



Artículo de investigación

Depresión posparto: prevalencia y relación con la tipología y función familiar

Postpartum depression: its prevalence and relation to family typology and functioning

Maira Alexandra Marles MD^a
Yennifer Carolina León MD^b
Diana María Solarte MD^b

^a División de Salud Comunitaria, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia. Equipo de Promoción y Prevención Hospital de San José, Bogotá, DC, Colombia.

^b Medicina Familiar, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Bogotá DC, Colombia.

RESUMEN

Introducción: la depresión posparto (DPP) constituye un problema de salud pública. Se han descrito múltiples factores de riesgo biológicos y psicosociales. En Colombia no existen estudios que determinen su prevalencia con base en escalas de tamizaje y aplicación de criterios diagnósticos, así como su relación con los instrumentos de valoración familiar. **Objetivo:** estimar la prevalencia de DPP y su relación con condiciones clínicas, curso de vida, tipología y función familiar, en mujeres en puerperio mediato (2 a 48 horas posteriores al parto). **Materiales y métodos:** estudio observacional de corte transversal analítico en puerperio mediato, aplicando la escala de Edimburgo (EPDS) y los criterios DSM5 para tamizaje y diagnóstico de DPP. Se evaluaron variables sociodemográficas, antecedentes ginecoobstétricos, perinatales, condiciones clínicas y se aplicaron instrumentos de valoración familiar como curso de vida, tipología de familia y APGAR familiar. **Resultados:** se incluyeron 336 participantes con edad media de 27,3 años, la prevalencia de DPP fue 5.1%, las patologías prevalentes fueron preeclampsia (8.3%) y diabetes gestacional (6.3%), 58% ($p < 0,001$) presentaban algún grado de disfunción familiar y 88% ($p 0,01$) hacían parte de familias nucleares. No se encontró significancia estadística para las condiciones clínicas y el curso de vida. **Conclusiones:** la DPP es un problema de salud mental prevalente que está relacionado con múltiples factores, entre ellos la tipología y la función familiar. Se requieren más estudios cuantitativos que permitan establecer relaciones de causalidad y con metodología cualitativa para explicar mejor este fenómeno.

Palabras clave: depresión posparto, estadios del ciclo de vida, relaciones familiares, medicina familiar y comunitaria, sistemas de apoyo psicosocial.

© 2024 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Fecha recibido: noviembre 23 de 2022
Fecha aceptado: noviembre 3 de 2023

Autor para correspondencia:
Dra. Maira Alexandra Marles:
maira.marles@fucsalud.edu.co

DOI
10.31260/RepertMedCir.01217372.1379

ABSTRACT

Introduction: postpartum depression (PPD) is a public health issue. Multiple biological and psychosocial risk factors have been described. In Colombia there are no studies determining its prevalence based on screening scales and diagnostic criteria, as well as its relation to family functioning assessment instruments. **Objective:** to determine PPD prevalence in women in the immediate postnatal period and its association with clinical conditions, life-course, and family typology and functioning. **Materials and methods:** an analytical cross-sectional observational study conducted in the immediate postnatal period (2 to 48 hours after delivery), using the Edinburgh scale (EPDS) and the DSM5 criteria for PPD screening and diagnosis. Sociodemographic variables such as, gynecological-obstetric, and perinatal history, and clinical conditions, were analyzed. Family functioning assessment instruments such as life-course, family typology and family APGAR, were applied. **Results:** 336 participants with a mean age of 27.3 years, were included. The prevalence of PPD was 5.1%, while prevalent pathologies were preeclampsia (8.3%) and gestational diabetes (6.3%). 58% ($p < 0.001$) had a dysfunctional family to some degree and 88% ($p < 0.01$) belonged to nuclear families. No statistical significance was found for clinical conditions and life-course. **Conclusions:** PPD is a prevalent mental health issue caused by multiple factors, such as family typology and functioning. Further quantitative and qualitative studies to establish causal relationships, are needed, to better understand this phenomenon.

Keywords: postpartum depression, life cycle stages, family relationships, family and community medicine, psychosocial support systems.

