

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN MADRES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL

HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO MATERNIDAD ISIDRO AYORA

EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2013

DISERTACION PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE MEDICO/A CIRUJANO/A

ALLYSON BETSABE ALMEIDA VILLACIS

DIEGO FERNANDO TOSCANO GUERRA

Director: Dr. José Mosquera

Metodológico: Dr. Freud Cáceres PhD., M.D.

Quito 2013

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN Y ABSTRACT	7
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO 2: MARCO TEORICO	18
Fisiología y Fisiopatología de la depresión posparto	18
Sistema Nervioso Central	20
Hormonas	21
Esteroides gonadales	21
Estrógenos	22
Progesterona	25
Biosíntesis neural de la progesterona	26
Acciones de la progesterona sobre el sistema nervioso	28
Hormonas tiroideas	30
Hormonas hipofisarias	31
Cortisol	32
GNRH	33
Enzimas	34
MAO-A	34
Neurotransmisores	36
GABA	36
Cambios en la expresión de receptores GABA durante el embarazo	37
Cambios en la inhibición GABAérgica durante el embarazo	38
Trastornos depresivos en el embarazo	39
Factores de riesgo	40
Definiciones	42
Tristeza de la maternidad	42

Depresión posparto	43
Diagnóstico	45
Escala de depresión perinatal de Edimburgo	46
Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV	46
Trastornos del estado de ánimo	47
Sinopsis de DSM IV TR para el episodio depresivo mayor, con inicio en el posparto	52
Tratamiento	53
Psicosis puerperal	55
Definición	55
Epidemiología	57
Etiología	57
Clínica	59
Diagnóstico	60
Diagnóstico diferencial	61
Tratamiento	61
Complicaciones	63
Pronóstico	63
CAPÍTULO 3: MÉTODOS	64
Problema de investigación	64
Hipótesis	64
Objetivos	64
Metodología	65
Tipo de Estudio	65

Universo	65
Criterios de inclusión	65
Criterios de exclusión	65
Operacionalización de variables	66
Procedimiento de recolección de la información	71
Escala de Edimburgo	71
Pautas para la evaluación	72
Plan de análisis de datos	72
Diseño del estudio	73
Aspectos bioéticos	73
Resultados	77
CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN	81
RECOMENDACIONES	96
CAPITULO 5: CONCLUSIONES	97
ANEXOS	98
LISTA DE GRAFICOS	102
LISTA DE TABLAS	116
BIBLIOGRAFIA	152

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Gráfico 1: Histograma de edad de las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.	102
Gráfico 2: Porcentaje del último año de escolaridad aprobado por las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.	103
Gráfico 3: Porcentaje de pacientes que recibieron apoyo emocional por parte de sus familias en el servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.	104
Gráfico 4: Porcentaje de pacientes que recibieron apoyo económico por parte de sus familias en el servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.	105
Gráfico 5: Porcentaje de pacientes que recibieron apoyo emocional por parte del padre del producto en el servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.	106
Gráfico 6: Porcentaje de pacientes que recibieron apoyo económico por parte del padre del producto en el servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.	107
Gráfico 7: Porcentaje de madres con depresión postparto en el servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.	108
Gráfico 8: Porcentaje de antecedentes personales de depresión en las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.	109
Gráfico 9: Porcentaje de antecedentes familiares de depresión en las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.	110
Gráfico 10: Porcentaje de recién nacidos prematuros y a término de madres en el servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.	111
Gráfico 11: Porcentaje de recién nacidos según el género, en el servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.	112
Gráfico 12: Porcentaje del número de gestas en las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.	113
Gráfico 13: Tipo de embarazo de madres en el servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.	114
Gráfico 14: Histograma del tiempo postparto de madres encuestadas en la hospitalización del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.	115

TABLAS DE ANALISIS DESCRIPTIVO	116
TABLA 1. ULTIMO AÑO APROBADO	116
TABLA 2. NUMERO DE GESTAS	117
TABLA 3. ANTECEDENTES PERSONALES DE DEPRESIÓN	117
TABLA 4. ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESIÓN	117
TABLA 5. APOYO EMOCIONAL DEL PADRE DEL PRODUCTO	118
TABLA 6. APOYO ECONOMICO DEL PADRE DEL PRODUCTO	118
TABLA 7. APOYO EMOCIONAL DE LA FAMILIA DE LA MADRE	118
TABLA 8. APOYO ECONOMICO DE LA FAMILIA DE LA MADRE	119
TABLA 9. DEPRESION POSPARTO	119
TABLA 10. EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO	119
TABLA 11. SEXO DEL RECIEN NACIDO	120
TABLA 12. TIPO DE EMBARAZO	120
 TABLAS DE ANALISIS ESTADISTICO	 121
TABLA 13. DEPRESION POSPARTO * EDAD EN AÑOS	121
TABLA 14. DEPRESION POSPARTO * ULTIMO AÑO APROBADO	123
TABLA 15. DEPRESION POSPARTO * NUMERO DE GESTAS	128
TABLA 16. DEPRESION POSPARTO * ANTECEDENTES PERSONALES DE DEPRESION	130
TABLA 17. DEPRESION POSPARTO * ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESION	132
TABLA 18. DEPRESION POSPARTO * APOYO EMOCIONAL DEL PADRE DEL PRODUCTO	134
TABLA 19. DEPRESION POSPARTO * APOYO ECONOMICO DEL PADRE DEL PRODUCTO	136
TABLA 20. DEPRESION POSPARTO * APOYO EMOCIONAL DE LA FAMILIA DE LA MADRE	138
TABLA 21. DEPRESION POSPARTO * APOYO ECONOMICO DE LA FAMILIA DE LA MADRE	140
TABLA 22. DEPRESION POSPARTO * EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO	142
TABLA 23. DEPRESION POSPARTO * SEXO DEL RECIEN NACIDO	144
TABLA 24. DEPRESION POSPARTO * TIPO DE EMBARAZO	146
TABLA 25. DEPRESION POSPARTO * TIEMPO POSPARTO AL REALIZAR LA ENCUESTA	148
TABLA 26. VARIABLES SIGNIFICATIVAS	150
TABLA 27. VARIABLES NO SIGNIFICATIVAS	150
TABLA 28. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN ADOLESCENTES, SEGÚN AUTOR, AÑO DE PUBLICACIÓN, INSTRUMENTO UTILIZADO, POBLACIÓN Y TAMAÑO MUESTRAL.	151

RESUMEN

OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de depresión posparto en las madres adolescentes en el primer trimestre del 2013, en la hospitalización del área de adolescencia del Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad Isidro Ayora.

METODOS: Se incluyó a madres entre los 10 y 19 años, hospitalizadas en el Servicio de Adolescencia del Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad Isidro Ayora durante el primer trimestre del 2013 dentro de los seis primeros meses posparto y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se aplicó la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo y un cuestionario elaborado por los investigadores para detectar factores de riesgo propios del embarazo adolescente.

Los datos se analizaron con el programa SPSS y se presentan la prevalencia, media y error estándar de la media. Como medida de asociación se utilizó la Razón de prevalencia y el Intervalo de confianza (IC). Para determinar significancia se utilizó la Prueba de Chi cuadrado. Consideramos como resultado significativo un $p > 0.05$.

RESULTADOS: La depresión posparto en adolescentes es mayor que en la población general, con un 23.2%. Los factores predisponentes para depresión posparto encontrados son: antecedentes personales ($p: 0,000$, RP 2,295) y familiares ($p: 0,005$, RP 2,360), la falta de apoyo emocional del padre del producto ($p: 0,009$, RP 0,814) y el género masculino del recién nacido ($p: 0.024$, RP 1,363).

CONCLUSIONES: Del total de la población estudiada $n: 298$, el 23.2% de adolescentes púerperas presentan un valor positivo en la escala de depresión perinatal de Edimburgo. Esto

corroborar que el porcentaje de depresión postparto es mayor en madres adolescentes. El apoyo emocional del padre del producto es un factor protector para el desarrollo de depresión postparto en las madres adolescentes, el económico no. Los antecedentes personales de depresión están relacionados con la manifestación de depresión postparto en adolescentes así como los antecedentes familiares de depresión.

PALABRAS CLAVE: adolescencia, embarazo, depresión postparto, riesgo, prevalencia.

ABSTRACT

OBJECTIVES: Determine the prevalence of postpartum depression in adolescent mothers in the first quarter of 2013, in the area of adolescent hospitalization in the Obstetric-Gynecologic Hospital Maternidad Isidro Ayora .

METHODS: We included mothers between 10 and 19 years, hospitalized in the Department of Adolescent Gynecology and Obstetrics Hospital Maternidad Isidro Ayora during the first quarter of 2013 within the first six months postpartum and who met the inclusion criteria.

We applied The Edinburgh Postnatal Depression Scale and a questionnaire developed by the researchers to detect risk factors in teenage pregnancy.

Data was analyzed using SPSS and presented prevalence, mean and standard error of the mean. The associations we used the prevalence ratio and confidence interval (CI). To determine significance was used chi-square test. We consider significant result at $P < 0.05$.

RESULTS: Postpartum depression in adolescents is higher than in the general population, with 23.2%. Predisposing factors for postpartum depression found are: personal ($p: 0.000$, 2.295 RP)

and relatives (p: 0,005, 2,360 RP), lack of emotional support from the father to the new born (p: 0.009, 0.814 RP) and males newborns (p: 0.024, 1.363 RP).

CONCLUSIONS: Among the study population n: 298, 23.2% of adolescents have a positive postpartum depression scale in perinatal Edinburgh. This corroborates that the percentage of postpartum depression is higher in teenage mothers. The father's emotional support product is a protective factor for the development of postpartum depression in adolescent mothers. Personal and family history of depression are related to the manifestation of postpartum depression in adolescents.

KEY WORDS: adolescence, pregnancy, postpartum depression, risk, prevalence.

CAPITULO I

INTRODUCCION

Independientemente de la edad, los cambios que un embarazo conlleva, constituyen un hecho biopsicosocial muy importante, más aun durante la adolescencia cuando se presentan una serie de situaciones que causan conflictos tanto mentales como físicos en las pacientes y que pueden atentar contra la salud de la madre y del hijo, además de las complicaciones futuras que puede generar.

Dentro de los problemas de salud pública más importantes relacionado con la conducta sexual de los jóvenes esta la maternidad adolescente puesto que involucra factores del contexto personal, familiar, cultural y social de los mismos. ¹

Los problemas emocionales durante el puerperio se conocen desde la antigüedad, ya en los primeros escritos de Hipócrates, 700 AC, los describía en detalle, así como también en los textos de Celcio y Galeno. En la actualidad, los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública, estos se observan con mayor frecuencia en la población femenina que en la masculina y parece ser mayores durante el embarazo y el puerperio que durante otras épocas del ciclo vital, especialmente en las embarazadas de bajos ingresos económicos.²

Durante el embarazo y el puerperio se dan una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que determinan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer. La depresión posparto es entendida como la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año posparto. ²

La presencia de trastorno depresivo mayor, con frecuencia abreviado o llamado simplemente depresión, durante el embarazo, incrementa de manera importante la morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el producto del embarazo, asociándose a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal o el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, sustancias ilegales), constituyendo un factor de riesgo para intentos de suicidios y suicidio consumados.²

Una crisis se define como un cambio brusco o una modificación importante en el desarrollo de algún suceso. Es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. Es un estado de situaciones en el que es inminente un cambio decisivo en un sentido o en otros.

La adolescencia como el embarazo constituyen una crisis del desarrollo y como tales pueden representar cambios permanentes en el status y en la función de los miembros de la familia.

A su vez, ambas crisis comprenden profundos cambios somáticos y psicosociales, con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos actuales y anteriores.

La adolescente frente al embarazo puede adoptar diferentes actitudes y/o conductas, que dependerán de su historia personal y del contexto familiar, cultural y social. ¹

Los desórdenes depresivos afectan al menos 20% del sexo femenino y 12% de los hombres en algún momento durante su vida, siendo las mujeres doblemente susceptibles a sufrir depresión, y los síntomas generalmente se incrementan con la edad. ²

Los cuadros psiquiátricos puerperales más importantes por su frecuencia y gravedad son la depresión posparto y el blues postpartum.

El blues postpartum, siendo el más frecuente (algunos autores elevan su prevalencia hasta el 80% en algunas series) es de menor importancia debido a su transitoriedad. Denominado “depresión del tercer día” es de carácter habitualmente leve y no reúne criterios de depresión mayor. Sólo un 10% evolucionara a una auténtica depresión posparto. Algunos autores relacionan la predominancia de síntomas eufóricos (hipomanía) en el posparto con la aparición posterior de una depresión posparto. ¹⁰

El embarazo precoz y la depresión son dos problemas a que se dirige la estrategia puesta en marcha por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes en las Américas. El embarazo en adolescentes es visto no sólo como un factor de riesgo para la salud de la madre y el niño, sino también como un factor que tiene un impacto negativo en las perspectivas de vida de los adolescentes, el aumento de la probabilidad de que abandonen la escuela y el trabajo en empleos informales. En las madres, la depresión perinatal afecta el desarrollo de sus bebés, su propia salud y la calidad de la relación madre-hijo. ⁷

Catorce millones de adolescentes de 15-19 años dan a luz cada año, lo que representa más del 10% de todos los nacimientos. Una madre joven significa que las mujeres deben lidiar simultáneamente con el proceso de desarrollo del adolescente y maternidad, una tarea para la que a menudo están mal preparadas. Estas demandas pueden aumentar el riesgo de depresión o exacerbarla. La evidencia de los países desarrollados muestra que los síntomas depresivos ocurren en el 25% 47% de las adolescentes embarazadas, y el menor número de estudios realizados en América Latina, incluyendo México, muestran cifras similares: 21%-39%

presentan síntomas y el 12,9% tienen depresión clínica según se define en el Manual de Criterios Diagnósticos y Estadístico para Trastornos Mentales. 7

En los Estados Unidos, alrededor de 400.000 nacimientos por año son de madres menores de 20 años. Aproximadamente 25 - 36% de estas madres adolescentes presentan cuadros de depresión posparto. Estas cifras son mayores que las tasas de depresión en mujeres mayores y en adolescentes no embarazadas. 11

Los síntomas depresivos postnatales son también frecuentes entre los adolescentes en las sociedades occidentales, donde las tasas de prevalencia oscilan entre el 25% y el 49%. Las cifras de los países en desarrollo incluyen la depresión postnatal moderada en el 13,6% y la depresión postparto severa en el 5,2% de las madres adolescentes de República Dominicana y casi el 3% de las colombianas. 7

