



## INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS Y PUÉRPERAS MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE EDIMBURGO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER DE LA CIUDAD DE LA PAZ, ENTRE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2020 EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE LA ENFERMEDAD POR SARS COV 2

Dra. Yuly Evelin Cordero Ayoroa<sup>1</sup>, Dra. Rosario Isabel Martínez Saravia<sup>2</sup>

RECIBIDO: 30/09/2022

ACEPTADO: 16/11/2022

### RESUMEN

#### Introducción:

El objetivo del presente estudio es determinar la incidencia de depresión en mujeres embarazadas y puérperas mediante la escala de Edimburgo en el Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz entre noviembre y diciembre de 2020, en el contexto de la pandemia de la enfermedad por SARS COV 2.

#### Material y Métodos:

Se aplicó un estudio descriptivo, observacional de corte transversal.

#### Conclusiones:

La incidencia de depresión en mujeres embarazadas y puérperas de consulta externa e internadas en el Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz mediante la aplicación de la escala de Edimburgo con puntuación igual o mayor a 13, es de 37% que corresponde a 44 pacientes.

Los factores sociodemográficos asociados son: 21 pacientes se encontraban en etapa de puerperio mediato. 17 pacientes entre los 16 a 25 años, 24 pacientes tenían como estado civil unión libre, 34 pacientes eran de la ciudad de área urbana, 15 pacientes tenían como nivel de formación bachillerato, la ocupación más frecuente era labores de casa en 36 pacientes, 5 eran primíparas, 4 tuvieron hijos fallecidos, 8 pacientes tuvieron hijo con enfermedad grave, 3 paciente tuvieron un embarazo no deseado, 8 tuvieron antecedente de aborto, 38 pacientes pertenecen a familias nucleares, 6 pacientes viven violencia intrafamiliar, 3 presentan abuso de bebidas alcohólicas, 5 pacientes tenían enfermedad crónica, 10 tuvieron antecedente de depresión.

Los síntomas más frecuentes son: ansiedad en 42 pacientes, llanto en 41, pánico en 39 y desesperanza en 36

**Palabra clave:** Depresión, puérperas, escala de Edimburgo, factores sociodemográficos.

1. Médico Psiquiatra. Práctica Privada

2. Médico Psiquiatra Centro Integral de Rehabilitación Infantil  
Caja Nacional de Salud

**ABSTRACT****Introduction:**

*The objective of this study is to determine the incidence of depression in pregnant and postpartum women using the Edinburgh scale at the Women's Hospital in the city of La Paz between November and December 2020, in the context of the pandemic of the disease due to SARS COV 2.*

**Material and methods:**

*A descriptive, observational cross-sectional study was applied.*

**Conclusions:**

*The incidence of depression in pregnant and postpartum women in out patient clinics and in patients at the Women's Hospital in the city of La Paz through the application of the Edinburgh scale with a score equal to or greater than 13, is 37%, which corresponds to 44 patients.*

*The associated sociodemographic factors are: 21 patients were in the immediate puerperium stage. 17 patients between 16 and 25 years old, 24 patients marital status free union, 34 patients were from the city of urban area, 15 patients had a high school education level, the most frequent occupation was housework in 36 patients, 5 were primiparous, 4 had deceased children, 8 patients had children with serious illness, 3 patients had an unwanted pregnancy, 8 had a history of abortion, 38 patients belong to nuclear families, 6 patients experience domestic violence, 3 have alcohol abuse, 5 patients had a chronic disease, 10 had a history of depression.*

*The most frequent symptoms are: anxiety in 42 patients, crying in 41, panic in 39 and hopelessness in 36.*

**Keywords:** *Depression, postpartum women, Edinburgh scale, sociodemographic factors.*

**INTRODUCCION.-**

La depresión postparto es aquella que se inicia dentro de los primeros 12 meses posterior al parto, presentando síntomas diarios por al menos 2 semanas, cumpliendo los mismos criterios diagnósticos que la depresión mayor, además es la complicación psiquiátrica más frecuente en la etapa puerperal debido a las repercusiones que puede tener deteriorando la calidad de vida de la madre y afectando la salud y las necesidades de cuidado, bienestar y afecto del recién nacido (3).