© 2024 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

El puerperio es el periodo que transcurre entre el final del parto y la aparición de la primera menstruación¹, que además de los cambios fisiológicos comprende los sociales, psicológicos y familiares. Se considera como una etapa de gran vulnerabilidad para la mujer, para su hijo y para el desarrollo de enfermedad mental.^{2,3}

La depresión posparto (DPP) es el trastorno psiquiátrico más frecuente en el puerperio. Según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5), es un episodio de depresión mayor o menor que se inicia durante el embarazo o en las 4 semanas después del parto.² La prevalencia global de DPP es de 17.22% con variaciones entre 6.4% y 38.7% según la región, siendo 21.7% en Suramérica.⁴ La mayoría de la literatura reporta un promedio de 10 a 15% pudiendo ser mayor en primíparas (12 a 25%), adolescentes (26%) y llegando a ser incluso de 35% en algunos grupos de riesgo.⁵ En Colombia se describe la prevalencia entre 3.1% y 40.2%, calculada por entrevista mediante el autorreporte de episodio de DPP en los últimos 6 meses o usando escalas de tamizaje, mas no con la aplicación de criterios diagnósticos DSM-5.^{6,7}

Se describen múltiples factores de riesgo para la DPP. Los antecedentes de enfermedad mental, las complicaciones obstétricas y la relación marital conflictiva se describen con frecuencia.^{5,7-9} Otros mencionados son embarazo en adolescente, bajo nivel socioeconómico o educativo, problemas económicos, pobre red de apoyo social, embarazo no deseado, problemas asociados con la lactancia y la enfermedad médica infantil.^{3,5,7-9} Tener alta escolaridad, buena convivencia con la pareja, ser mayor edad y el

embarazo planeado, constituyen factores protectores.⁹

La DPP es considerada un problema de salud pública. Esta, determina efectos importantes en la calidad de vida de las madres y su capacidad de vinculación con el recién nacido.^{3,4,10} Algunos autores recomiendan el tamizaje sistemático para garantizar el diagnóstico y tratamiento oportunos.^{7,9} La escala de Edimburgo (EPDS) es un instrumento de tamizaje para DPP validado para su uso en Colombia, con una sensibilidad de 90%, especificidad 82%, VPP 77% y VPN 94%.^{11,12} Se considera fiable para la detección de un posible episodio de DPP, que después debe confirmarse por medio de los criterios del DSM 5.¹³

En la práctica del médico familiar se usan instrumentos de valoración con el fin de conocer la estructura, dinámica y función de la familia, así como el ciclo vital familiar y las diferentes etapas del curso de vida.¹⁴⁻¹⁶ En el programa *Cuida mujer* del Hospital de San José de Bogotá, los médicos familiares valoran el riesgo biopsicosocial mediante la aplicación de instrumentos de valoración familiar, tamizaje para DPP y educación en salud, a mujeres en puerperio mediato (2 a 48 horas después del parto). En Colombia, no existen estudios que determinen la prevalencia de la DPP usando tamizaje con EPDS y posterior aplicación de criterios DSM5, así como su relación con condiciones clínicas y resultados de los instrumentos de valoración familiar. El objetivo del presente estudio fue estimar la prevalencia de DPP y su relación con condiciones clínicas, el curso de vida, tipología y función familiar en mujeres en puerperio mediato.

MÉTODOS Y MATERIALES

Diseño y población diana: estudio observacional de corte transversal analítico en mujeres entre 12 y 50 años, atendidas durante el proceso de parto vaginal o por cesárea en el Hospital de San José de Bogotá Colombia, institución de alta complejidad, y valoradas en el programa *Cuida mujer* durante el puerperio mediato (2 a 48 horas posteriores al parto). Se excluyeron las pacientes con óbito fetal o muerte del recién nacido, las que estaban en manejo para un trastorno depresivo, quienes fueron incapaces de responder el cuestionario y las que no desearon participar o el representante no firmara el asentimiento.

Selección de la muestra: la población estuvo constituida por mujeres que estaban en puerperio durante el tiempo de recolección de datos, correspondiente a 4.153 partos atendidos en la institución en un periodo de 6 meses, asumiendo una prevalencia de DPP de 19%, nivel de confianza 95%, error relativo 5%, y efecto de diseño de 1.5. Se estimó la muestra con 336 participantes, no probabilística y por conveniencia.

