

RELACIÓN ENTRE RIESGO Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN POSTPARTO DEL PUERPERIO INMEDIATO DE MUJERES CON BAJO RIESGO OBSTÉTRICO

Andrea Vallecampo¹

Recibido: 22/03/21

Aceptado: 11/08/21

RESUMEN

La depresión postparto es la patología psiquiátrica más frecuente durante el puerperio a nivel mundial, se estima que su prevalencia se duplica en mujeres en países en desarrollo. Es un cuadro de depresión mayor que se instaura dentro de las primeras cuatro semanas a un año postparto e incluye culpa, alteraciones del sueño, cambios de humor, llanto fácil y tristeza. A pesar de ser una patología de importancia sanitaria, en El Salvador no se cuentan con datos epidemiológicos para abordarla. Por tanto, se realizó una investigación con el objetivo de determinar la relación entre el riesgo y factores asociados a depresión postparto en el puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico, atendidas en el Hospital Nacional Zacamil durante noviembre de 2019. El estudio se realizó con enfoque cuantitativo, alcance correlacional, transversal y prospectivo, se estudió una muestra de 180 mujeres en el puerperio inmediato, quienes cumplieron criterios de evaluación. Se recopilaron datos por medio de una encuesta, utilizando como instrumento la escala de depresión postnatal de Edimburgo y un cuestionario de factores de riesgo. A partir de este estudio se determinó una prevalencia de riesgo de depresión postparto del 44.4 %. Además, se determinó que existe correlación significativa entre riesgo de depresión postparto y violencia intrafamiliar, estado civil, procedencia, escolaridad, estabilidad laboral, sentimientos de culpabilidad, redes de apoyo, cambios en aspiraciones a futuro, métodos de planificación familiar, planificación del embarazo y deseo del embarazo.

Palabras clave: Escala de depresión postnatal de Edimburgo, factores de riesgo, depresión postparto, prevalencia, riesgo de depresión, Hospital Nacional Zacamil, El Salvador.

1 Doctora en Medicina, Docente titular de la Universidad Evangélica de El Salvador, avallecampo@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0350-3426>

RELATIONSHIP BETWEEN RISK AND FACTORS ASSOCIATED WITH IMMEDIATE POSTPARTUM DEPRESSION IN WOMEN WITH LOW OBSTETRIC RISK

ABSTRACT

Postpartum depression is the most frequent psychiatric pathology during the puerperium worldwide, and its prevalence tended to double in developing countries. It consists of a major depression episode that starts within the first four weeks to a year after the childbirth, and includes guilt, sleep disturbances, mood swings, easy crying and sadness. Despite being a pathology of sanitary importance, in El Salvador there are no epidemiological data to address it. Therefore, this investigation was conducted with the objective of determining the relationship between risk and factors associated with postpartum depression in the immediate postpartum period of women with low obstetric risk, treated at the Zacamil National Hospital during November 2019. The study had a quantitative design, with a correlational, cross-sectional and prospective approach, on a sample of 180 women who were in the immediate postpartum period. Data were collected through a survey, using the Edinburgh Postnatal Depression Scale and a risk factor questionnaire. A prevalence of postpartum depression risk of 44.4 % was found. In addition, it was determined that there is a significant correlation between risk of postpartum depression and domestic violence, marital status, origin, schooling, job stability, feelings of guilt, support networks, changes in future aspirations, family planning methods, pregnancy planning and pregnancy wish.

Key words: Depression Risk, Edinburgh, postnatal depression scale, postpartum depression, prevalence, risk factors, Hospital Nacional Zacamil, El Salvador.

Introducción

La depresión es uno de los trastornos mentales de mayor prevalencia a nivel mundial, y se presenta a predominio en mujeres, cuya probabilidad de desarrollo se incrementa durante el embarazo

y puerperio¹. La vulnerabilidad no solo se asocia a abruptos cambios hormonales y físicos que la mujer experimenta, sino también se relaciona con cambios importantes en la esfera social, afectando

tiva y familiar que pueden acarrear el desarrollo de conductas no adaptativas ante estresores a los que la mujer se enfrenta. Lo anterior cobra especial importancia cuando la mujer no posee redes de apoyo estables, y se enfrenta sola al desafío del embarazo, parto y puerperio.