En el DSM-5, se reemplazó el término "postparto" por el de "periparto", pudiendo aplicarse a todo episodio depresivo de comienzo en el embarazo o en las cuatro semanas después del parto. La razón de este cambio es la constatación de que el 50% de los episodios de depresión postparto comienza en realidad en el embarazo,

lo que demuestra la continuidad de los problemas anímicos perinatales. (2)

Cabe señalar, no obstante, que los especialistas en psiquiatría perinatal designan con el nombre de depresión perinatal a los cuadros depresivos que se inician durante el embarazo o hasta un año después del parto, pues estiman que el criterio de limitar las depresiones a las primeras cuatro semanas del puerperio es muy restrictivo. (1)

El personal de salud de atención primaria generalmente, son el primer contacto de control en salud física y mental durante el embarazo y el post parto de la mayoría de mujeres, resulta notable resaltar la necesidad que existe de un abordaje diagnóstico temprano del trastorno depresivo para iniciar un tratamiento oportuno con la finalidad de disminuir las complicaciones de la madre y su hijo con esta finalidad se ha comenzado a aplicar la escala

de Edimburgo para la detección de pacientes con depresión de manera oportuna (6).

La implementación del tamizaje a través de la escala de Edimburgo para la depresión periparto en la Atención Primaria en Salud mejora las tasas de detección y es aceptable para madres y profesionales de la salud, es un test ampliamente utilizado, bien validado, corto, de fácil aplicación, objetivo, con una sensibilidad del 85% y una especificidad del 77%, mostrándose su utilidad en 23 países, está diseñado como método de despistaje y no de diagnóstico para la depresión postparto, no sustituyendo al juicio clínico. La escala evalúa los 7 días anteriores a la realización de la escala, puede ser realizada desde el primer día después de dar a luz hasta las 6 semanas siguientes del alumbramiento, aunque puede extenderse hasta un año después, encontrándose un pico de presentación en las semanas 8 a 12 post natal.

La aplicación de la escala de Edimburgo tiene por fin aumentar la detección precoz de pacientes con depresión para que reciban un tratamiento adecuado y realizar intervenciones preventivas dirigidas a paciente con alto riesgo. Sirve únicamente para detectar una posible depresión y será necesario confirmar posteriormente el diagnóstico mediante entrevista clínica. El mejor momento para aplicar la Escala de Depresión de Edimburgo es el control de ingreso o en el segundo control de embarazo, repitiéndose su aplicación a las 4 a 6 semanas posteriores si el puntaje obtenido está entre los 10 y 12 puntos (6).

En Chile se recomienda el uso de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, para la detección de la depresión en el post parto. Este instrumento fue validado por Jadresic E, Araya R, Jara C. en 1995 (Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1995 Dec; 16(4):187-91(29)) (12). En

Bolivia también se recomienda su aplicación de acuerdo a la bibliografía revisada en un estudio realizado por L. Romero en el Hospital Gineco Obstétrico "Jaime Sánchez Porcel" y Centro de Salud Sexual y Reproductiva CIES y publicado el año 2018 en la Revista de Salud Mental del Instituto Nacional de Psiquiatría Gregorio Pacheco, aunque aún en Bolivia no fue validado. (6)

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es una buena herramienta para el tamizaje de cuadros depresivos del posparto, fácil de aplicar, breve y cuyo uso se ha extendido en muchas partes. A pesar de que su objetivo inicial fue la detección de cuadros depresivos en el posparto, se ha comenzado a usar para la identificación de episodios depresivos en el embarazo. La EPDS ha sido ampliamente probada, traducida y utilizada en más de 23 países para identificar a las mujeres que podrían estar cursando una depresión en el posparto.

Muestra una sensibilidad de 76,7% y una especificidad de 92,5% para depresión perinatal.

El mejor momento para aplicar la Escala de Depresión de Edimburgo en el embarazo es en el control de ingreso o en el segundo control de embarazo, repitiéndose su aplicación a las 4 a 6 semanas posteriores si el puntaje obtenido está entre los 10 y 12 puntos.