Variables e instrumentos de medida: el tamizaje de riesgo para DPP se midió mediante el uso de la escala EPDS, que de acuerdo con el puntaje obtenido, se clasificó así: menos de 12: sin riesgo y mayor o igual a 12: probable depresión. La confirmación diagnóstica de los casos con tamizaje positivo se realizó aplicando criterios DSM-5. Se valoraron factores potencialmente relacionados con los casos de DPP como fueron: 1) *variables sociodemográficas:* estado civil, escolaridad, ocupación, vivienda y régimen de seguridad social; 2) *antecedentes ginecoobstétricos y perinatales:* asistencia a consulta preconcepcional, número de controles prenatales, riesgo obstétrico, vía del parto, edad gestacional en el momento del parto y hospitalización del recién nacido; 3) *condiciones clínicas:* alteraciones metabólicas, neurológicas, cardiovasculares y pulmonares, cáncer, enfermedades autoinmunes, mentales o infecciosas; y 4) *instrumentos de valoración familiar:* curso de vida (adolescencia: 12 a 17 años, juventud:

8 a 28 años y adultez 29 a 59 años), tipología de familia (nuclear, reconstituida, monoparental materna, monoparental paterna, fraterna, unipersonal, homoparental, disuelta por separación, disuelta por viudez) y APGAR familiar (función familiar normal: 17-20 puntos, disfunción leve: 16-13 puntos, disfunción moderada: 12-10 puntos y severa: 9 puntos o menos).

Procedimiento: la información fue recogida entre marzo y septiembre 2021. El equipo de medicina familiar recibió entrenamiento previo al inicio del estudio para la adecuada aplicación e interpretación de las diferentes escalas. Cada día se revisaba el registro de pacientes en puerperio mediato encontradas en el pabellón de ginecoobstetricia a quienes habían sido interconsultadas al programa *Cuida mujer*. Se entrevistaron todas las pacientes explicándoles el estudio, si era aceptado se firmaba el consentimiento informado y en

caso de ser menor de edad lo hacía el tutor. La recolección de datos se realizó mediante cuestionarios hetero y autoadministrados, en una entrevista semiestructurada. Se aplicó la EPDS a todas las pacientes valoradas, pero los criterios DSM-5 solo a aquellas con puntaje mayor o igual a 12 en esta escala. La información fue proporcionada por las participantes, los datos de enfermedades, antecedentes obstétricos y perinatales se obtuvieron de la historia clínica. El registro de las variables se hizo en un formato de recolección de datos manual que se diligenciaba durante la entrevista a la paciente y luego se registraban un formulario tipo encuesta creado en el sistema de información Almera Information Management con doble verificación y obteniendo una base de datos en microsoft excel para su posterior análisis.

Consideraciones éticas: la investigación fue aprobada por el comité de ética e investigaciones de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y el Hospital de San José de Bogotá con fecha 8 de marzo 2021. Se respetaron los principios del artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 concluyendo que el estudio correspondía a una investigación sin riesgo, ley 1581 de 2012 de protección de datos personales.

Análisis de datos: descriptivo, las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas, así como tablas de distribución porcentual; para las variables continuas se utilizaron medidas de tendencia central como media y mediana, y de dispersión como la desviación estándar (DE). Después se realizó asociación bivariada entre las variables categóricas mediante la prueba exacta de Fisher con significancia estadística p menor de 0.05. La información fue analizada en *stata versión 17* licencia FUCS y en *JAMOVİ versión 2.2.6*.

RESULTADOS

La muestra final fue de 336 participantes, 17 tuvieron un puntaje mayor o igual a 12 en la EPDS (**figura 1**) y de estas, todas cumplieron con los criterios DSM-5 para DPP, calculando la prevalencia en 5.1%. La edad media de las participantes fue 27,3 años, mínima 14 y máxima 45 años. Las características sociodemográficas, ginecoobstétricas y perinatales de la población general y con diagnóstico de DPP se describen en la **tabla 1**. La edad gestacional media fue 37,6 semanas, con una variación más amplia de las edades en pacientes con DPP, como se evidencia en la **figura 2**. El 32,4% de las participantes cursaban su primer embarazo y 20,24% de los recién nacidos requirieron hospitalización.