La relación entre las variables sociodemográficas y la depresión en las madres adolescentes no es clara. La edad inferior a 18 años y las dificultades económicas a menudo predicen los síntomas depresivos en el embarazo. Reid y Meadows, en una revisión de 12 estudios sobre la depresión posparto en adolescentes, encontró resultados concluyentes con respecto a la asociación entre la depresión y la edad, el nivel socioeconómico y la escolaridad. Ramos-Marcuse et al. encontraron una relación inversa entre la edad materna y los síntomas depresivos en madres de 24 meses después del nacimiento. La pobreza y la soltería no se asociaron con los síntomas depresivos en madres adolescentes con un niño de más de 17 meses de edad. La asociación de las variables demográficas con depresión perinatal en América Latina está menos estudiada. Entre los estudios sobre el período post-parto, Latorre-Latorre et al. encontraron que una relación de pareja difícil se asocia con la depresión posparto. 7

En el estudio realizado acerca de factores de riesgo y síntomas depresivos en madres adolescentes mexicanas por Lara et al. Se encontró que los síntomas depresivos postnatales de los adolescentes mexicanos fueron menos frecuentes (2,3%) en comparación con otros estudios (20% -37%). Las preguntas siguen en cuanto a cómo los factores culturales, tales como las redes familiares pueden hacer que sea más fácil para las adolescentes hacer frente a sus sentimientos acerca de ser madres o si una poderosa experiencia de la maternidad que hace que la madre se sienta más fuerte podría dar lugar a una depresión postparto con menos síntomas. ⁷

La prevalencia de síntomas depresivos elevados (3,0% -4,4%) también tiende a ser más bajos en comparación con estudios similares que midieron la depresión post-parto. A pesar de su prevalencia relativamente baja, la depresión posparto deben ser reconocidos por sus consecuencias perjudiciales para la madre y el niño. ⁷

En el estudio realizado en la Universidad Católica de Pelotas en Brazil acerca de factores de riesgo sociodemográficos se encontró que la prevalencia de Depresión postparto fue de 16,5%, que es similar a la encontrada en un estudio chino que utiliza el mismo instrumento y punto de corte con una prevalencia de 15,5%. ⁸

Entre las características sociodemográficas que estuvieron relacionadas con la incidencia de depresión posparto, estuvo el menor nivel socioeconómico. En estudios anteriores de la Universidad de Pelotas, se ha sugerido que la situación socioeconómica de la madre y síntomas previos de depresión son factores que tienen mayor riesgo de depresión posparto.⁸

La convivencia con la pareja se ha analizado como factor de riesgo en estudios anteriores. Sin embargo, el presente estudio confirmó la probabilidad de que sólo el apoyo emocional y social de la presencia de la pareja estaba relacionado con la prevalencia de la depresión posparto.⁸

Los trastornos psicológicos y / o psiquiátricos y la historia familiar de trastornos psiquiátricos se asociaron con un mayor riesgo de depresión postparto. Los estudios han hecho hincapié en la importancia de ofrecer instrumentos adecuados a los equipos de salud para evaluar la eficacia de la historia trastorno mental de la mujer embarazada para luego ofrecerles un cuidado especial. ⁸

Este estudio mostró una asociación entre el consumo de tabaco durante el embarazo y la incidencia y prevalencia de la depresión. Estudios anteriores han presentado las consecuencias negativas del consumo de tabaco para el feto y para niños en desarrollo. Muchas mujeres no dejan de fumar durante el embarazo, por lo tanto, los profesionales no sólo deben ofrecer instrucción sobre los riesgos de la nicotina, sino también ofrecer información sobre el tratamiento para las mujeres embarazadas que no son capaces de dejar de fumar por sí mismas. ⁸

En un estudio longitudinal de la Universidad Estatal Paulista acerca de la depresión posparto y su relación con estrés durante el embarazo y el puerperio se aplica la ISSL (Lipp Stress Depression Inventory) en una primera etapa y la ISSL y la Escala de Edimburgo en una segunda etapa. Setenta y ocho por ciento de los participantes mostró importantes signos de estrés en el tercer trimestre y el 63% de ellos durante el período post-parto, con una diferencia significativa en la tensión que ocurre en el tercer trimestre y después del parto ($t = 2,20$, $p = 0,03$). ⁹

Más de la mitad de las mujeres experimentan síntomas significativos de estrés durante el embarazo y el puerperio. Sin embargo, la frecuencia de aparición de los síntomas significativos de estrés fue mayor durante el embarazo que durante el puerperio. Estos resultados parecen estar estrechamente relacionado con la manifestación de la depresión posparto, que indica la relación entre el estrés y la depresión postparto. ⁹

A pesar de esto, son pocas las investigaciones que se han orientado a la búsqueda de factores de riesgo psicosocial, sintomatología depresiva y prevalencia de depresión posparto exclusivamente en madres adolescentes. En Ecuador no se conocen cifras en madres de esta edad.

El objetivo de este estudio es revisar los principales hallazgos en relación a la depresión posparto en el contexto del embarazo adolescente.

JUSTIFICACION

A lo largo de nuestro aprendizaje médico, hemos estado en constante relación con mujeres en edad reproductiva. Dentro de la sociedad ecuatoriana, el número de madres primigestas antes de los 19 años de edad se ve con mucha frecuencia. Es evidente que entre las mujeres con mayor educación hay más retraso en la experimentación de todos estos eventos relacionados con la fecundidad. La edad mediana de la primera relación sexual entre las que tienen educación superior es 5.7 años mayor que entre quienes no tienen educación formal, 6.2 años para la primera unión y 6.6 años para el primer nacimiento. (Endemain 2004).

Se estima que anualmente 5 de cada 100 adolescentes se convierten en madres, lo cual equivale aproximadamente a 22,5 millones de niños nacidos en estas circunstancias por año.

La gran mayoría de estos nacimientos ocurren en países no desarrollados, por ej., en América Latina, la cifra está en el orden de los 3 millones aproximadamente de nacimientos en madres adolescentes (Fernandez Puig, Ferrera, Perez Piñero, 2004). En Argentina, el porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años es de 15,6%. ¹

Pese a toda esta realidad, el Ecuador no cuenta con estudios ni cifras fidedignas de prevalencia de depresión posparto en adolescentes, por lo que consideramos adecuado evaluar estas variables para un manejo adecuado desde los primeros niveles de salud ya que el reconocimiento de la depresión posparto es pobre en todos los niveles de atención médica.

Estas situaciones y el hecho de la omisión de la asistencia sanitaria puede originar trastornos en la interacción entre las madres y sus recién nacidos, tales como alteraciones psicológicas a corto y largo plazo en los hijos y un mayor riesgo de separaciones y divorcios de la pareja. ¹

Por todo lo descrito anteriormente, resulta fundamental y conveniente aplicar o crear herramientas que sean capaces de detectar a tiempo cualquier tipo de patología psiquiátrica en púerperas adolescentes, para mejorar el estilo de vida y hacer más llevadera su nueva situación como madres.

Dada la relativamente alta prevalencia y duración de este trastorno grave y el hecho de que la depresión postparto afecta no solo a la madre sino también al recién nacido y otros miembros de la familia, la investigación en curso será de mucha ayuda para estudios futuros. ¹²

Dentro de los instrumentos utilizados para evaluar a las pacientes con trastornos depresivos, la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo ha sido validada en Chile como instrumento de tamizaje que mejora sustancialmente la tasa de detección. ¹⁵

Respecto a la interpretación de la escala, una puntuación de 11 ó más puntos indica sospecha de depresión post parto. Cualquier puntaje distinto de "0" en la pregunta 10, requiere de evaluación adicional dentro de 24 horas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

DEPRESIÓN POSTPARTO. FISIOLÓGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

El embarazo es un periodo de cambios biológicos y psicológicos radicales de adaptación para una mujer. Aunque son muchas las características comunes a los embarazos, existen igualmente muchas experiencias únicas e irrepetibles para cada mujer. El embarazo propiamente dicho, con todos los riesgos y tratamientos relacionados, puede ser el desencadenante de reacciones psicológicas que varían desde el estrés emocional leve hasta trastornos psiquiátricos más graves. En otras mujeres, un trastorno psiquiátrico preexistente complica su experiencia del embarazo y el manejo de éste. ²⁰

El embarazo es una experiencia física y emocional compleja. Se asocia con cambios en la conducta alimentaria, el sueño y la actividad sexual, cambios que fuera del embarazo pueden señalar una perturbación psicológica como la depresión. Sin embargo, dentro del contexto del embarazo estos cambios son normales. La adaptación emocional de una mujer al embarazo se verá afectada por su capacidad previa para dominar problemas y resolver conflictos. Los aspectos emocionales del embarazo también son afectados por el contexto en el cual se desarrolla el embarazo.

Durante todo el embarazo se describen a menudo sentimientos de ansiedad, ambivalencia y labilidad del humor. Inicialmente, tan pronto como una mujer sabe que está embarazada, existen algunas elecciones por hacer en el estilo de vida. Estas elecciones incluyen cuestiones

relacionadas con hábitos alimentarios, tabaquismo, consumo de alcohol y cafeína, uso de drogas, asistencia prenatal, situación laboral, relaciones y si debe continuar el embarazo.

Durante el primer trimestre pueden existir más períodos de emociones fluctuantes. La aceptación del embarazo, las modificaciones en el estilo de vida y la incorporación de la presencia del feto son las principales tareas psicológicas. Los factores de riesgo para un aumento de la incidencia de trastornos psicológicos durante este periodo, y posiblemente mayor malestar fisiológico, incluyen las siguientes: reacción negativa al embarazo del esposo o del novio, experiencias desagradables previas con embarazos, motivación poco clara para el embarazo, pocas personas en quienes buscar apoyo y un gran cambio en el estilo de vida debido al embarazo.

Por lo general el segundo trimestre es una época de menos cambios emocionales. Las reacciones emocionales pueden centrarse en los cambios de la imagen corporal y la sexualidad. La principal tarea psicológica de la mujer embarazada es comenzar a considerar a su hijo como alguien separado de ella misma. La percepción del movimiento fetal ayuda en este proceso.

En el tercer trimestre, las reacciones emocionales pueden intensificarse al mismo tiempo que el malestar físico se torna más agudo. Las dificultades con el sueño y los síntomas somáticos asociados con el aumento del tamaño uterino son frecuentes. A menudo aumenta la ansiedad acerca de la salud del niño, la experiencia del parto, los cambios en los papeles y relaciones de la futura madre. La principal tarea psicológica de la mujer en el tercer trimestre es comenzar a considerarse madre.

La realidad de esta maternidad inminente implica cierta pérdida de autonomía y control. En algunas mujeres esto puede provocar sentimientos conflictivos acerca de la libertad personal, la independencia y la dependencia de otros. Los cambios en la relación de la mujer con su

pareja al paso que el niño se convierte en una realidad también pueden ser causa de estrés, o alteraciones emocionales a medida que el embarazo llega a su fin. ²⁰

En este punto nos vamos a centrar en los cambios fisiológicos en el embarazo y postparto que repercuten en el comportamiento de la madre.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Las mujeres a menudo comunican problemas con la atención, concentración y memoria durante el embarazo y periodo postparto temprano. No obstante los estudios sistemáticos de la memoria durante el embarazo son limitados y a menudo anecdóticos. Keenan et al. estudiaron de manera longitudinal la memoria en embarazadas así como en un grupo testigo pareado, y hallaron declinación de la memoria relacionada con la gestación que se limitaba al tercer trimestre. ¹⁰

Esa declinación no fue atribuible a depresión, ansiedad, privación del sueño y otros cambios físicos vinculados con la gestación. Fue transitoria y se resolvió poco después del parto.

Zeeman et al. utilizaron resonancia magnética para medir el riesgo sanguíneo cerebral durante el embarazo en 10 mujeres sanas y encontraron que el riego sanguíneo promedio bilateral en las arterias cerebrales media y posterior disminuyó de modo progresivo de 147 y 56 ml/min fuera del embarazo a 118 y 44 ml/min en etapas avanzadas del tercer trimestre, respectivamente. Se desconoce el mecanismo y la importancia clínica de ese decremento y si se relaciona con la disminución de la memoria observada durante el embarazo. ²⁸

A partir de etapas tan tempranas como las 12 semanas y con extensión a los primeros dos meses postparto, las mujeres tienen dificultades para dormir, despertares frecuentes, menos

horas de sueño y menor eficacia del sueño. La máxima alteración del sueño se halla en el puerperio y puede contribuir a la tristeza postparto o incluso a la depresión franca. ²⁸

HORMONAS

Entre los aspectos hormonales, se debe resaltar que el período posparto se caracteriza por un rápido cambio en los niveles circulantes de diferentes hormonas. Durante el embarazo, los niveles de estrógenos (estradiol, estriol, y estrona) y de progesterona presentan un aumento constante que, en parte, es el resultado de la producción placentaria de estas hormonas. Con la pérdida de la placenta durante el parto, los niveles de progesterona y estrógenos caen de manera abrupta y alcanzan los niveles previos al embarazo hasta el quinto día del posparto.

ESTEROIDES GONADALES

El estradiol y el estriol son las formas biológicamente activas de los estrógenos que son producidos en la placenta y aumentan durante el embarazo entre 100 y 1.000 veces, respectivamente.

La síntesis del estriol resulta de la actividad metabólica del hígado fetal; éste se produce en altas concentraciones durante el embarazo. Los estudios en animales han demostrado que el estradiol incrementa la acción neurotransmisora de la serotonina, al aumentar su síntesis y disminuir su recaptación. La brusca disminución en los niveles de estradiol posterior al posparto, podría explicar teóricamente la depresión posparto. Sin embargo, si se comparan las mujeres con depresión con aquellas sin depresión, algunos estudios no han mostrado una asociación significativa entre los niveles de estradiol total y estriol libre entre el final del embarazo y el puerperio.

ESTRÓGENOS

Las mujeres sufren dos veces más que los hombres de cualquier trastorno depresivo. Presentan un amplio espectro de trastornos depresivos, entre los cuales se encuentran el síndrome premenstrual, el síndrome disfórico premenstrual, la depresión posparto y la depresión perimenopáusicas.

Desde hace ya algún tiempo está demostrado que el estrógeno no sólo cumple funciones endocrinas en hueso, glándula mamaria, útero, ovarios y el sistema cardiovascular, sino que también afecta directamente la expresión de genes en neuronas del sistema nervioso central.