El episodio depresivo mayor se sitúa en un 8% y la distimia en un 1% en las mujeres embarazadas (3), en cambio la depresión postparto, a nivel mundial tiene una frecuencia de 15% de acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud en el año 2018, así mismo tiene una incidencia de hasta 56% en púerperas provenientes de Latinoamérica. Es la complicación más común de la maternidad a nivel mundial, viéndose un incremento de casos y convirtiéndose en una patología de importancia para la Organización Mundial de la Salud, situándola entre las 5 enfermedades de mayor interés para investigación (7).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud entre el 20 a 40% de las mujeres de los países en desarrollo sufren de depresión durante el embarazo o postparto. En Bolivia de acuerdo a un estudio realizado por Romero L. en la ciudad de Sucre en el Hospital Gineco obstétrico “Jaime Sánchez Porcel” el año 2018 se encuentra que el 25% del total de las pacientes estudiadas cumplían con los criterios de depresión post parto en comparación por lo esperado por la Organización Mundial de la Salud (6).

En las mujeres que padecen depresión postparto se ha observado más agitación psicomotora, mayor indecisión y falta de concentración que en las mujeres que tienen depresión en otras etapas, en las cuales se observó un humor más deprimido, mayor falta de interés y más ideación suicida. (3)

Es probable que algunas madres refieran menor ideación suicida por temor a la estigmatización y a la actuación de los servicios sociales para la protección del recién nacido. A su vez el apego mantenido, a pesar de la patología psiquiátrica, podría ser un factor de protección respecto a la ideación y conducta autolítica. (3)

Las cogniciones se centran en pensamientos alrededor de las capacidades y expectativas relacionadas con la maternidad. Suelen experimentar sentimientos de culpa por no ser buenas madres, preocupación excesiva por la salud de su hijo y en el 40% de los casos pensamientos obsesivos de dañar al bebe, dificultad para tomar decisiones con respecto a la crianza o la alimentación, una baja autoimagen del papel de madre y dificultad de relación con otros miembros significativos de la familia como el marido, la suegra o la madre (5).

La presencia de síntomas físicos como el cansancio, la hipersomnia diurna o el insomnio dificultan el diagnóstico clínico, obstaculizan el funcionamiento e incrementan la vivencia de no poder afrontar las exigencias y tareas

cotidianas. Los cambios en el apetito o el peso pueden simplemente reflejar los cambios de peso propios del parto y la lactancia y el sueño suele empeorar en el contexto de las necesidades del cuidado del bebe (8).

Estudios realizados en los últimos años se ha comprobado que mientras menor nivel económico posee un país, bajo nivel educacional, cultural y sobre todo en sociedades machistas la prevalencia de depresión periparto es aún mayor. Con respecto a los factores sociodemográficos de acuerdo a la bibliografía revisada de acuerdo a un estudio de Jiménez Hernández G. et al., denotaron que la depresión postparto es más frecuente en la mediana de edad de las mujeres estudiadas de 25 años, rango intercuartílico (RIQ 21-30 años), El 45,1 % viven en zona rural, el 64,5% tuvo un grado de escolaridad como bachiller y el 23,2 % presentó historia personal de depresión. (9) También en el estudio realizado por Fuentes R., las características sociodemográficas encontradas fueron: 48% se encuentran entre 16 y 25 años, 66% son del área rural, 29% llegaron a primaria, 46% se encontraban unidas, 46% eran amas de casa y un 57% eran primíparas y los síntomas depresivos más frecuentes fueron: trastornos del sueño 88%, angustia 77%, incapacidad para reír 76%, tristeza 61% y ansiedad 53%. (7) También destacar de acuerdo a un estudio realizado durante la presente gestión 2020 por Vera P., que la mayoría de las participantes susceptibles de depresión residen en el área urbana con 86.2%, la mayoría no tiene un trabajo remunerado con 73.7%, la dimensión más predominante fue la desesperanza y culpa (62,1%), que un 62,10% con sintomatología depresiva negó haber planificado su embarazo. Respecto a la remuneración laboral, puérperas con sintomatología depresiva en un 75% revelo no estar trabajando y depender de su pareja o terceros (5).