Las condiciones clínicas más comunes en la población estudiada fueron metabólicas, cardiovasculares y pulmonares; las que menos se presentaron fueron las neurológicas (**figura 3**). Al discriminar las condiciones clínicas por patologías, las más prevalentes en la población general fueron preeclampsia (8.3%) y diabetes gestacional (6.3%). De las mujeres con diagnóstico de DPP, una tenía

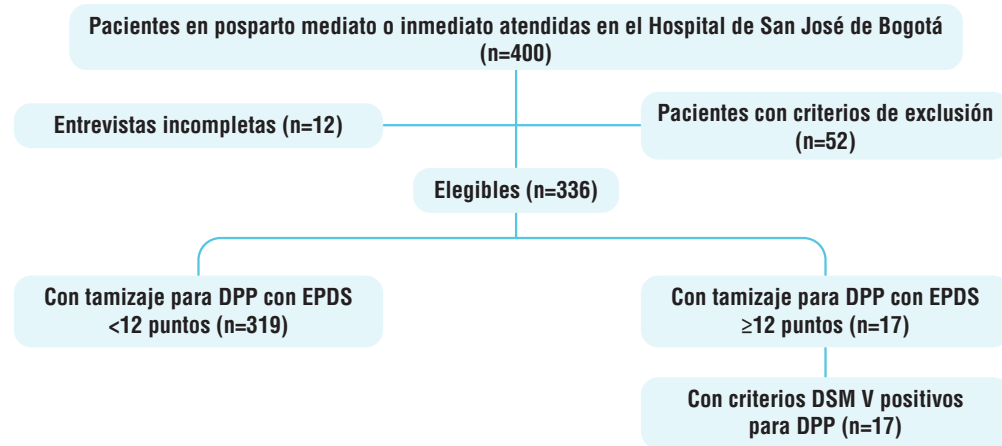


Figura 1. Esquema general del estudio. Fuente: las autoras.

Tabla 1. Características sociodemográficas y antecedentes ginecoobstétricos y perinatales

Variables	Total (n = 336)	Pacientes sin DPP (n = 318)	Pacientes con DPP (n = 17)	Valor de p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Estado civil				
soltera	58 (17,26)	54 (16,07)	4 (1,19)	0,9
unión libre - casada	275 (81,84)	262 (77,97)	13 (3,86)	
separada / divorciada	2 (0,60)	2 (0,60)	0 (0,0)	
Estudios				
sin estudios primarios	1 (0,3)	0 (0)	0 (0)	0,57
primarios	15 (4,5)	15 (4,5)	0 (0)	
secundarios	143 (42,6)	134 (39,88)	9 (2,67)	
técnicos	108 (31,1)	106 (31,54)	2 (0,59)	
universitarios	64 (19,0)	58 (17,26)	6 (1,78)	
posgrado	5 (1,5)	5 (1,5)	0 (0)	
Ocupación				
trabajadora	234 (69,64)	221 (65,77)	13 (3,86)	0,56
hogar	99 (29,46)	95 (28,27)	4 (1,19)	
desempleada	3 (0,9)	3 (0,9)	0 (0)	
Vivienda				
Bogotá	285 (84,82)	273 (81,25)	12 (3,57)	0,07
fuera de Bogotá	51 (15,17)	46 (13,69)	5 (1,48)	
Régimen de seguridad social				
contributivo	254 (75,6)	241 (71,72)	13 (3,86)	0,9
subsidiado	72 (21,43)	68 (20,23)	4 (1,19)	
otros	10 (2,97)	10 (2,97)	0 (0)	
Antecedentes ginecoobstétricos y perinatales				
consulta preconcepcional	31 (9,2)	29 (8,63)	2 (0,59)	1
> de 7 controles prenatales	178 (53,0)	172 (51,19)	6 (1,78)	
alto riesgo obstétrico	125 (37,2)	118 (94,4)	7 (5,6)	0,7
parto por cesárea	235 (69,6)	222 (66,07)	13 (3,86)	
edad gestacional <37 semanas	214 (63,69)	202 (60,11)	12 (3,57)	0,12
RN hospitalizado	68 (20,2)	66 (19,64)	6 (1,78)	

Fuente: las autoras.

Tabla 2. Distribución por curso de vida, tipología y función familiar

Variables	Total (n = 336)	Pacientes sin DPP (n = 318)	Pacientes con DPP (n = 17)	Valor de p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Etapa del curso de vida				
adolescencia	21 (6,2)	21 (6,2)	0 (0,0)	0,21
juventud	179 (53,3)	172 (51,2)	7 (2,1)	
adultez	136(40,5)	126 (37,5)	10 (3,0)	
Tipología de familia				
monoparental materna	54 (16,1)	52 (15,5)	2 (0,6)	0,01
reconstituida	16 (4,7)	16 (4,7)	0 (0,0)	
nuclear	266 (79,2)	251 (74,7)	15 (4,5)	
Funcionalidad familiar (APGAR Familiar)				
normal	278 (82,7)	271 (80,7)	7 (2,1)	<0,0001
disfunción leve	45 (13,4)	38 (11,3)	7 (2,1)	
disfunción moderada	12 (3,6)	10 (3,0)	2 (0,6)	
disfunción severa	1 (0,3)	0	1 (0,3)	

Fuente: las autoras.