Como todas las hormonas esteroideas, el estradiol es transportado en la sangre por diferentes tipos de proteínas, y en el SNC se han identificado dos receptores específicos (receptores estrogénicos, ER, tipo α y β) ubicados en diversos lugares (amígdala medial, hipocampo y sistema límbico) de manera que, al encontrar la célula, el estradiol penetra por difusión simple y puede interactuar con los receptores.

Los efectos del estradiol son inmediatos y de corta duración. Se han descrito como aumento de la excitabilidad neuronal y una disminución del umbral convulsivo.

La excitación ocurre por dos mecanismos:

1. Disminución de la inhibición neuronal mediada por el GABA al reducir la glutámico descarboxilasa del ARNm.
2. Los estrógenos actúan como agonistas del receptor NMDA (N-metil D-aspartato).

Una vez en el citoplasma, el estradiol se une a los receptores nucleares ER α o ER β (se necesitan dos) que, posteriormente, se unen a elementos de respuesta a estrógenos para, finalmente, modificar la expresión génica.

Asimismo, uno de los efectos últimos de esta regulación génica por parte del estrógeno es el aumento en la síntesis de la enzima triptófano-hidroxilasa, paso limitante en la síntesis de serotonina, y la disminución de la síntesis del transportador para la recaptación de serotonina. El efecto último de los estrógenos es agonista sobre la actividad serotoninérgica; aumentan el número de receptores y transportadores e inhiben la recaptación de serotonina.

También, realizan inducción de receptores (*up regulation*) 5-HT₁ y, en oposición, *down regulation* de receptores 5-HT₂, así como disminuyen la actividad de la monoaminoxidasa (MAO).

Por otro lado, se han identificado receptores estrogénicos tipo β (ER β) en los núcleos del rafe, lo cual puede sugerir que es aquí donde los estrógenos ejercen su acción reguladora directa sobre la serotonina.

También, se ha encontrado de manera independiente que los estrógenos y los progestágenos disminuyen la expresión del autorreceptor 5-HT_{1A} en el rafe dorsal, y que los estrógenos aumentan la densidad de receptores 5-HT_{2A} en las áreas cerebrales relacionadas con el afecto.

Los estrógenos tienen la capacidad de inducir cierta plasticidad sináptica al regular los factores neurotróficos y neuropéptidos (neuropéptido Y, hormona liberadora de corticotropina o CRH) y estimular la sinaptogénesis en áreas específicas del cerebro, todo esto en tan sólo unas semanas, el tiempo que dura un ciclo menstrual. Inversamente, la ausencia de estrógenos, e incluso la presencia de progesterona (una hormona con efectos casi opuestos) disminuye la

posterior formación de nuevas sinapsis y, por medio de un mecanismo excitotóxico con glutamato, destruye las nuevas uniones previamente formadas.

Todo esto nos permite pensar que los efectos directos del estrógeno sobre la plasticidad neuronal y los diferentes sistemas de neurotransmisión podrían alterar la transmisión en estas vías durante los cambios del ciclo hormonal y así afectar el comportamiento, el afecto o las funciones cognitivas; o eventualmente, alterar (favorablemente o no) la acción de los psicofármacos que intervienen en estas vías.

Desde hace mucho tiempo se ha visto que la depresión y los cambios hormonales se comportan de manera similar. Se vio que, en general durante la vida de una mujer, los cambios del ciclo hormonal se asemejan bastante a los de las tasas de depresión. (Figura 1)

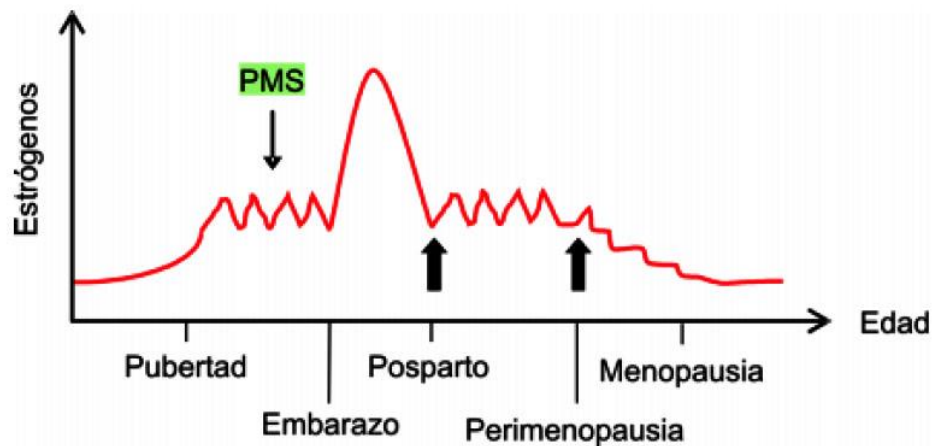


Figura 1. Riesgo de depresión durante el ciclo hormonal femenino. Las flechas negras indican el momento de mayor riesgo de depresión. PMS: síndrome premenstrual. Modificado de: Stahl SM. Natural estrogen as an antidepressant for women. J Clin Psychiatry 2001; 62: 404-5.

En un estudio de la *Women's Health Initiative* en junio de 2002, se mostró un aumento del riesgo de cáncer de mama y enfermedad cardiovascular en mujeres que participaban en el estudio y recibían estrógeno/progesterona. Al cabo de dos meses de la publicación del estudio, en aquellas pacientes con una antigua historia de depresión que estaban en remisión de sus síntomas, fue evidente la reactivación de sus síntomas al poco tiempo de haber suspendido la terapia.

Una revisión sistemática de la literatura publicada en la Biblioteca Cochrane (Oestrogens and progestins for preventing and treating postpartum depression), evaluó sólo 2 ensayos clínicos aleatorios (en Sudáfrica y en el Reino Unido) que tenían resultados clínicamente significativos. Uno demostró que los progestágenos aumentaban el riesgo de depresión posparto y el otro demostró que los estrógenos disminuían la incidencia de depresión posparto, comparados con placebo. Así, es posible que la administración concomitante de estrógenos exógenos con antidepresivos sea beneficiosa en algunas mujeres con depresión posterior al parto. ²¹

PROGESTERONA

La progesterona es un esteroide caracterizado como una típica hormona sexual femenina por producirse en el cuerpo lúteo ovárico, durante la segunda parte del ciclo menstrual. Esta hormona proviene del colesterol y su función más conocida es la reproductiva. Sin embargo, la progesterona y sus metabolitos también son biosintetizados por las células gliales en el sistema nervioso central y por las células de Schwann en el sistema periférico. Además, en repetidas ocasiones se ha demostrado que las neuronas del hipotálamo, las del cuerpo estriado, las de la amígdala, las del septum, las del cerebelo y las de la corteza cerebral también sintetizan progesterona, lo que sugiere que el espectro de la actividad biológica de esta hormona es más

amplio de lo que se había supuesto; efectivamente, en la actualidad, la progesterona se considera como un neuroesteroide activo que influye de diversas maneras en diferentes patrones del comportamiento, y no sólo en el reproductivo.

Biosíntesis neural de la progesterona

Los esteroides son biomoléculas cuya estructura química consiste básicamente en el ciclo pentanoperhidrofenantreno. La progesterona es un esteroide de 21 átomos de carbono que procede de la pregnenolona, la cual, a su vez, proviene del colesterol. En la biosíntesis esteroidea intervienen, fundamentalmente, la citocromo P450 scc, que es la enzima desramificante del colesterol, la citocromo P450 17- α -hidroxilasa, la P450 aromatasa y la 3 β -hidroxiesteroide deshidrogenasa (3 β HSD). Estas enzimas reguladoras participan en la conversión del colesterol en pregnenolona, de la pregnenolona en progesterona y, finalmente, de los andrógenos en estrógenos. A nivel neural estas enzimas también se relacionan con la biosíntesis esteroidea. Es por ello que en el término neuroesteroide intervienen todos aquellos esteroides que son biosintetizados y almacenados en el cerebro a partir del colesterol.

Los neuroesteroides se clasifican como activos e inactivos. Los primeros son aquellos que provienen de tejido endócrino periférico, o bien, que son sintetizados de novo por el cerebro a partir del colesterol y que tienen actividad biológica comprobada sobre el tejido neuronal. El término neuroesteroide inactivo se refiere a aquellos esteroides que son sintetizados en el cerebro pero que carecen de actividad en el tejido neuronal.

Las enzimas que participan en la biosíntesis esteroideogénica se han localizado en el hipotálamo, el bulbo olfatorio, el cuerpo estriado, el septum, el hipocampo, la amígdala, el cerebelo y la corteza cerebral. A su vez, varios metabolitos de la progesterona se localizan en la hipófisis

anterior, el núcleo arcuato, el área preentricular y los núcleos supraquiasmáticos, así como en el mesencéfalo, la corteza cerebral, el tálamo, el cuerpo estriado, el septum, la médula espinal, el cerebelo y la glándula pineal.

Dadas las funciones ya establecidas, llama la atención la presencia de receptores de esteroides en el núcleo septal lateral, ya que se ha implicado que esta estructura interviene en el control de diversos estados emocionales caracterizados por ansiedad y miedo.

En efecto, la estimulación eléctrica continua del núcleo septal lateral produce efectos similares a las benzodiazepinas en los modelos conductuales de ansiedad, con la participación de los receptores GABAérgicos que también están presentes en el núcleo septal lateral, en donde coexisten con los receptores de benzodiazepinas. Este hallazgo resulta interesante porque el núcleo septal ha sido propuesto como uno de los “sitios blanco” de la acción de los fármacos con potencia antidepressiva, por lo que la acción de los esteroides sobre esta estructura podría contribuir a la regulación del comportamiento emocional.

Los efectos de la progesterona sobre el sistema nervioso central se han atribuido a su acción sobre ciertos receptores específicos intracelulares. La naturaleza lipofílica del esteroide le permite penetrar libremente en la célula a través de la membrana plasmática, y difundirse con facilidad en el citoplasma, por lo que su efecto biológico ocurre en periodos relativamente largos, debido a que los procesos de transcripción (síntesis de ARN mensajero) y traducción (síntesis de proteínas) tardan varios minutos, e incluso horas, en llevarse a cabo. Por el contrario, las acciones que se ejecutan cuando los neurotransmisores se enlazan con los receptores de membrana, tardan milisegundos.

La rapidez con la que se llevan a cabo ciertas acciones de la progesterona sobre el sistema nervioso central sugiere que ocurren sobre los receptores de membrana mediante enlaces de

alta afinidad con receptores GABA_A, membranales, ubicados en diversas regiones cerebrales, lo que señala que la progesterona participa en las funciones relacionadas con el GABA.

Acciones de la progesterona sobre el sistema nervioso

La progesterona ejerce diversos efectos plásticos sobre el sistema nervioso central, al influir en el crecimiento, la maduración, la diferenciación, y el funcionamiento de las células nerviosas; en la regeneración axonal; en la reducción del edema cerebral después de un traumatismo, en la actividad cognoscitiva, en el estrés y en otros procesos.

Desde hace tiempo, se cree que la progesterona interviene en la diferenciación sexual del sistema nervioso central, en el comportamiento reproductivo, y en la conducta maternal.

La progesterona y sus metabolitos pueden modular el complejo receptor GABA_A/benzodiazepinas influyendo así en las concentraciones intracelulares a nivel nanomolar del ion cloro. El receptor GABA_A que se encuentra en la membrana postsináptica, es de tipo ionotrópico por pertenecer a la familia de los canales unidos a iones específicos, y está conformado por diferentes subunidades ($\alpha 1 - \alpha 6$, $\beta 1 - \beta 3$, $\gamma 1 - \gamma 3$ y δ), por lo que constituyen canales selectivos al ion cloro.

Tiene por lo menos, tres sitios de reconocimiento: uno para el ácido γ -aminobutírico (GABA), otro para las benzodiazepinas y el tercero para los barbitúricos. La progesterona y algunos de sus metabolitos funcionan como moduladores positivos, al aumentar la afinidad del receptor por el GABA, con lo que se incrementa la frecuencia y la duración de la apertura del canal de cloro acoplado al receptor GABAérgico.

La progesterona y sus metabolitos reducidos se comportan como agonistas alostéricos del complejo receptor GABA_A/benzodiazepina, en el que aumentan la frecuencia de apertura del

canal de flujo iónico. Como contraparte, los receptores GABA_A constituyen un sitio de reconocimiento de diversos compuestos ansiolíticos, sedantes y anticonvulsivantes. En efecto, la progesterona y sus metabolitos pueden inducir acciones ansiolíticas y antidepresivas mediadas por la activación del complejo receptor GABA_A, un efecto similar al producido por la mayoría de los fármacos ansiolíticos conocidos.

La progesterona y otras progestinas inducen la anestesia, la analgesia y la hipnosis por su alta afinidad con el complejo receptor GABA_A, y por potenciar la conductancia iónica de cloro de manera similar a la de los barbitúricos y las benzodiazepinas.

Estas hormonas modifican la excitabilidad de grandes poblaciones neuronales que desempeñan un papel importante en la epilepsia. Algunos trastornos conductuales parecen estar relacionados con los cambios en los niveles hormonales, como la depresión postparto y la tensión premenstrual. Una de las características comunes de estos síndromes, radica en que los niveles plasmáticos mínimos de estradiol y de progesterona se correlacionan conductualmente con estados transitorios de ansiedad y depresión.

En efecto, algunos de los episodios caracterizados por distrés físico, irritabilidad y cambios psicológicos o de conducta, que ocasionan problemas en las relaciones interpersonales o interferencia con las actividades normales, han sido observados al final de la fase lútea del ciclo menstrual. Estos estados pueden estar exacerbados por otros síntomas clínicos, como las cefaleas, la fatiga, el edema, incluyendo las alteraciones del estado de ánimo, la ansiedad, la bulimia, el abuso de sustancias tóxicas, e incluso los estados psicóticos. Por ello se supone que las hormonas gonadales esteroidales intervienen en la etiología de diversos trastornos afectivos, debido a que las mujeres de cualquier edad corren más riesgo de padecerlos que los hombres.

Se ha observado que la placidez y la mejoría del estado de ánimo de las mujeres embarazadas, coincide con niveles elevados de progesterona y de otras hormonas. Por el contrario, en el puerperio, cuando las hormonas disminuyen drásticamente, es común que se presente la depresión postparto. La depresión mayor postparto es relativamente común, con una prevalencia de 10 a 15%, y sus signos y síntomas son iguales a los de la depresión mayor no asociada con la gestación. Por lo anterior se cree que las hormonas gonadales pueden contribuir a la intensidad y a la aparición de alteraciones afectivas.