Tomando en cuenta todos estos datos indicados y a pesar de las recomendaciones de la Organización

Mundial de la Salud (OMS) y la creciente evidencia de alta prevalencia de problemas de salud mental materna, así como el impacto adverso de estos en la madre y su bebé, la agenda de salud mental materna no se ha incorporado en el sistema de atención primaria en la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos, por lo que el presente estudio al buscar determinar la probabilidad de la depresión en mujeres embarazadas y púerperas y sus factores sociodemográficos característicos, pretende la prevención de la depresión periparto para evitar las posibles complicaciones como descuido en la atención del recién nacido con suspensión temprana de la lactancia materna, abuso infantil y negligencia en su cuidado, sentimientos de indiferencia, aumento de riesgo de desarrollar un vínculo alterado, inseguro y ansioso y una posterior psicopatología en el hijo., así mismo se describe problemas de conducta hacia los 5 años, como bajo coeficiente intelectual, mayor riesgo de trastornos psiquiátricos (ansiedad de separación y ansiedad social, depresión, déficit de atención o hiperactividad) (7). También prevenir complicaciones maternas como ideaciones e intentos suicidas, así mismo la depresión postparto aumenta el riesgo de futuros episodios de depresión mayor, al convertirse en un trastorno depresivo crónico incluso cuando se la trata. Se asocia a suicidio y filicidio, siendo el primero una de las causas más importantes de muerte materna durante el periodo perinatal.

Por lo que es necesario un diagnóstico y tratamiento oportuno de la depresión periparto mediante la aplicación de la escala de Edimburgo, para prevenir complicaciones para la madre y el recién nacido.

## **MATERIAL Y METODOS.-**

Se realizó un estudio descriptivo, observacional de corte transversal, en el Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz durante los meses de noviembre y diciembre de la gestión

2020, considerándose como universo todas las mujeres embarazadas que acuden a emergencias, consulta externa y púerperas hospitalizadas en la especialidad de Obstetricia en el Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz durante los meses de noviembre a diciembre de 2020.

Se realizó un muestreo por conveniencia que es una técnica de muestreo no probabilístico y no aleatorio utilizada para crear muestras de acuerdo a la facilidad de acceso, la disponibilidad de las personas de formar parte de la muestra, en un intervalo de tiempo dado.

Pacientes embarazadas que acuden a emergencias y a consulta externa y púerperas hospitalizadas en la especialidad de Obstetricia del Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz con alta probabilidad de presentar depresión a través del test de Edimburgo, con puntaje mayor a 13.

La recogida de datos se hizo con la utilización de dos instrumentos: la ficha sociodemográfica y la escala de Edimburgo.

**Ficha sociodemográfica:** Permitirá obtener información sobre las participantes, las variables serán: edad, estado civil, lugar de origen, grado de formación, ocupación, número de hijos, hijos fallecidos, hijos con enfermedad, embarazos no deseados, abortos, tipo de familia, ingreso económico total, vive en violencia intrafamiliar, abuso de alcohol, enfermedades físicas crónicas, tuvo depresión o ansiedad y si recibió tratamiento.

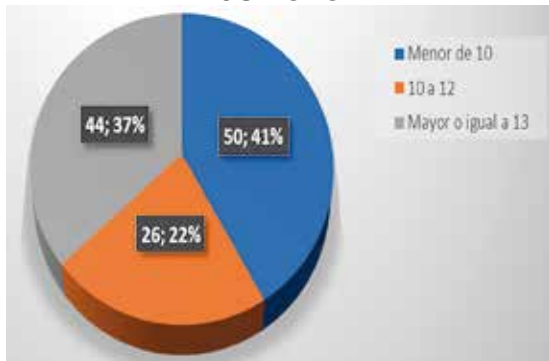
**Escala de Edimburgo:** Esta escala se usa como método de pesquisa para la detección de la depresión postparto mediante el interrogatorio de 10 preguntas cada uno de los cuales se puntúa del 0 al 3, según la gravedad sintomática, se precisa unos 5 minutos para realizarlo, mide la intensidad de los síntomas depresivos, Cualquier número que se escoja que no sea el 0 para la pregunta 10, precisa evaluación inmediata. La puntuación mínima que

se puede conseguir es 0 y la puntuación máxima que se puede alcanzar es de 30. Los ítems 1, 2 y 4 se evalúan en la dirección de 0, 1, 2, 3, el resto de ítems se evalúan en la dirección inversa, es decir 3, 2, 1, 0. De los 10 ítems o preguntas de la escala: 5 están relacionados con la disforia, 2 ítems con la ansiedad, 1 sentimiento de culpa, otro con las ideas suicidas y el último ítem con las dificultades de concentración (5).