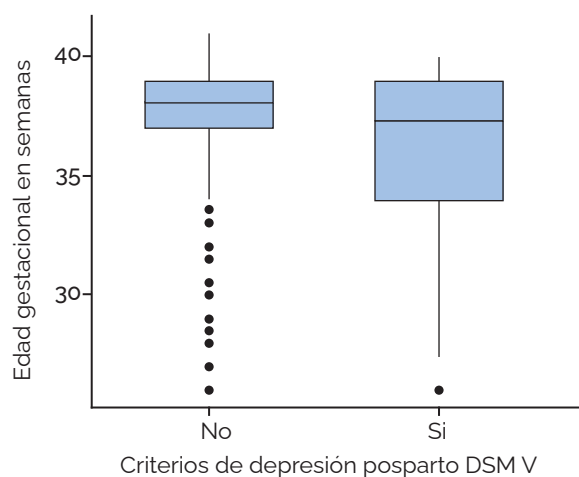


Figura 2. Edad gestacional y criterios de depresión posparto DSM5. Fuente: las autoras.

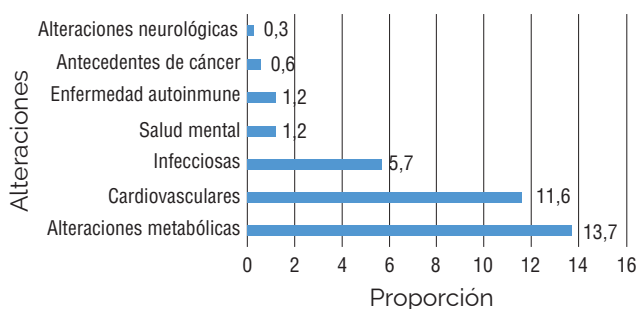


Figura 3. Proporción de condiciones clínicas presentes en la población del estudio. Fuente: las autoras.

diagnóstico de diabetes gestacional (0.3%), una obesidad (0.3%), una hipertensión arterial primaria (0.3%), 2 preeclampsia (0.6%), una flujo vaginal refractario (0.3%) y una reportó haber tenido un episodio depresivo antes del embarazo (0.3%). Ninguna de estas variables clínicas tuvo significancia estadística.

En la **tabla 2** se evidencian las características de las pacientes con DPP según las variables evaluadas por medio de instrumentos de valoración familiar. Los mayores porcentajes corresponden a familia nuclear (79,2%), curso de vida juventud (53,3%) y buena funcionalidad familiar (82,7%).

DISCUSIÓN

Se determinó la prevalencia de DPP y su asociación con condiciones clínicas, curso de vida, tipología y función familiar en 336 mujeres en puerperio mediato (2 a 48 horas posteriores al parto). La prevalencia de DPP en la población fue de 5,1%, localizada en el límite inferior de las reportadas en estudios colombianos (3.1% a 40.2%)⁶⁻⁸ y por debajo de la información internacional (6.4% a 38.7%), siendo de 21.7% en Suramérica.^{3,4,9,10,17} Las diferencias en la prevalencia se pueden explicar por la variabilidad de las características sociodemográficas y regionales de las poblaciones seleccionadas en las diferentes investigaciones.

En la revisión sistemática de la literatura publicada en 2021 por Wang y col. la prevalencia más alta fue 38.7% en Sudáfrica y la más baja 6.4% en Dinamarca, pero también se reportaron prevalencias de 29.8% en Argentina, 28.2% en Chile, 22.7% en Etiopía, 21.9% en Suiza, 20% en México, 18.5% en Estados Unidos, 14.6% en Finlandia, 13.8% en Canadá, 9.7% en Alemania y 7.5% en Sudán.⁴ Otro factor

que puede explicar la prevalencia reportada en este estudio es el momento en el que se realizó el tamizaje con EDPS y se aplicaron los criterios DSM5 (puerperio mediato, 2 a 48 horas posteriores al parto), periodo en el que se ha evidenciado que por lo regular los niveles de ansiedad y miedo relacionados con el parto y el bienestar del neonato pueden ser más bajos¹⁸ que los síntomas depresivos manifiestos en etapas posteriores del puerperio. En el estudio de Ortiz Martínez y col. publicado en 2016, se calculó una prevalencia de DPP de 40.2% mediante la aplicación de la escala EDPS a mujeres en puerperio, pero no se especificó hasta cuantos días se aceptaron para incluir a las pacientes en la muestra.¹⁹