Los niveles de B endorfina, hormona gonadotropina coriónica humana y cortisol también aumentan durante el embarazo y alcanzan su pico máximo cerca al término del embarazo y declinan en el posparto. Los niveles elevados de estrógenos durante el embarazo estimulan la producción de la globulina fijadora de hormona tiroidea, lo que conduce a un aumento en la fijación de T3 (triyodotironina) y T4 (tiroxina), así como a una caída simultánea de T3 y T4 libre. En consecuencia, la hormona estimulante de la tiroides (TSH) aumenta para compensar la baja cantidad de hormonas tiroideas libres.

HORMONAS TIROIDEAS

La incidencia de la función tiroidea anormal aumenta levemente después del parto. En los seis meses posteriores al parto, las mujeres experimentan algún tipo de disfunción tiroidea, entre un 7 y 23% comparado con un 3 a 4% en la población general. Aunque la disfunción tiroidea no ha sido identificada como un factor determinante en la mayoría de mujeres que desarrollan depresión posparto sin psicosis, puede jugar un papel importante en un subgrupo de mujeres. Un estudio prospectivo de 303 mujeres embarazadas, eutiroideas, muestra que 21 mujeres (7%) desarrollaron trastornos tiroideos posparto. La depresión posparto sin psicosis se

identificó en 38% de esas mujeres y se resolvió con posterioridad al tratamiento. Durante el puerperio, algunas mujeres sin una clara disfunción tiroidea pueden tener algún grado de patología tiroidea. Se han encontrado anticuerpos tiroideos en 11,6% de las mujeres en el posparto. El efecto inmunosupresor de los niveles altos de cortisol durante el embarazo puede ser seguido de un fenómeno inmune de rebote después del parto, lo cual produce una alta incidencia de anticuerpos antitiroideos. ²⁴

En un estudio doble ciego, de 145 mujeres positivas y 229 mujeres negativas para anticuerpos, se encontró una relación entre la depresión y el estado de anticuerpos posparto. La disminución de la función tiroidea puede afectar el estado de ánimo en el posparto debido a su asociación con la disminución de los niveles de la actividad de la serotonina central. Los niveles de serotonina se han correlacionado positivamente con los niveles de hormonas tiroideas. ²⁴

HORMONAS HIPOFISIARIAS.

Los niveles de prolactina aumentan durante el embarazo y alcanzan valores hasta de 140 ng/ml al final del embarazo. En las mujeres que no dan de lactar los niveles declinan a las tres semanas posteriores al parto a los niveles previos al embarazo. Se ha sugerido que la prolactina juega un papel en la depresión postparto, por cuanto, como resultado de observaciones a mujeres no embarazadas que presentan síntomas de ansiedad y depresión, se ha encontrado una relación con estados de hiperprolactinemia patológica. Sin embargo, diversos estudios muestran resultados contradictorios.²⁴

El inicio de la lactancia materna en el postparto inmediato permite la secreción de oxitocina a través de la succión del pezón por el recién nacido, la cual promueve las contracciones uterinas

y la expulsión rápida de la placenta, y evita la hemorragia postparto, acelerando la involución uterina.

Con la lactancia materna exclusiva se incrementa la secreción de prolactina, se impide la secreción de hormona liberadora de gonadotrofinas por el hipotálamo y a su vez de gonadotrofinas hipofisarias (hormona foliculoestimulante y luteinizante), se inhibe el desarrollo de los folículos ováricos, ovulación y menstruación, esta inhibición se prolongará mientras la lactancia sea frecuente, e incrementará e intervalo entre los embarazos y estimulará la producción suficiente de leche para el recién nacido.

Previene la depresión postparto, ya que la oxitocina liberada durante la succión del pezón desencadena en la madre un efecto tranquilizador y de bienestar. Al amamantar se secretan endorfinas que alcanzan un pico máximo a los 20 minutos de iniciada la lactancia, provocando en la madre sensaciones placenteras. El recién nacido también se ve recompensado, porque se las transfiere a través de la leche, creando un vínculo muy especial.

La lactancia materna exclusiva incrementa la producción de prolactina, que facilita la actividad de la lipoprotein lipasa en la glándula mamaria y la inhibe en el tejido celular subcutáneo, disminuyendo el depósito de tejido adiposo, condicionando en las mujeres una recuperación del peso previo al embarazo más rápidamente. Otra ventaja es la protección contra el cáncer de mama y ovario.

CORTISOL

Los niveles de cortisol registran su pico máximo al final del embarazo debido a la producción placentaria de corticoliberina (CRH), niveles que caen bruscamente en el momento del parto.

Diversos estudios no han podido demostrar la asociación entre el cortisol plasmático o urinario

y la depresión posparto, por cuanto estas mediciones carecen de valor diagnóstico dado que dichos niveles se encuentran fisiológicamente elevados en el embarazo y en el posparto. Algunos autores sugieren que los altos niveles de cortisol que se registran durante el embarazo, como resultado de la producción de CRH, después del parto producen supresión en la glándula suprarrenal y, si ésta es demasiado sostenida y grave, puede contribuir a los cambios en el estado de ánimo. Además, no hay una correlación en los resultados de la prueba de supresión de la dexametaxona en el posparto, ya que esta prueba está alterada hasta en 80% de estas mujeres, posiblemente por la hipercortisolemia ya mencionada. Finalmente, también se encuentran estudios que señalan que, durante el quinto y el sexto día posparto, se registra una reducción de los niveles plasmáticos de triptófano, principalmente en las madres con baby blues, y que dicha reducción persiste hasta por seis meses en las madres deprimidas. Sin embargo, el administrar triptófano en el embarazo no previene la aparición de baby blues ni de depresión posparto sin psicosis. ²⁴

GNRH.

Las relaciones entre la fisiología del ciclo reproductor femenino y la psicología y psicopatología femenina son complejas. El hipotálamo y la hipófisis intervienen en la regulación de la función reproductora a través del sistema circulatorio portal, por el que se vierten las neurohormonas hipotalámicas, denominadas hormonas liberadoras de gonadotropinas (GnRH), que actúan sobre la adenohipófisis, además de ejercer funciones autocrinas/paracrinas en todo el organismo, ya que hay receptores en tejidos extrahipofisarios, lo que explicaría su influencia sobre el comportamiento, incluida, obviamente, la actividad sexual.

Al no existir receptores para esteroides gonadales en neuronas liberadoras de GnRH, su secreción estará determinada por señales periféricas y de centros superiores del sistema nervioso central a través de neurotransmisores, como dopamina y noradrenalina, endorfina, serotonina y melatonina. La frecuencia de descarga de GnRH estará estimulada por la noradrenalina, mientras que la dopamina y la serotonina la inhiben, de ahí que los factores psicológicos que afecten a la función hipofisaria alteren la síntesis de catecolaminas y, en consecuencia, la liberación de GnRH.

Los períodos en los que la mujer se muestra más vulnerable psicológicamente son aquellos en los que se producen cambios en su estado reproductivo. Son etapas en las que se produce una elevación o una caída rápida de esteroides ováricos: última fase luteica, fases perimenstruales, primer trimestre del embarazo, posparto y menopausia. Estas fluctuaciones son fisiológicas y es muy probable que la susceptibilidad a éstas dependa de factores genéticos y ambientales. ²²

Los mecanismos fisiológicos por los cuales los síntomas de la depresión pueden afectar al feto aún no están muy claros, sin embargo un aumento en los niveles de cortisol y catecolaminas (que suele suceder en pacientes con depresión) puede afectar la función de la placenta y alterar el flujo sanguíneo e inducir irritabilidad uterina. ¹⁹

ENZIMAS

MAO-A

La monoamina oxidasa A (MAO-A) es una enzima que se localiza principalmente en las membranas mitocondriales externas y se ha detectado en la liberación de monoamina de las neuronas y la glía.

La MAO-A metaboliza neurotransmisores monoamínicos como la serotonina, norepinefrina y dopamina en el cerebro. La excesiva eliminación de estas monoaminas está asociado con un estado de ánimo bajo. Los niveles elevados de MAO-A en las regiones moduladoras del afecto, son considerados un importante proceso en la disminución de monoaminas durante los episodios de depresión mayor. El aumento de la disponibilidad de monoaminas, mediante el bloqueo de la MAO-A, es un tratamiento eficaz para la depresión.

Existe una relación inversa entre los niveles de estrógeno y MAO-A. En los ensayos realizados con líneas celulares, roedores y monos, la disminución en el nivel de estrógenos está asociado con mayores niveles de MAO-A.

En el periodo postparto temprano, los niveles de estrógeno descienden 100 (a 1000) veces durante los primeros 3 o 4 días postparto, lo que se relaciona con la elevación de la síntesis de MAO-A, y esta con un menor estado de ánimo.

La hipótesis está basada en un descenso brusco de los niveles de estrógeno en todo el cerebro, lo que permite la unión de la MAO-A. ²³

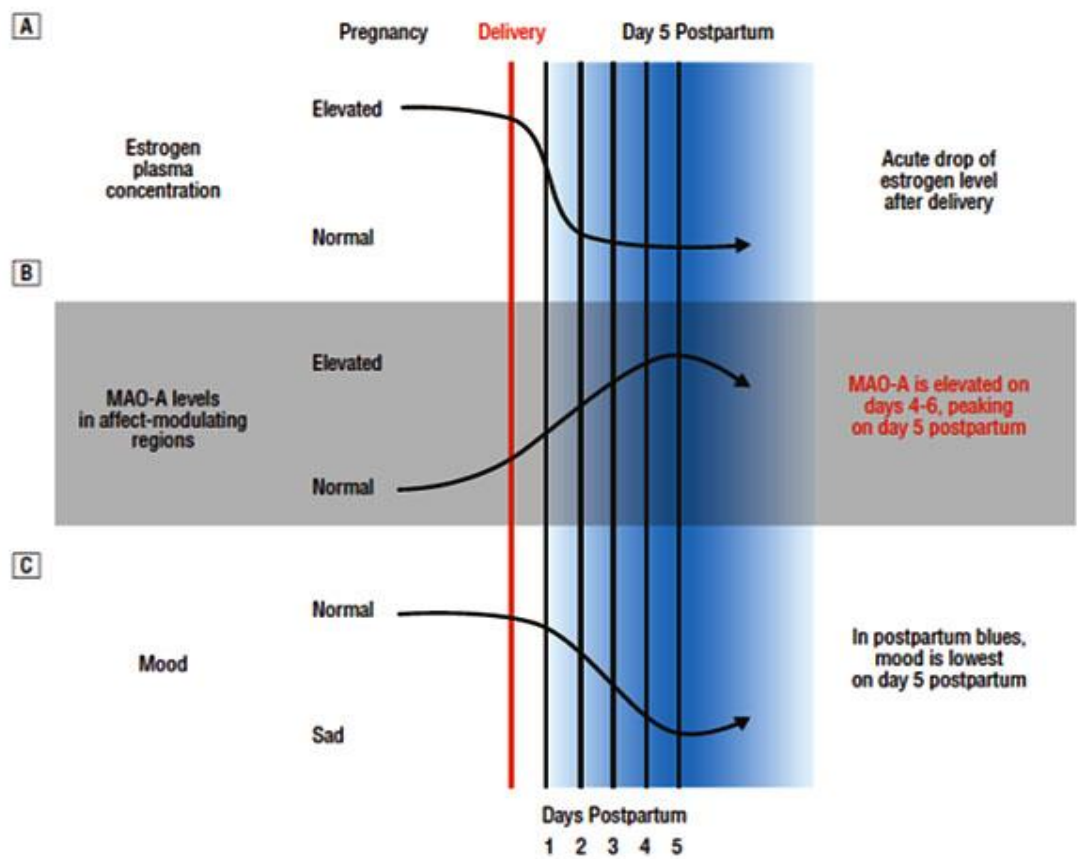


Figura 2: Monoaminoxidasa A (MAO-A) en la depresión postparto. A. Después del parto los niveles de estrógeno descienden 100 (a 1000) veces durante los 3 o 4 días postparto, con un modesto descenso después. B. Los niveles de Monoaminoxidasa A (MAO-A) son significativamente mayores en el postparto temprano, con un pico en el 6to día postparto. C. En el periodo de postparto temprano, hasta el 70% de las madres experimentan tristeza, mal humor, ansiedad, insomnio, falta de apetito e irritabilidad, con el estado de ánimo más bajo en el día 5 después del parto. Tomado de: Julia Sacher, MD, PhD; Alan A. Wilson, PhD; Sylvain Houle, MD, PhD; Pablo Rusjan, PhD; Sabrina Hassan, BSc; Peter M. Bloomfield, MSc; Donna E. Stewart, MD; Jeffrey H. Meyer, MD, PhD **Elevated Brain Monoamine Oxidase A Binding in the Early Postpartum Period.** ARCH GEN PSYCHIATRY/VOL 67 (NO. 5), MAY 2010.

NEUROTRANSMISORES

GABA

Se cree que la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo después del parto, está dada por la rápida disminución de los niveles de las hormonas de la reproducción después del

embarazo. Sin embargo, la administración y la retirada de hormonas esteroides exógenas, diseñadas para imitar los cambios hormonales durante el embarazo, dan lugar a los síntomas de la depresión sólo en las mujeres con antecedentes de depresión posparto.

La razón de esta predisposición es desconocida, pero es razonable suponer que una diana preferencial de los neuroesteroides, la subunidad δ de los receptores GABA, podría estar implicada en este trastorno.

Las alteraciones en la subunidad δ del receptor GABA ocurren como la fluctuación de los niveles hormonales durante el ciclo ovárico, así como pueden tener lugar durante el embarazo y el postparto. 27

Cambios en la expresión de receptores GABA_A durante el embarazo

Los posibles cambios en los receptores GABA_A durante el embarazo se identificaron por análisis con Western Blot de la proteína total de la membrana del hipocampo, ya que esta región ha identificado previamente neuroesteroide sensible a la plasticidad y se cree que participa en la presentación de los trastornos del estado de ánimo.

La expresión de la subunidad δ en la membrana del hipocampo estuvo significativamente disminuida en ratones al día 18 de la gestación (0.28 +/- 0.02 densidad óptica [OD]/100 Ug de proteína total) comparado con ratones vírgenes y en el postparto (0.42 +/- 0.05 OD/100 Ug de proteína total).

