depresión; se calcularon medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar - DE), y estimaron frecuencias absolutas y relativas en variables cuantitativas. No se aplicaron pruebas de significancia estadística ni modelos de asociación, por lo cual los hallazgos se circunscriben a la estimación de la prevalencia y distribución de la depresión posparto en la muestra estudiada.

3. Resultados

El estudio contó con 145 mujeres que cursaron con una gestación en el periodo evaluado. Por ciclo vital se identificaron mujeres adolescentes/jóvenes (46,2 %) y adultas (53,8 %), con una edad promedio de 28,4 años (DE 6,9) y un rango entre los 12 años a los 46 años. La Organización Mundial de la Salud [5] destaca que las tasas de fertilidad y atención prenatal suelen concentrarse en mujeres jóvenes adultas, frente a lo cual Moreno, S., et al. (2018), subraya la necesidad de políticas de atención diferenciada, apoyo emocional y educación en SSR.

La mayoría de las participantes fueron colombianas (94,7 %), con residencia principal en el departamento de Nariño (96,6 %). Se observó predominio de ingresos menores al salario mínimo (92,4 %), afiliación al régimen

subsidiado (77,2 %) y condición de arrendatarias (55,2 %). Frente al estado civil se observó que el 49,7 % estaba en unión libre, el 34,5 % eran solteras y el 15,9 % casadas.

Respecto a la ocupación, más de la mitad se dedicaba al hogar (52,4 %), seguido de trabajadoras dependientes (12,4 %) y estudiantes (10,3 %), panorama no distante a De Jesús Vertiz, et al. [6], quien menciona que factores socioeconómicos, geográficos y de acceso pueden incidir en la aparición de sintomatología de la depresión posparto.

La medición mediante la escala de Edimburgo mostró un puntaje promedio de 5,82 (DE 5,37), con variabilidad moderada en los resultados. La distribución categórica evidenció que el 80,7 % de las participantes se ubicó en nivel bajo de depresión, mientras que un 10 % en nivel moderado y un 12,8 % en nivel alto. Así, la prevalencia de depresión posparto fue de 12,4 % considerando el punto de corte ≥ 13 , y de 22,1 % al incluir casos con puntuación ≥ 10 (riesgo moderado y alto).

Entre los síntomas, un 17,2 % refirió haber perdido parcialmente la capacidad de ver lo positivo, un 37,2 % reportó sentimientos ocasionales de culpa, un 11,7 % manifestó miedo o pánico en algún momento y un 20,7 % se sintió oprimida a veces. Respecto a ideación auto lesiva el 3,4 % lo ha considerado, aunque en baja frecuencia relacionados con el embarazo; en estudios previos se asocian con un mayor riesgo de trastornos emocionales en el posparto, según el estudio de Howard, et al. [7].

En cuanto a factores asociados, el 15,9 % identificó el estrés como su principal dificultad y casi la mitad (49,6 %) reportó problemas de adaptación a los cambios de la maternidad. No obstante, la gran mayoría (96,6 %) refirió una adaptación satisfactoria a los cuidados de su bebé, siendo concordante con Leopoldo Santiago S et al [4] y González AR [3].

Entre los resultados se indagó sobre los factores gineco-obstétricos encontrando que el 60,7 % de las mujeres asistió a entre seis y diez controles prenatales, mientras que el 34,5 % tuvo menos de cinco. La mitad de los embarazos no fueron planificados (51 %) y la mayoría no se relacionó con conflictos familiares (94,5 %). Respecto a la finalización del embarazo, el 74,5 % de los partos se realizó por cesárea y el 25,5 % de forma espontánea.

En relación con los recién nacidos, el 51,7 % fueron de sexo masculino y el 48,3 % femenino, y el 82,1 % presentó bajo peso al nacer (<2500 g). El 64,1 % de los bebés nació completamente sano, mientras que el 35,2 % presentó algún problema de salud. Finalmente, el 50,3 % de las gestantes eran multíparas (2–5 hijos), el 48,3 % primíparas y el 1,4 % gran multíparas.

En síntesis, los hallazgos muestran que la población estudiada se caracteriza por condiciones sociodemográficas de predominio de bajos ingresos y afiliación al régimen subsidiado, con una alta proporción de embarazos no planificados y una elevada frecuencia de cesáreas. En este contexto, la depresión posparto presentó una prevalencia que osciló entre 12,4 % y 22,1 % según el punto de corte aplicado en la escala de Edimburgo, coexistiendo con factores gineco-obstétricos relevantes como el bajo peso al nacer y la multiparidad. Estos resultados permiten dimensionar la distribución de la depresión posparto y sus características asociadas en la muestra analizada.