Asimismo, la depresión postparto es una patología de origen multifactorial, que afecta a una de cada seis mujeres que verifican parto, ya sea por vía vaginal o abdominal², lo que convierte a la entidad en la complicación psiquiátrica más frecuente del período postnatal que se presenta con una prevalencia entre el 10 al 20 % a nivel mundial³. En El Salvador, la depresión postparto es una entidad que pasa desapercibida y no es comúnmente diagnosticada. El subregistro de la enfermedad no representa la ausencia de la patología, sino que refleja el limitado abordaje que se tiene respecto de las patologías psiquiátricas del puerperio en las unidades médicas del país, tanto de carácter público como privado.

Esta enfermedad altera la calidad de vida de la madre, la dinámica de familia e impacta la salud del recién nacido. La prevalencia de la patología a nivel mundial justifica el abordaje de esta problemática y la necesidad de identificar sus implicaciones, de manera que se puedan ejecutar acciones para prevenir el apareamiento de la patología o aminorar su impacto para atenuar la empobrecida y quebrantada situación social y de salud que viven mujeres en naciones vulnerables como El Salvador.

Con esta investigación se buscó determinar el comportamiento de la enfermedad en el contex-

to nacional, y aportar a la comunidad científica datos de relevancia sobre la realidad sanitaria del país respecto a la problemática. Por tanto, el objetivo general de esta investigación fue determinar la relación entre el riesgo y los factores asociados a depresión postparto en el puerperio inmediato de mujeres con bajo riesgo obstétrico, atendidas en el Hospital Nacional Zacamil durante noviembre de 2019.

Metodología

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Nacional General «Dr. Juan José Fernández» Zacamil, en el servicio de Ginecología y Obstetricia, durante noviembre de 2019. Fue un estudio de tipo cuantitativo, de alcance correlacional y de corte transversal y prospectivo. Los sujetos de estudio seleccionados para esta investigación fueron las mujeres que se encontraban en el puerperio inmediato, que verificaron parto vaginal o abdominal en el Hospital Nacional Zacamil durante noviembre de 2019.

Para la selección de los sujetos de estudio se cumplieron los siguientes criterios de inclusión: Púérperas de todas las edades, en las primeras 24 horas postparto vaginal o abdominal, con bajo riesgo obstétrico y con parto intrahospitalario en Hospital Nacional Zacamil. Se excluyeron a mujeres con: Diagnóstico de patologías psiquiátricas previo al embarazo, que necesite psicofármacos para su control; mujeres con patologías graves que impidan su participación en el estudio; y mujeres que no accedan a participar en la investigación y no firmen el consentimiento o asentimiento informado.

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó el software OpenEpi versión 3.01, utilizando una fórmula de muestreo para poblaciones finitas, tomando en cuenta los siguientes parámetros: promedio de 283 partos mensuales, error estándar del 5 %, intervalo de confianza del 95 % y frecuencia anticipada del 50 %, y una corrección del 10 % por no respuesta, dando como resultado una muestra de 180 mujeres púérperas. La selección de las participantes se realizó por medio de muestreo probabilístico aleatorio simple a partir del censo de mujeres púérperas ingresadas en el servicio.

Procedimiento: Para la selección de las participantes y recolección de datos se realizaron visitas de campo al servicio de Ginecología y Obstetricia los lunes, miércoles y sábados del mes de noviembre de 2019. Durante las visitas de campo se realizó una revisión del censo de pacientes ingresadas y se buscó el cumplimiento de los criterios de evaluación de esta investigación.

Una vez identificadas a las pacientes que podían ser reclutadas para el estudio, se seleccionaron de forma aleatoria. Se explicaron los motivos de la investigación, importancia, propósito y se solicitó la participación voluntaria de las mujeres en el estudio. Se proporcionó una hoja de información a la participante en donde se describieron detalles de interés para la investigación, y se recolectaron los datos por medio de una encuesta, haciendo uso de un cuestionario.

El instrumento de recolección de datos lo integraron dos elementos: a) Cuestionario de diseño propio con 30 preguntas organizadas en cuatro

apartados. El primer apartado colectó datos generales, demográficos y gineco obstétricos. La construcción del resto de apartados fue orientada a la búsqueda de los factores de riesgo asociados a depresión postparto y b) Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo: Esta escala está compuesta por 10 preguntas de selección múltiple, relacionadas con el comportamiento de la mujer púérpera con relación a los 7 días previos, e incluye la valoración de la sintomatología depresiva que pueda comprometer su desenvolvimiento ante el cuidado de su recién nacido⁴.