**RESULTADOS.-**

La incidencia de depresión en mujeres embarazadas y puérperas de consulta externa e internadas en el Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz mediante la aplicación de la escala de Edimburgo con puntuación igual o mayor a 13, es de 37% que corresponde a 44 pacientes.

**Grafico 1: Pacientes embarazadas y puerperas clasificadas de acuerdo a la escala de Edimburgo en el Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz, entre noviembre a diciembre de 2020**

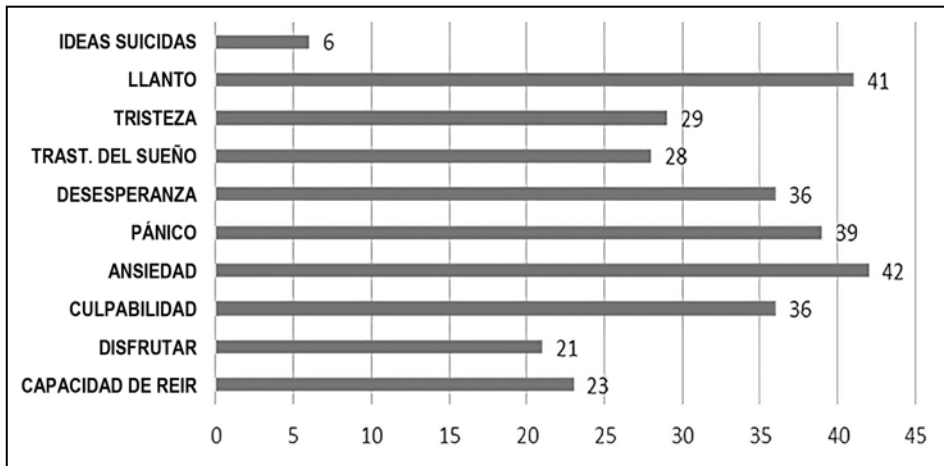


Los factores sociodemográficos asociados de las mujeres embarazadas y puérperas de consulta externa e

internadas en el Hospital de la Mujer con probabilidad de presentar depresión mediante la aplicación de la Escala de Edimburgo son: El 48%, es decir 21 pacientes se encontraban en etapa de puerperio mediato. El 39%, es decir 17 pacientes se encontraban entre los 16 a 25 años, El 55% es decir 24 pacientes tenían como estado civil unión libre y solo 9 es decir 20% son solteras, el 77%, es decir 34 pacientes eran de la ciudad de La Paz (área urbana), el 34%, es decir 15 pacientes tenían como nivel de formación bachillerato y también 34%, es decir 15 pacientes tenían nivel de formación básico, la ocupación más frecuente era de labores de casa en el 82%, es decir 36 pacientes, solo 5, es decir el 12% eran primíparas.

Así mismo se observó que solo 4 pacientes es decir 9% tuvieron hijos fallecidos, 18%, es decir solo 8 pacientes tuvieron hijo con enfermedad grave, 3 paciente es decir 7% tuvieron un embarazo no deseado, 8 pacientes, es decir el 18% tuvieron antecedente de aborto, 38 pacientes es decir el 86% pertenecen a familias nucleares, el 64%, es decir 28 pacientes tenían un ingreso económico mayor a 1000 Bs, por mes, 14%, es decir solo 6 pacientes viven violencia intrafamiliar, 7%, es decir solo 3 pacientes presento abuso de bebidas alcohólicas, 11%, es decir solo 5 pacientes tenían enfermedad crónica diagnosticada en especial hipertensión arterial, 23%, es decir 10 pacientes tuvieron antecedente de depresión, de las cuales solo 1 recibió tratamiento.