4. Conclusiones

La Escala de Edimburgo permitió identificar riesgo de depresión posparto en la población estudiada, con puntajes bajos en mayor porcentaje, pero con presencia de casos en niveles moderados y altos.

Entre los factores indagados que pueden relacionarse con el objeto de estudio, se encontraron dificultades de adaptación a la maternidad (49,6 %), cambios corporales (44,8 %), interrupción de actividades laborales (37,2 %) y de ejercicio (22,1 %), así como antecedentes de violencia intrafamiliar (2,8 %) y desplazamiento forzado (28,2 %). El acompañamiento de la pareja (21,4 %) y de los padres (17,2 %) se reconocieron como posibles factores protectores.

Estos resultados señalan la importancia del fortalecimiento de la detección temprana de la depresión posparto como una acción de salud pública prioritaria, que puede integrarse en el modelo de Atención Primaria en Salud (APS) implementado en el país, a fin de identificar oportunamente factores de riesgo, y la articulación de redes de apoyo en el primer nivel de atención, con la aplicación de la escala en el posparto inmediato y tardío.

LIMITANTES: Una de las principales dificultades metodológicas corresponde a la localización de las pacientes, asociada a fallas en la información consignada en la historia clínica sobre datos de contacto que resultó incompleta o desactualizada, sumada a la negativa de participación, lo que redujo el tamaño muestral respecto a la población inicialmente estimada (N=340). No obstante, las participantes finalmente incluidas cumplieron con criterios de elegibilidad claramente definidos, lo que asegura la validez de los resultados y refuerza su utilidad como evidencia contextualizada para la atención en salud materna en la región.

Referencias

1. Fernandes-Moll M, Matos A, Beirigo-Borges G, Arena-Ventura CA, Pires-Bernardinelli FC, da Silva-Martins T. Ocurrencia y factores asociados con la depresión posparto en un área urbana de Brasil. *Enferm Glob.* 2023;22(69):134-66. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412023000100005&script=sci_arttext.
2. Pérez Villegas R, Sáez Carrillo K, Alarcón Barra L, Avilés Acosta V, Braganza Ulloa I, Coleman Reyes J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez [Internet].* Septiembre de 2007;67(3),187-191. Disponible en: http://ve.scien.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000300007&lng=es.
3. González-González A, Casado-Méndez PR, Molero-Segrera M, Santos-Fonseca RS, López-Sánchez I. Factores asociados a depresión posparto. *AMC [Internet].* Diciembre de 2019 [citado el 16 de abril del 2023];23(6):770-779. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600770&lng=es.
4. Santiago-Sanabria L, Ibarra-Gussi PM, Rendón-Macías ME, Treviño-Villarreal P, Islas-Tezpa D, Porras-Ibarra GD, et al. Depresión posparto: prevalencia y factores de riesgo asociados en una muestra de población mexicana. *Rev. Ginecol. Obstet Mex [Internet].* 2023;91(4):227-240. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v91i4.8456>.
5. Organización Mundial de la Salud. Prevención y tratamiento del parto prematuro. OMS; 2024.
6. De Jesus Vertiz J, et al. Cesáreas y factores asociados en América Latina. *Rev Latinoam Ginecol Obstet.* 2024;21(3):124-131. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55962867001>
7. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry.* 2020;19(3):313-327. Doi:10.1002/wps.20769
8. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Migration and health in the Americas. PAHO/WHO | Pan American Health Organization. 2024 Oct 15. Disponible en: <https://www.paho.org/en/migration-and-health-americas>.
9. Vidal ECF, Oliveira LL, Oliveira CAN, Balsells MMD, Barros MAR, Vidal ECF, Pinheiro AKB, Aquino PS. Prenatal care associated with neonatal outcomes in maternity hospitals: a hospital-based cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP.* Febrero de 2024;57. Doi:10.1590/1980-220x-reeusp-2023-0145en.
10. Adeyemo EO, Oluwole EO, Kanma OJ, Izuka OM, Odeyemi KA. Prevalence and predictors of postpartum depression among postnatal women in Lagos, Nigeria. *Afr Health Sci.* 2020;20(4):1943-1954. doi:10.4314/ahs.v20i4.53.
11. Nelson AM. Transition to motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003;32(4):465-477. Doi:10.1177/0884217503255199.
12. Goyal D, Gay C, Lee KA. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? *Womens Health Issues.* 2010;20(2):96-104. Doi: 10.1016/j.whi.2009.11.003.
13. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150(6):782-786. Doi:10.1192/bj.150.6.782.
14. Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: A qualitative systematic review. *Pediatrics.* 2009;123(4):e736-e751. Doi:10.1542/peds.2008-1629.