Cada pregunta se puntea con un rango entre 0-3 puntos de acuerdo con la severidad de síntomas que se presenten, y se tomará como punto de corte un puntaje igual o mayor a 10 puntos, lo que indicará un test de tamizaje positivo. Es de fácil y rápida aplicación, ya que le toma a la madre alrededor de cinco minutos completarla. En un estudio realizado en México, se determinó que esta escala es un instrumento válido y seguro para la detección de depresión postparto con una sensibilidad del 90 %, especificidad del 82 %, valores predictivos positivos del 77 % y valores predictivos negativos del 94 %⁵. Además, se valoró la adaptación de los enunciados de acuerdo con la cultura, lenguaje y caló local para mayor comprensión de los ítems.

Análisis estadístico: Para establecer la prevalencia de riesgo de depresión postparto, se tomaron en cuenta las púérperas que obtuvieron un puntaje ≥ 10 en la escala de depresión postnatal de Edimburgo. Se realizó un análisis cuantitativo de los datos por medio de distribución de fre-

cuencias, medidas de tendencia central, de dispersión, de forma y de posición. Para determinar la relación entre variables se utilizó la prueba de Chi cuadrado.

Para establecer la intensidad de la asociación se determinó el coeficiente de Phi y V de Cramer, dependiendo de la naturaleza de las variables analizadas. De igual manera, se determinó el odds ratio (OR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95 %, entre el riesgo de DPP y las variables nominales dicotómicas de la investigación. El análisis, tablas y gráficas se realizaron por medio del programa estadístico IBM Statistical Package for the Social Sciences SPSS versión 19 (licencia de Escuela de Posgrados de la Universidad Evangélica de El Salvador) y con Microsoft Excel 2016.

Consideraciones éticas: La investigación se rigió bajo las normas bioéticas internacionales vigentes estipuladas por la Declaración de Belmont. Se garantizó el respeto a los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Las pacientes aceptaron participar de forma voluntaria e informada por medio del consentimiento y asentimiento informado. Se contó con la aprobación del Comité de Ética para Investigaciones en Salud de la Universidad Evangélica de El Salvador (Acta 195) y del Comité de Ética del Hospital Nacional Zacamil (Acta 6).

Resultados

Se encuestó a 180 mujeres que cumplieron con los criterios de evaluación y accedieron a partici-

par en la investigación. La muestra se caracterizó por una concentración elevada de mujeres jóvenes; la mayoría, participantes en el rango de edad entre los 19 y 22 años. La mediana fue de 22 años, con edad mínima de 15 años y edad máxima de 46 años. El 42.8 % de las mujeres se identificaron en unión libre, el 57.2 % eran procedentes del área urbana, el 58.9 % fueron amas de casa, el 38.9 % habían completado estudios de bachillerato, y el 54.4 % fueron primíparas.

Se detectó que el 55.6 % de las mujeres no presenta riesgo de depresión postparto, ya que obtuvieron un puntaje menor a 10 en la escala. Por otra parte, el 44.4 % de las mujeres encuestadas se clasifica con riesgo de depresión postparto, ya que obtuvieron un puntaje mayor o igual a 10 en el instrumento de tamizaje.

A partir del análisis de los determinantes asociados a la patología, se determinó que el riesgo a depresión postparto se identificó más frecuentemente en mujeres solteras (63.7 %), procedentes del área rural (60 %), que han sido víctimas de violencia intrafamiliar durante el embarazo actual o durante otras etapas de sus vidas (65 %). Además, se identifica con mayor frecuencia en mujeres sin redes de apoyo social (61.3 %), que han experimentado ideas de culpabilidad a raíz del embarazo (63.7 %). Asimismo, se observa con mayor proporción en mujeres que no utilizan métodos de planificación familiar (50 %) y quienes no habían planificado su embarazo (70 %).

En contraste, la ausencia de riesgo de depresión postparto se identificó más frecuentemente en mujeres que viven en unión libre (56 %), proceden-

tes del área urbana (71 %), y quienes no han sido víctimas de violencia intrafamiliar (90 %). De igual forma, se identificó en mayor proporción en mujeres con redes de apoyo sólidas durante la gestación (86 %), y quienes no han experimentado culpa durante su embarazo (88 %). Además, se caracterizó por utilizar métodos hormonales inyectables como método de planificación familiar (50 %), cuyo embarazo fue planificado y deseado (60 %).