En un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010, publicado por Rincón Pabón y Ramírez-Vélez, se calculó una prevalencia de 12.9% con variación entre 3.1% y 22.1% mediante el autorreporte de episodio de DPP en los últimos 6 meses.⁶ En el estudio de Gaviria y col. publicado en 2019 se incluyeron mujeres embarazadas o en las primeras 72 horas posparto a quienes se les aplicó la escala de EDPS con punto de corte ≥ 12 obteniendo una prevalencia de 22.36% de síntomas depresivos perinatales.⁷ Teniendo en cuenta que en este estudio se incluyeron pacientes en puerperio mediato (2 a 48 horas posteriores al parto), con tamizaje efectuado con EDPS y confirmado el diagnóstico de DPP mediante la aplicación de criterios DSM5, la prevalencia calculada no es comparable con los últimos estudios publicados en Colombia. Otro factor que puede explicar la baja prevalencia es que la mayoría de las pacientes sin diagnóstico de DPP (80.7%) tenían buena función familiar, lo que está acorde con el estudio de Huang y col. en el que se evidenció que esta tiene una correlación directa negativa con la DPP.²⁰

Por otro lado, se puede inferir que la EDPS cuenta con un buen rendimiento para el tamizaje y posterior diagnóstico de DPP según criterios DSM5, con una sensibilidad y especificidad alta con puntajes de EPDS mayores de 12, hallazgo consistente con lo reportado por Smith-Nielsen y col. en su estudio de validación de la EPDS versus criterios DSM5, en el que concluyeron que una puntuación de 11 o más era el límite óptimo para el tamizaje de DPP según los criterios DSM-5.¹³

Las pacientes con DPP del estudio, se caracterizaron por tener una edad promedio de 27.3 años, vivir en zona urbana, haber cursado estudios secundarios, convivir en unión libre o estar casadas, ser empleadas, afiliadas al régimen contributivo de salud, baja adherencia a consulta preconcepcional, haber tenido parto por cesárea antes de las 37 semanas y presentado patologías como diabetes gestacional o preeclampsia. Ninguna de esas variables tuvo significancia estadística. Con respecto a este tipo de factores de riesgo para DPP, existen discrepancias en las diferentes investigaciones nacionales e internacionales. En la de Zejnullahu y col. llevada a cabo en Kosovo, la edad materna, nivel educativo, empleo, paridad, ingresos económicos y el soporte social no estuvieron relacionados con el riesgo de

DPP, hallazgos concordantes con los nuestros. En un estudio español las variables relacionadas con el estado civil, la edad, el bajo nivel educativo y la alteración en el estado de ánimo, no tuvieron significancia estadística, mientras que el ser primigestante, haber tenido parto por cesárea, enfermedades del puerperio y hospitalización del recién nacido, se relacionaron con el riesgo de DPP.¹⁰ En el estudio de Gaviria y col. se reporta el nivel educativo menor de 5 años y la afiliación al régimen subsidiado como factores de riesgo para DPP⁷, así como en el de Kim y Dee con mujeres hispanas el bajo nivel educativo y tener más de un hijo pequeño fueron factores significativos relacionados con tamizaje positivo para DPP.²¹ La tipología de familia tomada como la forma de composición de esta, fue una de las variables que presentó significancia estadística con el tipo de familia nuclear, pudiendo explicarse porque 79% del total de la población tenía este tipo de relación, resultado similar al estudio de Huang Y. y col. y al de Vjosa donde la pobre relación marital fue un factor asociado con depresión posparto.