**Grafico 2: Pacientes embarazadas y puerperas clasificadas por síntomas depresivos de acuerdo a la escala de Edimburgo**



Los síntomas más frecuentes que se presentan en las mujeres embarazadas y puerperas de consulta externa e internadas en el Hospital de la Mujer con probabilidad de presentar depresión mediante la aplicación de la Escala de Edimburgo son: ansiedad en 42 pacientes, llanto en 41 pacientes, pánico en 39 y desesperanza en 36 pacientes.

**DISCUSION. -**

El 48% de las 44 pacientes con puntuación mayor a 13 puntos según la Escala de Edimburgo, se encontraban en etapa de puerperio mediano. El 39%, se encontraban entre los 16 a 25 años, El 55% tenían como estado civil unión libre, el 77%, eran de la ciudad de La Paz (área urbana), el 34%, tenían como nivel de formación bachillerato y también 34%, tenían nivel de formación básico, la ocupación más frecuente era de labores de casa en el 82%, datos sociodemográficos que tienen similitud a los encontrados en los trabajos realizados por Fuentes R. Jiménez G. y Vera P. (5,9,10).

Varios estudios, han evidenciado que la escala de Edimburgo es un instrumento de tamizaje confiable y válido para la identificación de posibles síntomas depresivos. Por lo que se considera de suma importancia realizar el test en forma de tamizaje en este hospital, ya que se ha documentado ser un test eficaz y que ayuda al diagnóstico temprano de depresión postparto para evitar complicaciones de dicha patología.

**RECOMENDACIONES. -**

Se recomienda la aplicación de la escala de Edimburgo como medio de diagnóstico precoz de depresión en la población en etapa reproductiva tanto durante la etapa de embarazo como durante el puerperio y tanto en el nivel de atención primaria en salud como en los hospitales de segundo y tercer nivel, para la prevención de posibles complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido provenientes de una omisión en el diagnóstico y tratamiento.

**BIBLIOGRAFÍA. -**

1. Jadresic M., *Depresión perinatal: Detección y tratamiento. Rev. Médica. Clínica. Condes. 2014; 25(6):1019-1028.*
2. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM 5, quinta edición, España: Editorial Medica Panamericana; 2015.*
3. *García E, Valdés M, Manual de Psiquiatría Perinatal. versión impresa. España: Editorial Medica Panamericana; 2017.*
4. *Massachusetts General Hospital, Tratado de Psiquiatría Clínica. 2da edición. España: Editorial Elsevier; 2017.*
5. *Fuentes R., Riesgo de depresión postparto según la Escala de Edimburgo, Tesis presentada en Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Estudios de Postgrado, julio 2018.*
6. *Rojas G. et al. Depresión posparto: tamizaje, uso de servicios y barreras para su tratamiento en centros de atención primaria. Rev. Medica de Chile 2018; Volumen 146: 1001-1007*
7. *Romero L., Atención integral de la depresión postparto en pacientes puérperas que reciben atención en el Hospital Gineco Obstétrico "Jaime Sánchez Porcel", Centro de Salud Sexual y Reproductiva CIES de la ciudad de Sucre. Revista de Salud Mental. Instituto Nacional de Psiquiatría "Gregorio Pacheco".2018; Volumen 14 (18).*
7. *Villegas Loaiza N.; Paniagua Dachner A.; Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto, Revista Médica Sinergia.2019; Volumen 4 (7).*
8. *Mojica M., Tamización de síntomas de depresión, ansiedad prenatal y factores de riesgo psicosocial asociados en usuarias del servicio de control prenatal. 2020; Vol. 22(3): 341-355.*
9. *Jiménez-Hernández G., Factores asociados a depresión posnatal en puérperas de Antioquia, según escala de Edimburgo, Universidad Católica de Oriente, Rionegro, Colombia, Ciencia e Innovación en Salud, 2020.*
10. *Vera P, Depresión postparto en madres que asisten al Centro de Salud No.1 Pumapungo y su relación con las variables sociodemográficas, Cuenca Ecuador, 2020.*