En la **Tabla 1** se presenta la asociación entre riesgo de depresión postparto y los determinantes sociales. Se observa que existe correlación significativa entre el riesgo de DPP y los determinantes sociales para las variables de violencia

intrafamiliar con nivel de asociación alto ($\Phi=0.56$, $p=0.00$). Estado civil y procedencia con nivel de asociación intermedia ($\Phi=0.46$, $p=0.00$; $V=0.33$, $p=0.00$; respectivamente). Escolaridad y estabilidad laboral con nivel de asociación débil ($V=0.27$, $p=0.01$; $\Phi=-0.24$, $p=0.00$).

Los factores de riesgo sociales asociados a DPP son procedencia rural ($OR=3.67$, $IC=1.97-6.84$) y violencia intrafamiliar ($OR=16.71$, $IC=7.52-37.15$). Por otro lado, como factor protector de índole social, se identificó a la estabilidad laboral ($OR=0.25$, $IC=0.10-0.60$). No se encontró relación significativa entre el riesgo de depresión postparto y las variables edad, ocupación y apoyo económico de la pareja.

Tabla 1. Correlación y razón de productos cruzados entre los determinantes sociales asociados a depresión postparto, en mujeres puérperas del Hospital Nacional Zacamil. Noviembre 2019

Variable	Chi cuadrado		OR	IC	Phi		V de Cramer	
	Coef.	Sig.			Coef.	Sig.	Coef.	Sig.
Edad*	5.20	0.268	-	-	-	-	0.170	0.268
Estado civil*	35.66	0.000	-	-	-	-	0.445	0.000
Procedencia	17.45	0.000	3.67	1.97- 6.84	-	-	0.331	0.000
Ocupación	8.16	0.086	-	-	-	-	0.213	0.086
Escolaridad*	12.80	0.012	-	-	-	-	0.267	0.012
Estabilidad laboral	10.51	0.001	0.247	0.10- 0.60	- 0.24	0.001	-	-
Violencia	59.54	0.000	16.71	7.52- 37.15	0.575	0.000	-	-
Apoyo económico de pareja	2.36	0.124	0.58	0.29- 1.17	-0.12	0.124	-	-

*Variables agrupadas.

En la **Tabla 2** se evidencia que existe correlación significativa entre el riesgo de DPP y los determinantes psicológicos. Se estableció que existe correlación significativa entre el riesgo de DPP y los determinantes psicológicos para las variables de sentimientos de culpabilidad con nivel de asociación alto ($\Phi = 0.54$, $p = 0.00$). Redes de apoyo con asociación intermedia ($\Phi = -0.49$, $p = 0.00$). Cambios en los deseos y aspiraciones a futuro, con nivel de asociación débil ($\Phi = 0.26$, $p = 0.00$).

Entre los factores de riesgo asociados a DPP se identificó la disminución en los deseos y aspiraciones a futuro de la madre ($OR = 4.36$, $IC = 1.82-10.45$) y la presencia de sentimientos e ideas de culpabilidad durante el embarazo ($OR = 12.9$, $IC = 6.06-27.47$). Por el contrario, se identificó como factor protector psicológico la presencia de adecuadas redes de apoyo ($OR = 0.10$, $IC = 0.05-0.21$). No se encontró una asociación significativa entre el riesgo de DPP y las variables estabilidad con la pareja, antecedentes de depresión, historia familiar de depresión y eventos estresantes durante el embarazo.

Tabla 2. Correlación y razón de productos cruzados entre los determinantes psicológicos asociados a depresión postparto, en mujeres puérperas del Hospital Nacional Zacamil. Noviembre 2019

Variable	Chi cuadrado		OR	IC	Phi	
	Coef.	Sig.			Coef.	Sig.
Estabilidad de pareja	0.60	0.437	0.77	0.40- 1.48	-0.58	0.437
Antecedente de depresión	3.12	0.077	2.5	0.88- 7.08	0.13	0.077
Historia familiar de depresión	0.63	0.429	0.76	0.39- 1.49	-0.059	0.429
Redes de apoyo	43.62	0.000	0.103	0.05- 0.21	-0.492	0.000
Eventos estresantes	3.152	0.076	1.80	0.94- 3.47	0.132	0.076
Cambios en deseos y aspiraciones a futuro	12.17	0.000	4.36	1.82- 10.45	0.260	0.000
Culpa	52.32	0.000	12.9	6.06- 27.47	0.539	0.000