Estos hallazgos indican una considerable disminución en la expresión de receptores GABA_A durante el embarazo, con niveles normales después de este. 27

Cambios en la inhibición GABAérgica durante el embarazo

Los niveles fluctuantes de neuroesteroides a lo largo del ciclo ovárico modulan la excitabilidad neuronal a través de efectos sobre los receptores GABA. El gran aumento de la progesterona durante el embarazo y su estrepitosa caída en el parto puede tener efectos considerables sobre receptores GABA_A durante el embarazo y después del parto. Aquí nos muestran una disminución significativa de las inhibiciones tónicas y fásicas en ratones embarazadas, mediada por una regulación a la baja de las subunidades δ y $\gamma 2$ de los receptores GABA_A, lo que repercute inmediatamente después del parto. Los ratones que no presentan regulación de estas subunidades durante todo el embarazo presentan depresión y comportamientos maternos anormales, lo que resulta en menor supervivencia de las crías. Estos comportamientos anormales después del parto se mejoraron en ratones por un agonista del receptor GABA_A, subunidad δ selectiva. La inhibición de receptores GABA_A durante el embarazo fue significativamente mayor que en ratones vírgenes y en postparto.²⁷

El embarazo supone un proceso de adaptación que pone a prueba las capacidades de la mujer con implicación de factores biológicos, psicológicos, culturales y psicosociales.

Es una etapa en la que hay un conflicto de intereses entre las necesidades y aspiraciones individuales y la obligación de asumir una nueva responsabilidad. Igualmente, pueden surgir dudas sobre la capacidad personal para ejercer los cuidados que el recién nacido requiere, por lo que hay una mayor predisposición hacia el estrés psicológico, lo que a su vez determina que sea una etapa de mayor vulnerabilidad para la posible aparición de ansiedad y depresión.

Desde los tiempos de Hipócrates, los clínicos notaron una asociación entre los trastornos del humor y el período posterior al parto. Este vínculo entró oficialmente en la nomenclatura psiquiátrica cuando el DSM IV definió a la depresión mayor con comienzo en el postparto como episodios de depresión que comienzan hasta 4 semanas luego del mismo. Este período se corresponde con rápidos cambios hormonales, postulando la idea que estos contribuyen a la vulnerabilidad a la depresión. Sin embargo, debido a que los factores psicosociales tienen una relevancia mayor como desencadenantes de la depresión puerperal, muchos investigadores usan una definición operativa del período en cuestión de hasta 6 meses luego del parto.

TRASTORNOS DEPRESIVOS EN EL EMBARAZO

El embarazo y el ejercicio de la maternidad es un ciclo en la vida de la mujer, que implica cambios en su vida, en la de la pareja y en las personas que la rodean. Por consiguiente, algunos autores llegan a considerarla como una crisis maduracional, ya que pone en juego la estabilidad emocional de la mujer, su capacidad para adaptarse a tales demandas, además de que reviven conflictos de fases psicológicas previas al embarazo.

El periodo perinatal es en sí mismo un periodo de crisis en el desarrollo de la mujer, por las eventuales complicaciones que pueden ocurrir en el curso del embarazo y en los primeros años de vida que enfrentan a la mujer y el recién nacido con la posibilidad de enfermedad o muerte. Con frecuencia las pacientes que concluyen la gestación presentan estados de disforia o melancolía en las primeras semanas posteriores a la resolución del embarazo, este conjunto de manifestaciones han recibido tradicionalmente el nombre de “depresión posparto”.

El puerperio es una etapa de la maternidad intensa, donde se va a poner a prueba el equilibrio y la capacidad de reajuste de la mujer. Destaca que durante los primeros tres días, se suele dar

un periodo de adaptación donde las mujeres están preocupadas por sus propias necesidades, lo que permite proporcionar sugerencias y ayuda para el cuidado del bebé. Es una fase caracterizada por la pasividad y la dependencia.³⁴

FACTORES DE RIESGO

Si bien los trastornos depresivos han estado presentes en la vida de los seres humanos desde el inicio de la misma, en la actualidad representan un problema de salud pública por su alta frecuencia y por asociarse a altos índices de discapacidad.

Para empezar a definir esta patología, es adecuado conocer los factores que predisponen al desarrollo de la misma.

Uno de los principales y más importantes factores de riesgo para la Depresión posparto es el sexo femenino, es una enfermedad del ánimo que se presenta en un período específico de la vida de la mujer, el puerperio. Varios estudios dan un estimado de su prevalencia, se habla de entre 8% y 30%, siendo tres veces más alta en los países en vía de desarrollo.²⁹

Los desórdenes depresivos afectan al menos al 20% del sexo femenino y 12% de los hombres en algún momento durante su vida, y los síntomas generalmente se incrementan con la edad.³³

Otros de los factores de riesgo para padecer esta patología es el nivel socioeconómico bajo de las personas, independientemente del nivel de desarrollo del país, en Chile por ejemplo, se han informado cifras de incidencia de entre 8,8% a 9,2% y de prevalencia de entre 10,2% a 20,5%.

Una persona que haya presentado algún episodio de depresión en algún momento de su vida, tiene aproximadamente un 50% de probabilidad de presentar DPP. De igual manera, las mujeres que sufren este cuadro tienen un mayor riesgo de sufrir episodios futuros de depresión, con o sin relación a un parto.¹⁹

Respecto a nuestro tema de investigación, el embarazo adolescente puede considerarse un estresor múltiple, es decir, acontecimientos inherentes a la propia existencia pero que con frecuencia se hallan fuera del control del individuo. Las principales fuentes desencadenantes de estrés corresponden con cambios en la vida conyugal, la paternidad, las relaciones interpersonales, el ámbito laboral, situaciones ambientales, el ámbito económico, las cuestiones legales, el desarrollo, las lesiones o enfermedades somáticas y otros tipos de estrés psicosociales, sufrir una persecución o un embarazo no deseado.

Estos estresores son más bien propios de los adultos, no obstante los niños y adolescentes también pueden sufrir algún tipo de estrés debido a otros estresores relacionados con sus situaciones vitales. Las relaciones hostiles en el seno de la familia, la enfermedad física o mental de algún familiar, la falta de estimulación cognitiva y social, desmembramiento del núcleo familiar, son situaciones que pueden acarrear estrés entre los más jóvenes. Los estresores somáticos del embarazo podrían desencadenar síntomas depresivos que persisten luego del parto, particularmente en madres sin parejas.

Además de los ya mencionados, se han descritos otros factores de riesgo para la DPP como edades extremas de las puérperas, la mayor paridad, la patología gineco-obstétrica, el parto por cesárea, el uso de anestesia en el parto, la enfermedad del recién nacido y los problemas en la lactancia, falta de confianza y el apoyo de la pareja, el nulo o poco contacto con otras mujeres con bebés, antecedentes familiares de trastornos depresivos, entre otros.

En definitiva, el puerperio es de alto riesgo para el desarrollo de trastornos afectivos y psicóticos debido a los cambios fisiológicos que se producen durante la gestación, el parto, el nuevo rol de madre, y los sucesos derivados del cuidado del recién nacido, incluso en mujeres

que han alcanzado un nivel maduro de integración de la personalidad y disfrutan de un entorno sociofamiliar acomodado y satisfactorio supone un considerable estrés materno y por lo tanto un factor de riesgo para desarrollar un cuadro de Depresión posparto.³⁰

DEFINICIONES

Dentro de los cuadros psiquiátricos que se presentan en la etapa puerperal, los más importantes por su frecuencia y gravedad son la Tristeza de la maternidad, la depresión posparto y la psicosis puerperal, los cuales se definen a continuación.

TRISTEZA DE LA MATERNIDAD

Este trastorno afectivo posee una gama de términos que encierran un mismo concepto, se la conoce como *“baby blues”*, *“blues postpartum”*, *“blues maternity”*, *“depresión del tercer día”*, *“síndrome de tristeza posparto”*, *“post-partum blues”*, entre otros.

Es el trastorno más frecuente, hasta el 80% de las mujeres sufren algún tipo de síntomas depresivos después del parto, de menor importancia debido a su transitoriedad, de carácter habitualmente leve y no reúne criterios de depresión mayor. Sin embargo, un 7% a 26% evolucionará a una auténtica depresión posparto.³⁰

No existe un solo desencadenante para esta patología, puesto que son muchos los factores etiológicos asociados al blues postpartum entre los que destacan los factores psicológicos, sociales, los niveles hormonales de FSH, estrógenos, progesterona, cortisol, hormonas tiroideas, AMPc.

Se caracteriza por síntomas de irritabilidad, tristeza y una tendencia a llorar dentro de los primeros diez días después de dar a luz.³¹

Pese a que existen varios criterios de diagnóstico, la prevalencia de dicho trastorno estaría entre el 15% al 80% de las mujeres en periodo puerperal, lo que la hace la patología o fenómeno más frecuente en el ciclo de embarazo-puerperio.

Para algunos autores, el Maternity Blues es una secuela normal del proceso del parto, mientras que otros autores la asocian con un mayor riesgo de depresión a principios o finales del puerperio.

Probablemente esto se debe a la ausencia de instrumentos válidos para el diagnóstico del problema y a la escueta investigación sobre el estado emocional del posparto en las madres en los primeros días después de dar a luz. Todo esto a su vez conlleva a que el manejo de dichas pacientes por parte del personal médico se dificulte.

No suele requerir tratamiento farmacológico, respondiendo de manera adecuada a un abordaje de apoyo y comprensivo sobre la naturaleza breve y favorable del trastorno.

DEPRESION POSPARTO

La depresión durante el embarazo tiene consecuencias serias a diferentes niveles: lleva a conductas de riesgo, tales como no buscar atención prenatal temprana, conductas poco saludables, partos pretérmino, productos de bajo peso y una limitación significativa de las interacciones madre-hijo durante las primeras etapas del desarrollo neonatal. La depresión posparto no diagnosticada y no tratada puede orillar a una severa morbilidad en la mujer, en su familia y afecta directamente en el bebé, con retraso del lenguaje, en el desarrollo cognitivo, etc. Incluso, se ha demostrado que la depresión materna es uno de los factores de mayor riesgo para el desarrollo emocional de los hijos.³⁴

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al cerebro, el ánimo y la manera de pensar, el cual es considerado como un desorden del talante, el cual constituye la forma más común de sufrimiento mental, millones de personas, sin importar sus razas, nacionalidades o culturas sufren esta enfermedad.³³

Durante el embarazo y el puerperio se suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos en la esfera psíquica de la mujer. La depresión posparto es entendida como la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año posparto.

Puede aceptarse que la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las púerperas según algunos autores o de un 10 a 15% según otros; con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1000 nacimientos y con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35%.³³

El cuadro clínico de la depresión posparto es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, sin embargo, la depresión posparto posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica.³³

Todo esto incrementa en forma importante la morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el producto del embarazo; asociándose a conductas poco saludables como el omitir la atención prenatal o el uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, sustancias ilegales).

Los síntomas de la depresión posparto se diferencian poco de la depresión en general, pero a los efectos desastrosos en la madre hay que añadir los producidos por defectos en el cuidado del hijo.

Fue descrita por primera vez por Pitt en 1968, describiéndola como atípica por presentar otros síntomas que pueden predominar, como ansiedad, irritabilidad y fobias. Los síntomas

vegetativos también son atípicos (hipersomnia y aumento de apetito). Existe mayor sentimiento de culpa y pensamientos autodestructivos y/o rechazo al recién nacido.

Suele comenzar en las dos semanas siguientes al parto y no después de los seis primeros meses para incluirse dentro de la entidad nosológica así definida por el Diagnostic and Statistical manual of mental disorders de la American Psychiatric Association.

Su duración parece ser mayor que otro episodio depresivo en otro momento de la vida. Suele ser de gravedad moderada, no psicótica y en la mayoría de los casos no reciben tratamiento.

Presenta un riesgo de recurrencia mayor en mujeres con episodios de depresión mayor previos o en la gestación.

Su mecanismo fisiopatológico parece evocar dos mecanismos fundamentales de la personalidad de la gestante y puérpera para defenderse de la ansiedad que le produce la nueva situación de maternidad, los cuales son la regresión y la introversión. Aunque se conoce que durante el puerperio, tanto los cambios bioquímicos existentes así como el estrés, pueden desencadenar estos trastornos; no hay evidencia de que un desbalance hormonal o de neurotransmisores sea la causa de la depresión posparto, sin embargo, las teorías más acertadas hasta el momento son las que se relacionan con los cambios hormonales y las susceptibilidades específicas de estos pacientes durante este periodo.

DIAGNOSTICO

Al respecto, se han diseñado varias escalas para el tamizaje de esta patología, entre los cuales se encuentra la escala de depresión posparto de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS); es importante tener presente que la EPDS es un método de pesquisa para la

depresión posparto, siendo el DSM-IV el método más exacto para el diagnóstico de esta entidad clínica.

Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh

De Cox, Holden y Sagovsky, fue diseñada y validada por sus autores para evaluar específicamente la sintomatología depresiva durante el periodo postnatal. Posteriormente, Murray y Cox determinaron su validez en las semanas 28 a 34 de gestación, su uso se ha extendido hasta casi cuatro años posparto.

El instrumento consiste en diez preguntas que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo. Cada pregunta se califica en un rango de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad o duración de los síntomas. ANEXO 1

Un instrumento capaz de detectar depresión perinatal debe ser incorporado a los estudios iniciales de la paciente obstétrica para detectar este cuadro oportunamente y brindar el tratamiento indicado para las pacientes que lo requieren para minimizar los efectos sobre ella y el recién nacido. Varios estudios sobre la sensibilidad y especificidad de la escala, así como de su capacidad predictiva tanto positiva como negativa, demuestran que la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* es un instrumento *seguro y válido* para ser utilizado como tamiz en detección de trastornos depresivos en la población.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)

La cuarta edición del MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, de la American Psychiatric Association, es una guía útil para la práctica clínica. Mediante la brevedad y concisión en los criterios, la claridad de expresión y la manifestación explícita de las

hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos. Adicionalmente, facilita la investigación y mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores.

Trastornos del estado de ánimo (DSM IV)

La sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor.