En algunos reportes aparecen otras tipologías familiares (monoparentales y reconstituidas) como las más comunes, similar a lo hallado por Wang Z. y Shitu S. Esta variable fue discordante con el estudio realizado en Kosovo en el que no se encontró significancia estadística para la tipología familiar con la DPP, pero si se describió como uno de los predictores de DPP la pobre relación marital, al igual que lo informado en Arabia Saudí.^{9,17} De igual manera en Etiopía, ser divorciada, separada o soltera, con gestación no planeada y presencia de enfermedad infantil, fueron predictores independientes para DPP³ y en Arabia, los más significativos fueron tener un conyugue que no la apoya, eventos vitales estresantes recientes y parto por cesárea.¹⁷ Llama la atención que el antecedente de enfermedad mental se describe a menudo como factor de riesgo para DPP.^{5,7-9} Solo una de las 17 pacientes con diagnóstico de DPP presentaba este antecedente, hallazgo que concuerda con otros estudios.¹⁰

Respecto al curso de vida, más de la mitad de la población con DPP estaba en la juventud o adultez, hallazgo que no tuvo significancia estadística, igual que en otros estudios^{9,10}, pero coincide con la edad promedio de las pacientes participantes en diversos protocolos de investigación.^{3,9,10} Por otro lado, se ha descrito la relación de DPP con la adolescencia, sin ser una variable unicausal puesto que involucra múltiples factores socioculturales presentes en este grupo etario.⁸ A pesar de la alta prevalencia de embarazos en adolescentes en Colombia, no se encontró asociación estadística significativa, tal vez porque la población adolescente fue solo de 6,2%.

La tipología y tener algún grado de disfunción familiar, esta última evaluada mediante la aplicación de la escala de APGAR familiar, presentaron una relación estadísticamente significativa con los casos de DPP. Esta relación ha sido poco estudiada como factor de riesgo o protector para presentar DPP, pero concuerda con lo reportado en el estudio de

Huang y col. quienes aplicaron APGAR familiar a mujeres en periodo ante y posnatal de una zona rural en China, evidenciando que tenía una relación negativa directa con la DPP, mientras que el soporte social tenía una relación positiva directa con la función familiar y a su vez, una relación negativa directa con la DPP, por lo que concluyeron que la función familiar mediaba en la relación entre apoyo social y depresión.²⁰

Lo anterior, refuerza la importancia de contar con un adecuado soporte familiar para ayudar a mantener la estabilidad emocional de la mujer en el periodo del embarazo, parto y puerperio. Pueden aportar información para implementar estrategias que lleven al logro de objetivos terapéuticos en el manejo integral de patologías prevalentes que pueden ser tratadas en los escenarios de atención primaria en salud e invitan a llevar a cabo más trabajos de investigación, con metodologías no solo cuantitativas, sino también cualitativas para describir mejor este fenómeno.

El presente estudio tiene algunas limitaciones, el diseño transversal hace que no se puedan inferir relaciones de causalidad, se requeriría otro tipo de análisis en los que se realice seguimiento a las pacientes. El tamizaje y diagnóstico de DPP se realizó solo en mujeres en puerperio mediato, lo que puede haber limitado la prevalencia ya que el puerperio tiene una duración mayor y durante todo el tiempo la mujer es vulnerable a presentar esta patología. La muestra del estudio fue pequeña y limitada a una institución de alta complejidad, se requieren más estudios en los que se involucre a la población atendida en instituciones de baja y alta complejidad, e incluso en el domicilio para que los resultados sean extrapolables a todo el país.

Entre las fortalezas cabe destacar, que es el único estudio en Colombia en el que la prevalencia de DPP se estableció mediante la aplicación de escala de tamizaje EPDS y la confirmación del diagnóstico con criterios DSM5. Además, es de los pocos en los que se ha analizado la relación de la DPP con los instrumentos o escala de valoración como el APGAR familiar, curso de vida y tipología de familia.

CONCLUSIONES

La prevalencia de DPP en la población de mujeres en puerperio mediato atendidas en el Hospital de San José de Bogotá fue de 5,1%, localizada en el límite inferior de las reportadas en estudios colombianos y por debajo de los internacionales. No se encontró significancia estadística entre el diagnóstico de DPP y las características clínicas ni con la etapa del curso de la vida. La tipología y la función familiar presentaron una relación estadística significativa con el diagnóstico de DPP. Se requiere realizar más estudios cuantitativos que permitan establecer relaciones de causalidad y cualitativos para reconocer desde lo fenomenológico la relación entre la función familiar y la presentación de episodios de DPP.

AGRADECIMIENTOS

Al jefe del servicio de medicina familiar del Hospital de San José, al grupo de docentes y residentes del programa de medicina familiar de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, por la ayuda prestada en la recolección de datos.