En la **Tabla 3** se muestra la correlación entre riesgo de DPP y las variables biológicas, tanto maternas como del recién nacido. Se determinó que la variable métodos de planificación familiar presenta una asociación débil con el riesgo de DPP ($V=0.25$). Además, se observa una asociación negativa baja entre riesgo de DPP y las variables planificación del embarazo ($\Phi=-0.30$) y deseo del embarazo ($\Phi=-0.25$), lo que refleja que, si un embarazo es deseado y planificado, existe menor riesgo de DPP.

Se identificaron como factores protectores biológicos la planificación del embarazo ($OR=0.29$, $IC=0.15-0.53$) y el deseo del embarazo ($OR=0.30$, $IC=0.15-0.63$). No se encontró correlación significativa con paridad, controles prenatales, vía del parto, lactancia materna, sustancias ilícitas, antecedentes de patologías obstétricas, abortos, sexo o complicaciones del recién nacido.

Tabla 3. Correlación y razón de productos cruzados entre los determinantes biológicos asociados a depresión postparto, en mujeres púerperas del Hospital Nacional Zacamil. Noviembre 2019

Variable	Chi cuadrado		OR	IC	V de Cramer		Phi	
	Coef.	Sig.			Coef.	Sig.	Coef.	Sig.
Métodos de planificación	11.58	0.021	-	-	0.254	0.021	-	-
Paridad*	2.90	0.235	-	-	0.127	0.235	-	-
Controles prenatales*	3.047	0.081	1.81	0.93- 3.54	-	-	0.130	0.081
Vía del parto	0.64	0.423	1.27	0.71- 2.3	-	-	0.060	0.423
Embarazo planificado	16.07	0.000	0.29	0.15-0.53	-	-	-0.299	0.000
Embarazo deseado	10.96	0.001	0.30	0.15- 0.63	-	-	-0.247	0.001
Dificultad en lactancia	0.87	0.352	1.36	0.71- 2.62	-	-	0.07	0.352
Consumo de sustancias ilícitas	4	0.056	2.77	0.99- 7.73	-	-	0.149	0.056
Antecedentes de patologías obstétricas	1.55	0.213	0.47	0.14- 1.57	-	-	-0.093	0.213
Abortos	0.991	0.319	1.68	0.60- 4.74	-	-	0.074	0.319
Sexo recién nacido	0.188	0.665	0.88	0.49- 1.58	-	-	-0.032	0.665
Complicaciones del recién nacido*	0.127	0.722	0.85	0.34- 2.1	-	-	-0.027	0.722

*Variables agrupadas.

Discusión

Investigación encontró una prevalencia de riesgo de DPP del 44.4 % a partir de los resultados de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo que se compara con las estadísticas regionales de México con prevalencia del 18 %⁶, Colombia con 57 %⁷, Chile del 36.7 %⁸, y Venezuela con prevalencia del 84,2 % en adolescentes y 81,5 % en adultas⁴. Además, se encuentra por arriba del primer reporte sobre DPP en El Salvador que, en 2013, identificó una incidencia del 32 % en una muestra de 41 puérperas⁹.

Por otro lado, los principales factores de riesgo asociados a DPP detectados en este estudio son la procedencia rural (OR=3.67, IC= 1.97-6.84), violencia intrafamiliar (OR=16.71, IC= 7.52-37.15), disminución en los deseos y aspiraciones a futuro (OR=4.36, IC= 1.82-10.45) y sentimientos de culpabilidad (OR= 12.9, IC= 6.06-27.47). Esto concuerda con varias investigaciones que señalan la importancia de esta asociación, como Urdaneta y cols.¹⁰, Borda y cols.¹¹ y Alvarado y cols.¹².

A su vez, los principales factores protectores asociados a la patología son la estabilidad laboral de la mujer (OR= 0.25, IC=0.10-0.60), la existencia de redes de apoyo a la futura madre (OR=0.10, IC=0.05-0.21), la planificación del embarazo (OR= 0.29, IC=0.15-0.53) y el deseo del embarazo (OR=0.30, IC= 0.15-0.63). En este caso, es de notar que los factores protectores abarcan tanto el área social, psicológica y biológica de la madre, por lo que es importante fortalecer estos elementos en la vida de la mujer de forma integral.