La sección de los trastornos del estado de ánimo está organizada como sigue:

- **Episodios afectivos**

Episodio depresivo mayor

Episodio maníaco

Episodio mixto

Episodio hipomaníaco

- **Trastornos depresivos**

F3x.x Trastorno depresivo mayor

F34.1 Trastorno distímico

F32.9 Trastorno depresivo no especificado

- **Trastornos bipolares**

F3x.x Trastorno bipolar I

F31.8 Trastorno bipolar II

F34.0 Trastorno ciclotímico

F31.9 Trastorno bipolar no especificado

- **Otros trastornos del estado de ánimo**

F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a... (*indicar enfermedad médica*)

F1x.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado

Trastorno de adaptación con síntomas depresivos

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos («depresión unipolar»), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o

episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

El **trastorno depresivo mayor** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

El **trastorno distímico** se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El **trastorno depresivo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

El **trastorno bipolar I** se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

El **trastorno bipolar II** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.

El **trastorno ciclotímico** se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maniaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El **trastorno bipolar no especificado** se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

El **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

El **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

El **trastorno del estado de ánimo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., una agitación aguda).

Las especificaciones que se describen en la tercera parte de esta sección tienen la finalidad de mejorar la especificidad diagnóstica, crear subgrupos más homogéneos, servir para la elección

del tratamiento y mejorar la predicción pronóstica. Algunas de las especificaciones describen el episodio afectivo actual (o el más reciente) (p. ej., **grave/psicótico/en remisión, crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, de inicio en el posparto**).

- **Especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente**

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total (para un episodio depresivo mayor, para un episodio maníaco, para un episodio mixto)

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

- **Especificaciones que describen el curso de los episodios recidivantes**

Especificaciones de curso (con o sin recuperación interepisódica completa)

Con patrón estacional

Con ciclos rápidos

Con base en el DSM-IV, la depresión posparto cae bajo los criterios de diagnóstico para episodio depresivo mayor con inicio en el posparto.

Sinopsis de DSM-IV-TR para el episodio depresivo mayor, con inicio en el posparto

1. El paciente debe presentar *al menos una* de la siguiente por lo menos un período de tiempo de dos semanas:

- Estado de ánimo deprimido o
- Anhedonia

2. *Al menos cinco* de los siguientes síntomas deben estar presentes en el intervalo de dos semanas:

- Sentirse deprimido la mayor parte del tiempo, casi cada día
- Disminución de placer o interés en todas o casi todas, las actividades diarias
- Cambios en el apetito (aumento de peso notable o pérdida)
- Alteraciones del sueño (insomnio, hipersomnia)
- Retraso o agitación psicomotores casi cada día
- Falta de energía o fatiga casi todos los días
- Sentimientos intensos de culpa excesivos o inapropiados o inutilidad
- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones, casi todos los días
- Con frecuencia se producen pensamientos de plan de muerte o suicidio

3. Síntomas aprobados están causando un deterioro significativo o malestar social, profesional, u otras funciones importantes del diario vivir.

4. "El inicio específico en el parto" si la aparición de los síntomas es en las cuatro semanas después del parto.

TRATAMIENTO

El tratamiento profiláctico iniciado en las 24 h posparto mejora el cuadro.

El tratamiento se realizará escalonadamente, comenzando con medidas psicoeducativas y/o terapia cognitivo/conductual, si no existen antecedentes, en caso contrario se iniciarán terapias habituales con inhibidores selectivos de la receptación de serotonina como fármacos de primera línea.

Grado de riesgo que representa para el feto/lactante el uso de algunos psicofármacos durante el embarazo/lactancia

Fármacos		Riesgo en el embarazo según la FDA*	Riesgo en la lactancia según la AAP**	Fármacos		Riesgo en el embarazo según la FDA*	Riesgo en la lactancia según la AAP**
Antidepresivos				Antipsicóticos			
ISRS	Citalopram	C	ND	Atípicos	Aripiprazole	C	ND
	Escitalopram	C	ND		Clozapina	B	Desc mp
	Fluoxetina	C	Desc mp		Olanzapina	C	ND
	Paroxetina	D	Desc mp		Quetiapina	C	Desc mp
	Sertralina	C	Desc mp		Risperidona	C	ND
Tricíclicos y aminas secundarias	Amitriptalina	C	Desc mp	Convencionales	Clorpromazina	C	Desc mp
	Ciomipramina	C	Desc mp		Haloperidol	C	Desc mp
	Desipramina	C	Desc mp		Flufenacina	C	ND
	Imipramina	C	Desc mp		Tioridacina	C	ND
Otros	Bupropion	B	Desc mp	Ansiolíticos			
	Duloxetina	C	ND	Benzodiazepinas	Alprazolam	D	Desc mp
	Mirtazapina	C	ND		Clordiazepóxido	D	ND
	Venlafaxina	C	ND		Clonazepam	D	ND
			Cloracepato		D	ND	
			Diazepam		D	Desc mp	
			Lorazepam		D	Desc mp Desc mp	
			Oxazepam		D	ND	
Estabilizadores del ánimo							
	Carbamazepina	D	Compatible				
	Carbonato de litio	D	Contraind				
	Lamotrigina	C	ND				
	Oxacarbamazepina	C	ND				
	Ácido Valproico	D	Compatible				

*FDA: Food and Drug Administration

C: La información disponible sobre su seguridad durante el embarazo es limitada y debe utilizarse únicamente cuando el posible beneficio para la madre justifique el riesgo para el feto.

D: Hay evidencia positiva de riesgo teratogénico o embriotóxico fetal humano, basados en datos obtenidos de experiencias o estudios en humanos. En cualquier caso habrá que sopesar los beneficios de uso en la gestante a pesar de los riesgos fetales (enfermedades graves en las que no hay otro tratamiento eficaz).

MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica TRATAMIENTO DE PERSONAS CON DEPRESIÓN. Santiago:

MINSAL, 2009

En casos seleccionados muy graves se puede indicar terapia electroconvulsiva asociada a antidepresivos /o antipsicóticos.

Un número de tratamientos han demostrado ser efectivos en ayudar a madres con Depresión posparto a recuperarse de su trastorno de estado de ánimo, aunque hasta el momento ninguno ha demostrado ser mejor que otro, y no hay evidencia de beneficios a largo plazo sobre el estado de ánimo materno. Se ha logrado cierto éxito en mejorar de la calidad de las interacciones madre-hijo al centrarse en las dificultades en la crianza de los niños, aunque los estudios tienden a ser a corto plazo con seguimientos breves. Pese a que se desconocen los efectos a largo plazo de este tipo de intervenciones sobre estrategias de crianza, está emergiendo cierta evidencia de que algunas de ellas por lo menos previenen resultados negativos asociados a la Depresión posparto en el desarrollo de los niños en el corto plazo. ⁽⁷⁾

La visita temprana de seguimiento puerperal, en domicilio o de manera ambulatoria, pretende descargar la atención hospitalaria de la puérpera y el recién nacido, generalmente sin patología, realizando un cribado de patología y problemática social. ³⁰

El American College of Obstetrician and Gynecologists recomienda la realización de este punto de control a todas las puérperas, donde se debe valorar el estado físico y emocional de la madre, el estado general del recién nacido, confirmar una adecuada alimentación del niño y su grado de hidratación, valorar el grado de ictericia del neonato y problemas de reciente aparición, la integración del recién nacido en el ambiente doméstico y revisar conocimientos sobre futuros cuidados del recién nacido, inmunizaciones, revisiones periódicas de salud, etc.

PSICOSIS PUERPERAL

El embarazo y el puerperio son períodos decisivos para el desarrollo de un nuevo ser y para establecer la estructuración de una vinculación futura entre la madre y el hijo, y entre éste y sus progenitores. Durante el embarazo y de forma fisiológica, aparecen en la mujer cambios afectivos que están relacionados con los cambios hormonales que se producen en su organismo y con las expectativas ante el nacimiento de su hijo.³⁷

Las alteraciones psiquiátricas que se producen durante el embarazo o el puerperio pueden darse como la primera manifestación o como una reagudización de una enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada.

Se estima que en algunos casos de psicosis postparto se puede confundir con una depresión, el rasgo diferencial es la presencia de síntomas típicamente psicóticos como delirios o alucinaciones. La duración es variable y en algunos casos es imprescindible la hospitalización. Las más susceptibles parecerían ser las mujeres que tienen episodios de trastornos depresivos o esquizofrénicos previos y antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas. También las muy jóvenes y las primíparas se encuentran en estos grupos de riesgo.

DEFINICION

La psicosis puerperal se define como un episodio de manía o de psicosis precipitado por el nacimiento de un bebé: “Es una enfermedad severa cuyas características clínicas incluyen todas las variantes de la manía, psicosis cicloides o esquizofreniformes.” Se caracteriza por pérdida de contacto con la realidad agitación, confusión, alucinaciones vividas, delirios paranoides y comportamiento violento. Muy excepcionalmente se ha descrito suicidio e infanticidio.

El comienzo ocurre en un período muy poco tiempo después del parto y existe una serie de precisiones:

- Deben ser excluidas las psicosis asociadas con eclampsia, infección, privación de alcohol o con problemas del puerperio.
- Los pacientes con trastornos delirantes monosintomáticos y con psicosis psicógena deben ser excluidos.
- Si se decide incluir como tal a las psicosis depresivas, debieran restringirse a aquellas que presentan delirios, alucinaciones, confusión, estupor, catatonía o síntomas maniformes transitorios.
- El intervalo entre el parto y la aparición de la psicosis puede ser de 14 días, un mes o tres meses.
- No es necesario que la madre esté libre de patología psiquiátrica durante el embarazo.

Existe controversia respecto a la validez diagnóstica de esta entidad. El comienzo agudo, 2 días después del parto, con un estado de confusión agitada, es también característico de las psicosis posoperatorias y de las que sobrevienen tras un gran estrés. Muchos creen que solo representa un encadenamiento de episodios maniacos en el período postparto y que estas pacientes en realidad no tienen otra cosa que un trastorno bipolar. Muchas de estas de estas pacientes nunca experimentan ninguna otra enfermedad psicótica a menos que tengan un nuevo embarazo.

EPIDEMIOLOGIA

El riesgo general es de 1-2 casos por cada 1.000 nuevos nacimientos. Se suelen describir algunos factores de riesgo. Así, se ha comprobado que el 50-60% de los casos ocurren en primíparas, y que en el 50% de los casos se asocian a complicaciones psiquiátricas perinatales. En cuanto a los antecedentes familiares, un 50-60% de las mujeres afectadas tienen antecedentes familiares con trastornos afectivos. El riesgo está muy aumentado en las mujeres que tienen antecedentes personales de trastornos del humor unipolares o bipolares (especialmente un trastorno bipolar I). En estos pacientes el riesgo pasa de 2/1000 al 20 a 25%. Las enfermedades psiquiátricas del posparto son 5 veces más frecuentes que las del embarazo, de ahí la hipótesis del papel protector del embarazo frente a las enfermedades mentales graves. Esta patología psiquiátrica del posparto debuta en la primera semana que sigue al parto en el 40% de los casos, y en el primer mes postparto en el 80% de los casos.

Según las manifestaciones clínicas y el soporte de estudios genéticos, se apoya la hipótesis de que la mayoría de los episodios de psicosis puerperal son manifestaciones de un trastorno afectivo previo desencadenadas por el puerperio.

ETIOLOGIA

Los factores que pueden influir en el inicio de un cuadro de las características que nos ocupa se pueden agrupar en:

1.- **Factores heredo-constitucionales:** Se insiste en el papel del "terreno", siendo el grupo de familia con historia de bipolaridad el que ofrece las relaciones genéticas más significativas.

Cuando una mujer ha presentado crisis manícodepresivas, existe un elevado porcentaje de riesgo de recaída después del parto.

En las pacientes con trastornos bipolares, el 50% de los nacimientos darán lugar a un episodio con trastornos afectivo.

2.- **Factores biológicos:** Los trastornos endocrinos que aparecen antes, durante e inmediatamente después del parto son de una amplitud y rapidez únicas. En efecto, en los días siguientes al parto las concentraciones plasmáticas de estrógenos y progesterona caen de manera considerable para alcanzar tasas 100 veces más bajas que aquellas que existen en el preparto. Por este hecho, muchas hipótesis hormonales han sido propuestas como el origen de las psicosis puerperales: unas se centran en las modificaciones de las tasas de progesterona y/o de estrógenos, otras valoran cambios en el eje tiroideo, en las tasas de gonadotropinas, de prolactina o de corticoides circulantes. Ninguna hipótesis ha sido confirmada hasta ahora.

Las alteraciones del metabolismo de las indolaminas se han implicado en la génesis de algunas enfermedades depresivas, con una síntesis reducida de la 5-OH-triptamina cerebral (serotonina) y posibles niveles disminuidos de triptófano libre en plasma. Se confirma en las mujeres que han tenido un episodio de *postpartum blues* severo y en aquellas que están deprimidas 6 meses después del parto, la ausencia del pico de elevación normal del triptófano total en los dos primeros días siguientes al alumbramiento.

3.- **Factores psicodinámicos:** autores hacen intervenir el rechazo del niño como uno de los factores esenciales de las melancolías puerperales: rechazo consciente (niño no deseado) o más a menudo inconsciente, que emana de la ambivalencia profunda que marca la relación

madre e hijo, "rechazo combatido tanto por la culpabilidad como por el amor maternal". Se puede pensar que estas depresiones están unidas a la reactivación masiva del conflicto oral, revivido por la madre en doble identificación con su propia madre y con su hijo.

Entre los factores psicosociales figura, en primer término, el conflicto provocado por la aparición de una tercera persona en el grupo familiar. La madre tiene que asumir ahora una mayor responsabilidad. Tiene que dejar de ser hija para ser ella, a su vez, madre. Y tiene en fin, que compartir con su esposo el destino del nuevo ser que ambos han engendrado. Esta situación crítica da lugar a toda clase de ambivalencias y a un aumento de la agresividad, provocadas a veces por un complejo de castración, una falla en la resolución de la fase edípica y tendencias sádicas hacia los hombres. Naturalmente las personalidades inmaduras son más proclives a sufrir trastornos posparto.

CLINICA

Las psicosis puerperales se caracterizan por depresión e ideas delirantes que aparecen después del parto. El estado de ánimo puede estar elevado o deprimido y con frecuencia es lábil; puede también haber agitación, aumento de la actividad e insomnio. La enferma puede ver al recién nacido como la personificación del diablo o como el Mesías; también pueden existir alucinaciones auditivas que pueden ser órdenes, en ocasiones para que la paciente mate al recién nacido. Pueden producirse infanticidios.