Al doctor David Andrade por su apoyo continuo como asesor metodológico, y a todas las pacientes que nos permitieron la realización de este estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras, declaran no tener ningún tipo de conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. WArribas L, Bailón E, Ortega A. Embarazo. En: España E, editor. Atención Primaria Problemas de Salud en la Consulta de Medicina de Familia. 8 ed. Madrid: Elsevier; 2019. p. 112-33.
2. Daniel S, Oram L, Lee U. Postpartum Depression. *Conn's Current Therapy 2021*: Elsevier; 2020.
3. Shitu S, Geda B, Dheresa M. Postpartum depression and associated factors among mothers who gave birth in the last twelve months in Ankesha district, Awi zone, North West Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):435. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2594-y>.
4. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Correction: Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry*. 2021;11(1):640. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01692-1>.
5. Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Rev Med Clin Condes*. 2020;31(2):139-49. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.004>.
6. Rincón-Pabón D, Ramírez-Vélez R. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. *Rev salud pública*. 2014;16(4):534-546.
7. Gaviria SL, Duque M, Vergel J, Restrepo D. Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados. *Rev Colomb Psiquiat*. 2019;48(3):166-73. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.09.002>.
8. Niyonsenga, J, Mutabaruka J. Factors of postpartum depression among teen mothers in Rwanda: a cross-sectional study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2021;42(2):356-360. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1735340>.
9. Zejnullahu V, Ukella-Lleshi D, Zejnullahu V, Miftari E, Govori V. Prevalence of postpartum depression at the clinic for obstetrics and gynecology in Kosovo teaching hospital: Demographic, obstetric and psychosocial risk factors. *Eur J Obst Gynecol Reprod Biol*. 2021;256:215-20. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.11.025>.

10. Zhuzhingo-Vásquez C, Peñaloza-Buele Y, Ajila-Vacacela J, Aguirre-Carrión C. Tamizaje para depresión posparto aplicado a la población puérpera del primer nivel de atención en salud. *Psico Unemi*. 2018;2(3):21-29. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol2iss3.2018pp21-29p>
11. Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*. 2020;371:m4022. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4022>.
12. Park S-H, Kim J-I. Predictive validity of the Edinburgh postnatal depression scale and other tools for screening depression in pregnant and postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2023;307(5):1331-1345. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06525-0>.
13. Smith-Nielsen J, Matthey S, Lange T, Væver MS. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):393. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1965-7>.
14. Mayorga-Muñoz C, Gallardo-Peralta L, Galvez-Nieto JL. [Psychometric properties of APGAR-family scale in a multiethnic sample of Chilean older people]. *Rev Med Chil*. 2019;147(10):1283-1290. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872019001001283>.
15. Campo-Arias A, Caballero-Domínguez CC. Confirmatory factor analysis of the family APGAR questionnaire. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2021;50(4):234-237. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2021.10.002>.
16. Ordóñez Azuara Y, Gutiérrez Herrera RF, Méndez Espinoza E, Alvarez Villalobos NA, Lopez Mata D, de la Cruz de la Cruz C. [Association of family typology and dysfunction in families with adolescents from a Mexican population]. *Aten Primaria*. 2020;52(10):680-689. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.011>.
17. Al Nasr RS, Altharwi K, Derbah MS, Gharibo SO, Fallatah SA, Alotaibi SG, et al. Prevalence and predictors of postpartum depression in Riyadh, Saudi Arabia: A cross sectional study. *PLoS One*. 2020;15(2):e0228666. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228666>.
18. Nakić Radoš S, Tadinac M, Herman R. Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression. *Acta Clin Croat*. 2018;57(1):39-51. <https://doi.org/10.20471/acc.2017.56.04.05>.
19. Martínez Ortiz RA, Betancourt Gallego CX, Zúñiga Buitrón EL, Valdés Meneses YD, Fernández Muñoz NF, Barrera Gonzales MA. Prevalencia de tamiz positivo para Depresión Posparto en un Hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45(4):253-261. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.03.002>.
20. Huang Y, Liu Y, Wang Y, Liu D. Family function fully mediates the relationship between social support and perinatal depression in rural Southwest China. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):151. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-021-03155-9>.
21. Kim Y, Dee V. Sociodemographic and Obstetric Factors Related to Symptoms of Postpartum Depression in Hispanic Women in Rural California. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2018;47(1):23-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2017.11.012>.