En relación con la correlación entre los factores de riesgo o determinantes asociados, se demostró asociación estadísticamente significativa entre determinantes sociales, psicológicos y algunos determinantes biológicos. Es de importancia la violencia intrafamiliar en la génesis de la DPP, debido a que esta investigación lo ubica como un factor de riesgo importante con una asociación estadística fuerte ($\Phi= 0.56$, $p= 0.00$), y que concuerda con el estudio realizado por Póo y cols.⁸.

Para la variable procedencia, es sabido que la calidad de vida de las familias procedentes zonas rurales es desfavorable y que cuentan con características socioeconómicas adversas que puede llevar a las madres gestantes y puérperas a enfrentarse a situaciones de vulnerabilidad grandes que son predisponentes de la enfermedad. Los resultados de esta investigación determinaron asociación significativa con la procedencia ($V= 0.33$, $p= 0.00$), congruente con la investigación de Almanza, Salas y Olivares⁶, pero opuesta a Urdaneta y cols., quienes afirman que a pesar de que la proporción de mujeres con riesgo es mayor en mujeres del área rural, esa asociación no mostró significancia estadística¹⁰. Respecto a la escolaridad, se demostró asociación significativa con el riesgo de DPP ($V= 0.27$, $p= 0.01$). La mayor proporción de mujeres poseían una escolaridad superior al tercer ciclo, opuesto a Urdaneta y cols., quienes establecieron una asociación con los niveles educativos más bajos¹⁰.

Al mismo tiempo, se determinó asociación significativa con el estado civil ($\Phi= 0.46$, $p= 0.00$). La mayoría de las mujeres afirmaron mantener

unión libre con sus parejas, y se relaciona con lo encontrado por Canaval y Cols., quienes señalan que la unión libre puede situar a la mujer en desventaja respecto a su familia política contribuyendo a la presencia de síntomas depresivos⁷.

Para la correlación entre determinantes psicológicos y presencia de riesgo de depresión postparto, se determinó que la presencia de culpabilidad durante la gestación o puerperio tiene una asociación significativa fuerte ($\Phi = 0.54$, $p=0.00$). Otro elemento importante es la disminución en deseos y aspiraciones a futuro de la madre a raíz de su embarazo, se estableció una asociación significativa débil entre estas variables ($\Phi = 0.26$, $p=0.00$). Ambas afirmaciones son congruentes con Wolff y cols.¹³ y Urdaneta y cols.¹⁰.

Los resultados de este estudio indican que el contar con redes de apoyo sólidas durante el embarazo y puerperio, son factores protectores significativos para el desarrollo de la enfermedad ($\Phi = -0.49$, $p= 0.00$), congruente con la investigación realizada por Alvarado y Cols.¹². Se evidencia el importante papel que juegan las disfunciones de pareja y la falta de redes de apoyo para la mujer gestante y puérpera. La mujer necesita un entorno sólido, tanto familiar, laboral y económico; pero, las interacciones con su conyugue o en el entorno familiar, impactan en mayor proporción en su afectividad, especialmente, en etapas de vulnerabilidad como embarazo y puerperio.

En el caso de los antecedentes de patologías psiquiátricas tanto personales como familiares, no se encontró una asociación significativa con el ries-

go de DPP. Esto es congruente a los resultados del estudio de Alvarado y cols.¹², pero contraria a Póo y cols.⁸. Este estudio no encontró relación entre riesgo de DPP y antecedentes de cuadros depresivos durante el embarazo, contrario a otras investigaciones, en donde se ha demostrado fuertes asociaciones con la enfermedad y el antecedente de cuadros depresivos durante el embarazo¹³.

Por otra parte, en el caso de los determinantes biológicos, los resultados de este estudio sugieren muy poca influencia de esta categoría de factores con el riesgo de depresión postparto. Se determinó una asociación débil con los métodos de planificación familiar ($V=0.25$, $p= 0.02$) y planificación del embarazo ($\Phi = -0.3$, $p=0.00$), incongruente con Alvarado y cols.¹². El deseo del embarazo tiene una asociación significativa débil con respecto al riesgo de DPP ($\Phi = -0.25$, $p=0.00$), congruente con la investigación realizada por Almanza, Salas y Olivares⁶.