El cuadro clínico tiene unas características específicas:

a) Rápido cambio de sintomatología

b) Labilidad de humor.

c) Signos confusionales

Los síntomas iniciales más frecuentes son ansiedad, cansancio, humor depresivo, disturbios del sueño, alteraciones del comportamiento, agitación catatónica, ilusiones y alucinaciones.

Entre los factores de riesgo destacan: primer hijo, episodios previos de psicosis puerperal, alteraciones psiquiátricas inherentes en la mujer y parto por cesárea.

En la evaluación natural, los síntomas desaparecen de forma gradual y espontánea durante semanas o meses. Una sustancial minoría de estas pacientes, quizá cerca de la mitad, experimentará otro episodio tras el siguiente parto.

DIAGNOSTICO

El DSM-IV no contiene criterios diagnósticos específicos para este trastorno. El diagnóstico puede hacerse cuando la psicosis ocurre en estrecha relación temporal con el nacimiento del niño. Los síntomas característicos son ideas delirantes, déficits cognoscitivos, alteraciones motoras, alteraciones del estado de ánimo y, de forma ocasional, alucinaciones. El contenido del material psicótico hace referencia al embarazo y la maternidad.

El DSM-IV también permite realizar el diagnóstico de trastorno psicótico breve y trastorno del estado de ánimo de inicio en el postparto.

La CIE-10 considera como período puerperal hasta seis semanas del postparto; sin embargo, la DSM-IV sólo hasta cuatro semanas postparto.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Este, debería establecerse entre las variables ya mencionadas de la enfermedad postnatal: melancolía, depresión y psicosis postparto. La dificultad estriba, al igual que en el resto de la psiquiatría en diferenciar una depresión psicótica de una que no lo sea, y la depresión endógena de la reactiva.

Aunque el cuadro psicótico suele aparecer en las 2 ó 3 semanas siguientes al parto, sigue siendo difícil catalogar casos individuales. Por este motivo, la validez de los criterios de clasificación debe ser contrastada con la etiología y origen de cada enfermedad concreta.

TRATAMIENTO

Los tratamientos farmacológicos son comparables a aquellos utilizados para los síndromes similares que aparecen fuera del contexto del posparto. Un estudio demuestra que las fenotiazinas son más utilizadas en las mujeres que presentan una psicosis del posparto.

Los casos en que esta enfermedad se presenta, se pueden considerar urgencias tanto desde el punto de vista médico como psiquiátrico, lo que hace necesario el ingreso. En estos casos, es frecuente, que junto con la madre sea ingresado el hijo.

La estancia media hospitalaria de estos pacientes es de 8 días y su tratamiento incluye psicofármacos y terapias de electroshock, las cuales son consideradas como el tratamiento de elección, menguando la enfermedad y disminuyendo las interferencias con la lactancia, sin embargo, no hay evidencias clínicas de que este tratamiento sea mejor que el farmacológico.

La bromocriptina es un agonista de la dopamina que se utiliza en el postparto para la supresión de la lactancia. Son pocas las ocasiones, pero no inexistentes, en las que el uso de la medicación se ha asociado con sintomatología psicótica en algunas pacientes.

Una vez que una mujer ha presentado una psicosis puerperal, debe ser advertida de la posibilidad de recaída, que será mayor en los trastornos bipolares, en un embarazo posterior. En estos casos será necesario un apoyo psicológico durante el embarazo, porque estas pacientes viven con la angustia de una recaída.

Las necesidades se cubrirán, empezando por las más básicas:

- Seguridad al valorar el potencial de violencia tanto hacia sí misma como hacia los demás.
- Eliminar los objetos potencialmente lesivos, poner límite a los episodios de violencia y si es necesario, utilizar medios mecánicos de contención.
- Reducir la ansiedad de la paciente para ello es necesario establecer una relación de confianza, intentando orientarlo y promocionar su contacto con la realidad mediante mensajes simples.
- Limitar los comportamientos inaceptables puede ser útil ofrecer otras alternativas de comportamiento.
- Enseñar a la paciente mecanismos de enfrentamiento y adaptación más eficaces y a afrontar sus sentimientos.

Se deberá evaluar de forma constante a la paciente, de modo que se pueda ir modificando el plan de cuidados según convenga.

La psicoterapia debe estar centrada en las áreas particularmente conflictivas. Hay que ayudar a la paciente a aceptar su rol femenino y la rabia y los celos que surgen a raíz de la dependencia que tiene respecto de su madre.

COMPLICACIONES

Se establece una gran tensión sobre la familia y en el desarrollo de un vínculo normal madre-hijo. Pueden producirse suicidios e infanticidios en el 4% de los casos.

PRONOSTICO

El pronóstico es generalmente favorable con una curación en el 70 a 80% de los casos. Los estudios de larga duración indican que de un 10 a un 15% de las psicosis puerperales evolucionan hacia una esquizofrenia crónica.

Una vez que la sintomatología desaparece, las relaciones madre-hijo se restablecen normalmente y la evolución se encamina hacia una maternidad bien lograda. La no instauración o distorsión de los lazos afectivos madre-hijo suele suceder en madres esquizofrénicas o madres que han sufrido ellas mismas grandes carencias afectivas en la infancia.

Son factores de buen pronóstico: la ausencia de antecedentes psiquiátricos, el debut precoz y la presencia de alteraciones tímicas.

CAPITULO III

METODOS

PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿Cuál es la prevalencia de depresión postparto entre las madres adolescentes hospitalizadas en el Servicio de Adolescencia del Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad entre los meses de enero, febrero y marzo del 2013?

HIPOTESIS

- La prevalencia de depresión posparto es mayor en madres adolescentes que acudieron al Servicio de Adolescencia del Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad en el primer trimestre del año 2013 que en la población general.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar la prevalencia de depresión postparto entre las madres adolescentes hospitalizadas en el Servicio de Adolescencia del Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad en el primer trimestre del año 2013.

Objetivos específicos:

- Determinar si el nivel de escolaridad es un factor de riesgo para desarrollar depresión postparto en adolescentes embarazadas.

- Relacionar el apoyo económico y emocional de los padres y/o padre del recién nacido con la presencia de depresión posparto en madres adolescentes.
- Determinar cuál es la relación entre los antecedentes personales y/o familiares de depresión y la manifestación de depresión posparto en adolescentes.

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo transversal o de prevalencia

UNIVERSO

- El universo estará constituido por las madres que se encuentran hospitalizadas en los seis primeros meses posparto, en el Servicio de Adolescencia del Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora, en el primer trimestre del año 2013.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Madres entre los 10 y 19 años, hospitalizadas en el Servicio de Adolescencia del Hospital Gineco - Obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.
- Madres adolescentes en los seis primeros meses posparto.
- Madres adolescentes que quieran formar parte del estudio previa explicación y firma del consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Menores de 10 años y mayores de 19 años.
- Pacientes con enfermedad psiquiátrica previa, diferente a depresión.

- Madres con consumo activo o pasivo de sustancias psicotrópicas como: alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y/o sus derivados o medicamentos psicotrópicos sin prescripción médica.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- Variable dependiente
 - Depresión postparto
- Variables independientes
 - Embarazo adolescente
- Variables intervinientes
 - Escolaridad
 - Apoyo familiar
 - Apoyo de la pareja
 - Antecedentes personales de depresión
 - Antecedentes familiares de depresión
 - Semanas de Gestación al nacimiento
 - Sexo del recién nacido
 - Antecedentes obstétricos

- Tipo de embarazo

Variable/Definición	Dimensión	Indicador	Categoría o Escala	Medida estadística
Edad Tiempo que ha vivido una persona	Años cumplidos	Número de años	Cuantitativa, ordinal	Media y error estándar de la media
Escolaridad Conjunto de niveles que un estudiante sigue en un establecimiento docente. Tiempo que duran estos cursos.	Ultimo año de escolaridad alcanzado	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Cualitativa, escala	Porcentaje
Apoyo familiar emocional Aceptación y apoyo emocional desde que se conoce el estado de gravidez, durante el embarazo y en el postparto.	Relación intrafamiliar adecuada durante el embarazo	Si No	Cualitativa, nominal	Porcentaje
Apoyo familiar económico Apoyo económico desde que se conoce el estado de gravidez, durante el embarazo y en el postparto.	Algún miembro de la familiar ha colaborado económicamente para cubrir gastos relacionados con el embarazo (Exámenes de laboratorio o imagen, medicación, alimentación, etc)	Si No	Cualitativa, nominal	Porcentaje
Apoyo emocional	Aceptación y buena	Si No	Cualitativa, nominal	Porcentaje

<p>del padre del recién nacido Aceptación y apoyo emocional desde que se conoce el estado de gravidez, durante el embarazo y en el postparto.</p>	interrelación con el padre del producto durante el embarazo			
<p>Apoyo económico del padre del producto Apoyo económico desde que se conoce el estado de gravidez, durante el embarazo y en el postparto.</p>	El padre del producto ha colaborado económicamente para cubrir gastos relacionados con el embarazo (Exámenes de laboratorio o imagen, medicación, alimentación, etc)	Si No	Cualitativa, nominal	Porcentaje
<p>Depresión posparto Presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año posparto</p>	Escala para la depresión posparto de Edimburgo	No probabilidad de depresión <10 Si probabilidad de depresión >10	Cuantitativa	Porcentaje
<p>Antecedentes personales de depresión La paciente ha presentado una alteración afectivo-conductual, caracterizada por síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva:</p>	Presencia de síntomas depresivos previos al embarazo actual	Si No	Cualitativa	Porcentaje

<p>la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.</p>				
<p>Antecedentes familiares de depresión Algún miembro de la familia de la paciente ha presentado una alteración afectivo-conductual, caracterizada por síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.</p>	<p>Presencia de síntomas depresivos en familiares</p>	<p>Si No</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Porcentaje</p>
<p>Edad gestacional al nacimiento Edad del recién nacido desde la</p>	<p>Semanas de gestación al nacimiento</p>	<p>Número de semanas</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Mediana y error estándar de la</p>

fecha de la última menstruación				media
Sexo del recién nacido Conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hombres y mujeres	Sexo del recién nacido	Hombre Mujer	Cualitativa, nominal	Porcentaje
Gestas Número de embarazos en la vida de la mujer, incluido los abortos que se definen como interrupción del embarazo antes de las 20 semanas o con un feto con peso menor a 500 gramos	Número de gestas	Número de embarazos	Cuantitativa	Media y error estándar de la media
Hijos vivos Hijos que se mantienen hasta la actualidad con capacidad para desarrollarse, mantenerse en un ambiente, reconocer y responder a estímulos y reproducirse permitiendo la continuidad	Número de hijos vivos	Número de hijos vivos	Cuantitativa	Mediana (Rangos)
Tipo de embarazo Número de fetos en desarrollo simultaneo en el útero	Número de fetos en gestación	Único Múltiple	Cualitativa	Porcentaje

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

De las mujeres que cumplan con los requisitos de inclusión, se les explicará sobre el estudio y los fines del mismo, se procederá a la aplicación de la Escala de Edimburgo en el posparto inmediato y mediato. En el siguiente apartado se explica en detalle de que se trata la escala.

ESCALA DE EDIMBURGO

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente

para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad. (18)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. (18)

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. (18)

Se adjunta la Escala de Depresión de Edimburgo en el Anexo 1.

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos se hará con el programa SPSS. En el estudio descriptivo se presentarán los datos en prevalencia, media, error estándar de la media y mediana con rangos. Como medida

de asociación se utilizará la Razón de prevalencia y el Intervalo de confianza (IC). Para determinar significancia utilizaremos la Prueba de Chi cuadrado. Consideraremos como resultado significativo un $p > 0.05$.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se dividirán en dos grupos adolescentes con depresión y sin depresión las mismas que deberán subdividirse en expuestas al factor de estudio y no expuestas al factor de estudio, de la siguiente manera:

- 1) Expuestas al factor de estudio y están enfermas
- 2) Expuestas al factor de estudio y no están enfermas
- 3) No expuestas al factor de estudio y están enfermas
- 4) No expuestas al factor de estudio y no están enfermas

	VARIABLE DEPENDIENTE		TOTAL
	DEPRESIÓN	NO DEPRESIÓN	
FR	A	b	m1 (a+b)
No FR	C	d	m2 (c+d)
TOTAL	n1 (a+c)	n2 (b+d)	n (a+b+c+d)

ASPECTOS BIOÉTICOS

...”Trabajar para y con una comunidad y con seres humanos, exigen del investigador el respeto a sus derechos y a la observancia de los principios de la bioética”...

Dentro de las misiones que competen al médico, una de las más importante y relevantes es el salvaguardar la salud de las personas, en todos sus aspectos.

El objetivo de toda investigación biomédica que incluya a un grupo de personas debe ser la de mejorar el conocimiento de la etiología y patogénesis de la enfermedad, los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos.

El progreso de la medicina tiene sus bases en la investigación, la cual en ciertas ocasiones utiliza la experimentación realizada en personas.

En lo que a investigación biomédica se refiere, debe tenerse muy en claro la diferencia entre la investigación médica donde se busca primordialmente mejorar el diagnóstico o el tratamiento para los pacientes y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico y que carece de utilidad diagnóstica o terapéutica directa para la persona que participa en la investigación.

Por todos estos aspectos, hemos basado nuestro estudio en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, la cual menciona los Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. ¹³

Si bien nuestro estudio pretende obtener datos importantes para el manejo de un grupo de pacientes vulnerables desde varios puntos de vista como son las mujeres adolescentes, precozmente madres; nuestra posición no será la del antiguo médico paternalista, sino formara parte de nuestra meta el establecer una relación agradable y de confianza con las mujeres que realicen la encuesta, a fin de obtener los datos más fidedignos posibles y lo más importante, que dichas participantes se sientan cómodas al momento de responder dicho cuestionario.

Uno de los retos más importantes de nuestro estudio, es trabajar con un grupo de mujeres adolescentes, ya que por su inmadurez biológica y mental pueden tornar la relación médico paciente algo difícil al momento de abordar un tema que ha marcado recientemente su vida, y al mismo tiempo sea difícil de manejar. Sin embargo, toda esta situación nos motiva, a prepararnos más y lograr que la relación sea la mejor, que la paciente se sienta cómoda en todo momento y así obtener los datos más reales para que los resultados de nuestro estudio sean lo más útiles posible. Este trabajo de investigación nos permitirá, como futuros médicos jóvenes, poner en práctica una de las enseñanzas más marcadas de la facultad de Medicina de la PUCE, que es velar por el bienestar de nuestros pacientes pero sobretodo, establecer la mejor relación médico paciente posible, con el fin de obtener un apego agradable con los pacientes, lo que creara un ambiente cómodo de trabajo y así que favorecerá nuestro estudio.