No se encontró asociación estadísticamente con enfermedades maternas previas al embarazo, durante el embarazo o antecedentes de patologías obstétricas; contrario a otros estudios, en donde se señala relación entre DPP y patologías como prematuridad, bajo peso al nacer, preeclampsia, hipocandria, entre otros¹⁰. Las patologías del neonato se han considerado tradicionalmente como factores de riesgo mayores; sin embargo, para esta investigación no se pudo realizar un análisis a mayor profundidad, debido a que el porcentaje de recién nacidos con patologías o complicaciones fue muy bajo y no resultó significativo para realizar inferencias.

Conclusiones y recomendaciones

Se detectó una prevalencia de riesgo de depresión postparto y sintomatología depresiva del 44.4 %, en mujeres en el puerperio inmediato y con bajo riesgo obstétrico, atendidas en el Hospital Nacional Zacamil. Los factores de riesgo más relacionados con riesgo de depresión postparto son: Determinantes sociales: violencia intrafamiliar, con nivel de asociación alto. Estado civil y procedencia con niveles de asociación intermedia. Escolaridad y estabilidad laboral con nivel de asociación débil. Determinantes psicológicos: Culpabilidad con nivel de asociación alto. Redes de apoyo con asociación intermedia. Cambios en los deseos y aspiraciones a futuro con nivel de asociación débil. Determinantes biológicos:

Métodos de planificación familiar, planificación y deseo del embarazo con niveles de asociación débiles en las tres variables.

Por tanto, los determinantes sociales y psicológicos se relacionan más con el riesgo de depresión postparto que los determinantes biológicos; y la depresión postparto, no debe ser abordada desde un solo ángulo, en especial, no debe ser reducida a algo de origen biológico, sino debe contemplarse como una unidad biopsicosocial.

Declaración de conflictos de interés

Se declara que no existen conflicto de intereses para la elaboración de esta investigación. Este estudio se realizó con fuentes de financiación propias.

Fuentes consultadas

1. OMS/OPS. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Ginebra: OMS; 2017.
2. Latorre JF, Contreras LM, García S, Arteaga J. La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2016 [citado 1 de febrero de 2019];57(3):156-62. Disponible en: <https://revista.fecolso.org/index.php/rcog/article/view/482>
3. Mendoza C, Saldívar S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile* [Internet]. 2015 [citado 3 de marzo de 2019];143(7):887-94. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872015000700010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Fernández J, Iturriza A, Toro J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet] 2014. [Consultado 14 feb 2019]; 74(4): 229-243. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v74n4/art03.pdf>.
5. Oquendo M, Lartigue T, González I, Méndez S. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum* [Internet] 2008. [Consultado 1 Mar 2019]; 22:195-202. Disponible en: <http://www.inper.mx/descargas/pdf/ValidezysseguridaddelaescaladedepresionperinataldeE.pdf>.
6. Almanza J, Salas C, Olivares A. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados, en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. *Rev Sanid Milit Mex* [Internet]. 2011 [citado 25 de febrero de 2019];65(3):78-86. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=40306>
7. Canaval GE, González MC, Schallmoser LM, Tovar MC, Valencia C. Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Médica* [Internet]. 2000 [citado 25 de marzo de 2019];31(1):4-10-10. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/144>
8. Póo A, 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. *Revista médica de Chile* [Internet]. 2008 [citado 29 de marzo de 2019];136(1):44-52. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872008000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Chicas E, Martínez L, Ortiz H. Incidencia de depresión postparto en mujeres de 10 a 45 años que asisten a su control puerperal a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Jucuarán departamento de Usulután, Bobadilla San Alejo y El Sauce en el departamento de La Unión. [Tesis de pregrado]. San Miguel: Universidad de El Salvador; 2013.

10. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y múltiparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [Internet]. 2010 [citado 1 de marzo de 2019];75(5):312-20. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262010000500007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Borda M, Forero C, Ahcar N, Hinestrosa C, Polo S, Staaden M, et al. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte* [Internet]. 2013 [citado 23 de septiembre de 2019];29(3):394-405. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4775>
12. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, et al. Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Revista chilena de neuropsiquiatría* [Internet]. 2000 [citado 2 de marzo de 2019];38(2):84-93. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-92272000000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Wolff C, Valenzuela P, Esteffan K, Zapata D. Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [Internet]. 2009 [citado 29 de enero de 2019];74(3):151-8. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262009000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es