En todo momento, nuestro estudio cuida al máximo la integridad de las participantes.

Nosotros, los investigadores, nos identificamos antes de aplicar las herramientas elegidas para nuestra investigación.

Se informa claramente sobre el estudio, los objetivos y beneficios del mismo.

Se deja en claro que la participación es totalmente voluntaria y bajo ningún motivo las pacientes tienen la obligación de responder a las encuestas.

Se informa también que los datos obtenidos son totalmente confidenciales y de uso exclusivo para el estudio, por lo que jamás se proporcionarán nombres ni datos que pongan en riesgo la intimidad de las personas que participen de nuestro estudio para así anular el impacto de nuestra investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

Tomando en cuenta todos estos puntos primordiales para un estudio médico, se elaboró un consentimiento informado que especifica claramente las características de nuestro estudio y deja claro que la participación es totalmente voluntaria. En el caso de nuestro grupo de investigación, donde todas las pacientes son menores de edad, la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona, en caso de ser necesario. ¹⁴

Los resultados obtenidos en este estudio nos ayudarán a hacer un diagnóstico precoz de la depresión postparto en madres adolescentes, así como identificar los factores de riesgo que participan en su génesis, con el fin de evitar que esta entidad incida sobre el bienestar del recién nacido, la madre y la relación con su pareja.

Durante nuestra investigación, todos los actos realizados se regirán por la ética médica, respetando en todo momento los principios de autonomía, beneficencia – no maleficencia y justicia en las participantes de nuestra investigación.

RESULTADOS

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Una vez analizados los datos obtenidos en el estudio, observamos que, La media de la edad de las madres encuestadas, fue de 17.05 años con un error estándar de la media de 0.106. (Ver gráfico 1)

El último año de educación aprobado por las madres que participaron, los valores más significativos son de mayor a menor, el 18.2% de las adolescentes, han terminado el tercero de diversificado, es decir, son bachilleres. El 17.7% han concluido el primero de diversificado y el 15.2% han concluido el primero de diversificado. (Ver gráfico 2)

Aunque no se encuentre dentro de los porcentajes más altos obtenidos en el análisis, no deja de ser importante mencionar que el 12.1% de madres adolescentes han culminado apenas la educación primaria. (Ver gráfico 2)

Respecto a la paridad de las madres participantes en el estudio, el 97.5% de adolescentes curso su primer postparto, es decir, son primigestas. (Ver gráfico 12)

El 69.2% de madres adolescentes no presentan ningún antecedente de episodios depresivos en ningún momento de su vida, mientras que el 30.8% de adolescentes sí. (Ver gráfico 8)

Respecto a la presencia de episodios depresivos en los familiares con primer y segundo grado de consanguinidad de las encuestadas, encontramos que apenas el 18.2% de participantes presenta antecedentes familiares de depresión. El 89.7% refiere no conocer de antecedentes de episodios depresivos en los miembros de su familia. (Ver gráfico 9)

Del total de madres encuestadas, el 84.3% refirieron contar con el apoyo emocional del padre del producto al momento de conocer su estado de gravidez y durante todo el periodo de gestación, además de aceptar al producto una vez que este ha nacido. El 15.7% de padres no formaron parte emocionalmente, en ningún momento del embarazo. (Ver gráfico 5)

El porcentaje de padres que no aportaron económicamente en ningún momento de la gestación se encuentran en el 17.2% de los resultados de las madres encuestadas. El 82.8% de padres fueron responsables económicamente. (Ver gráfico 6)

Desde el inicio de la gestación hasta el momento del parto, el 91.4% de madres refirieron contar con el apoyo emocional de los miembros más cercanos de su familia, mientras que el 8.6% de adolescentes no contaron con el apoyo mencionado. (Ver gráfico 3)

El 83.8% de madres adolescentes encuestadas contaron con el apoyo económico de sus familias en algún momento del embarazo, el 16.2% no. (Ver gráfico 4)

Una vez calificadas las escalas de Edimburgo aplicadas a las madres adolescentes, se obtuvo que el 76.8% de madres presentaron una calificación negativa para depresión postparto. El 23.2% de adolescentes puérperas presentan un valor positivo en la escala de depresión perinatal de Edimburgo. (Ver gráfico 7)

En lo referente a la edad gestacional al nacimiento se observó que el 86.4% de los recién nacidos fueron a término, mientras que el 13.6% fueron prematuros. (Ver gráfico 10)

Con respecto al sexo del recién nacido encontramos que el 57.1% son de sexo masculino y el 42.9% de sexo femenino. (Ver gráfico 11)

El 99.5% de las madres adolescentes cursaron con un embarazo simple. El 0.5% de las madres tuvo un embarazo múltiple. (Ver gráfico 13)

La media del tiempo posparto al realizar la encuesta fue de 2.03 semanas con un error estándar de la media de 0.112. (Ver gráfico 14)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

VARIABLES SIGNIFICATIVAS

De los datos analizados en nuestro estudio, las siguientes variables son estadísticamente significativas:

ANTECEDENTES PERSONALES DE DEPRESIÓN:

Respecto a esta variable, relacionada con la depresión posparto, encontramos una relación estadísticamente significativa con una p de 0.000 y un chi cuadrado de 14,099, con un intervalo de confianza de 1,555 -3,387 y una razón de momios de 2.295. (Ver tabla 3)

ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESIÓN:

Con la relación entre la depresión posparto y los Antecedentes familiares de depresión, se obtuvo un valor de p de 0,005 y un chi cuadrado de 7,132, lo que la convierte en una variable estadísticamente significativa, se encuentra además un riesgo de 2,360 con un intervalo de confianza de 1,329 – 4,193. (Ver tabla 4)

APOYO EMOCIONAL DEL PADRE DEL PRODUCTO:

Relacionando la depresión postparto con el Apoyo emocional del padre del producto, se obtuvo un valor de p de 0,009 y un chi cuadrado de 5,989, lo que la convierte en una variable estadísticamente significativa. Se encuentra además una razón de momios de 0,814 con un intervalo de confianza de 0,673 – 0,9851. (Ver tabla 5)

SEXO DEL RECIÉN NACIDO:

Respecto a esta variable, relacionada con la depresión posparto, encontramos una relación estadísticamente significativa con una p de 0.024 y un chi cuadrado de 4,489. Además, tener un recién nacido varón es un factor de riesgo para presentar depresión postparto (razón de momios de 1,363), con un intervalo de confianza de 1,077 – 1,726. Tener un recién nacido de género femenino es un factor protector para no presentar depresión postparto con una razón de prevalencia de 0,597 y un intervalo de confianza de 0,366 – 0,974 (Ver Tabla 11)

VARIABLES NO SIGNIFICATIVAS

Las demás variables no obtuvieron un valor de p significativamente estadístico, por lo que no serán descritas. (Ver Tabla 27)

CAPITULO IV

DISCUSION

En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema médico-social. ⁽³⁸⁾

La Organización Mundial de la Salud, divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, preadolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años.

Según la Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud, en Chile, al año 2003, el 35,2% de los adolescentes y el 84,5% de los jóvenes hasta los 24 años de edad se encontraban sexualmente activos, en otros países como Cuba el 50 % de las adolescentes tiene vida sexual activa y se ha visto un incremento del 10% anual. ⁽³⁸⁾

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea (9). Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social. ⁽³⁸⁾

Refiriéndonos a la edad más frecuente de depresión postparto en las madres adolescentes, en el estudio de Eglys Yadira Tejada Cruz, Handel-R. Morilla R., Lourdes del Orbe, Maireni Pérez, al relacionar el nivel de depresión con la edad materna mostro que de un grupo de 284 madres adolescentes incluidas, la depresión postparto fue mayor en las adolescentes con edades comprendidas entre 17 y 18 años, cuyo grupo reportó 161 casos de depresión. ⁽³⁹⁾

El embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez a edades más precoces. Existen variaciones importantes en la prevalencia a nivel mundial, dependiendo de la región y el nivel de desarrollo. Así, en países como Estados Unidos corresponde a un 12,8% del total de embarazos, mientras que en países con menor desarrollo, como El Salvador, constituye cerca del 25% y en países africanos cerca del 45% del total de embarazos.

Estudios revelan que en América Latina entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años. En Chile, el embarazo adolescente es considerado un problema de Salud Pública grave ya que cada año nacen aproximadamente 40.355 recién nacidos vivos hijos de madres adolescentes y 1.175 hijos de madres menores de 15 años. Así la incidencia anual del embarazo adolescente en dicho país es de 16,16%. ⁽³⁸⁾

Al comparar trabajos realizados sobre la edad de las embarazadas en Chile, es posible observar la existencia de diferencias a nivel regional, ya que al año 2000 según un estudio realizado en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Salvador (Servicio de Salud Metropolitano Oriente) se determinó una edad promedio de 18,6 años. Sin embargo, estudios realizados el año 2001 evidenciaron edades menores, como es el caso de un estudio realizado en el Hospital San Borja Arriarán (Servicio de Salud Metropolitano Centro) donde se observó una edad promedio de 14,5 años. ⁽³⁸⁾

Son pocos los datos en el Ecuador respecto a este tema. Analizando datos nacionales obtenidos del ENDEMAIN, observamos que en el año 2004, en mujeres de 15 a 49 años de edad, la edad mediana a la primera relación sexual fue de 18.7, y del primer nacimiento 21.2 años.⁵⁴

Respecto a los resultados obtenidos en nuestro trabajo, encontramos una similitud en los resultados de otros estudios, ya que la media de edad de las madres encuestadas, fue de 17.05 años, con un error estándar de la media de 0.106.

Otra de las variables planteadas en nuestro estudio fue determinar el nivel de escolaridad de las adolescentes que presentan embarazos tempranos. En la actualidad el mayor nivel de estudios no sólo es necesario y beneficioso a nivel personal, entendiéndolo que abre un abanico de oportunidades que pueden generar un progreso económico y social, sino que ha pasado a ser un indicador de progreso. “Este creciente énfasis por la escolaridad, especialmente para los adolescentes y jóvenes, también refleja el reconocimiento de que el acceso a mayor educación para todos, beneficia el bien común y es un paso esencial para lograr la igualdad entre hombres y mujeres, en especial en aquellas sociedades donde estas diferencias existen, como sucede en nuestro país.

Es así como en los índices de países desarrollados versus países en desarrollo, podemos observar que los jóvenes de los primeros acceden a salarios bastante más altos, debido a que su escolaridad es en promedio de más de 10 años. Del mismo modo, se ha comprobado que las jóvenes mujeres con mayor escolaridad, están más preparadas para desenvolverse en todos los ámbitos, lo que repercute en forma importante en el área de la salud, ya que son capaces de cuidarse y posteriormente cuidar a su familia.

De acuerdo a los análisis realizados por MIDEPLAN, las principales razones que esgrimen los adolescentes y jóvenes de entre 14 y 24 años de edad, para dejar los estudios son principalmente: “trabajo, maternidad, paternidad o embarazo, dificultad económica, no le interesa, ayuda en la casa o quehaceres del hogar y problemas de rendimiento. Sin embargo, la importancia relativa de estas razones cambia por grupos de edad, aumentando la maternidad, paternidad o embarazo en los adolescentes y el trabajo en los grupos de mayor edad.” ⁽⁵⁵⁾

En el grupo de jóvenes entre 14 y 17 años, se observa con mayor frecuencia el embarazo, maternidad y paternidad, como causa de la deserción escolar a nivel de educación media. En dicho grupo, la relación con deserción escolar es muy superior en las mujeres, 30% de las deserciones registradas, que en los hombres con sólo un 2%, no obstante el índice que lidera en los hombres de este grupo es “trabajo” con un 20%, el cual podría encubrir que la necesidad de trabajo se deba en ocasiones a embarazos no planificados.⁵⁵

Los estudios nos muestran que las adolescentes que son madres mientras estudian, en total completan pocos años de estudio, tienen dificultades para terminar la enseñanza media y menos oportunidades de continuar estudios superiores que las jóvenes que se embarazan después de los 20 años.

En rigor, mientras menor sea la madre al momento de embarazarse, menos posibilidades de continuar los estudios tiene, del mismo modo, mientras más años de escolaridad tenga la joven, menos posibilidades de embarazo no planificado tiene.

La relación entre permanencia escolar, el tiempo en que ocurre el embarazo y la deserción escolar es compleja y está asociada a una multicausalidad, lo que se ha tratado de explicar por

diversos autores, quienes básicamente postulan que las causales de abandono escolar por parte de adolescentes embarazadas, pueden obedecer a sus nuevas responsabilidades una vez nacido el niño(a), falta de programas sociales de mantención en la educación formal y/o a dificultades en las competencias escolares, por lo que cuidar al hijo puede ser una salida a una situación que se hubiese producido aún sin embarazo.

En el 2004 Carreón-Vásquez J y col. realizaron un diseño de casos y controles prospectivo donde entrevistaron 396 mujeres adolescentes quienes acudieron a recibir atención médica y encontraron que los factores que mostraron una fuerte asociación con el embarazo en adolescentes fueron: el hacinamiento $RM = 15.54$, $IC_{95\%} 4.26-67.10$, el nivel socioeconómico bajo $RM = 5.71$ $IC_{95\%} 2.30-14.61$ y la escolaridad de menos de seis años de estudio $RM = 5.64$, $IC_{95\%} 2.56-12.66$.⁽⁴⁰⁾

Si revisamos cifras del país, el ENDEMAIN 2004 reporta que A nivel nacional, la escolaridad promedio de las mujeres en edad fértil es de 8.7 años, indicador que es bastante regular de acuerdo a las edades actuales de las mujeres, aunque un poco más elevado entre los 20 y 34 años y menor especialmente en aquellas del grupo extremo de 45 a 49 años. Como era de esperar, el promedio de años de instrucción completados aumenta a medida que la edad al dejar de estudiar es más alta; de 2.4 años entre aquellas que salieron del sistema escolar antes de los 10 años hasta 14.3 años entre las que dejaron el estudio a partir de los 25 o más años de edad.⁵⁴

La proporción de mujeres sin escolaridad se incrementa de alrededor del 1 por ciento en el grupo de 15 a 19 años al 10 por ciento en el grupo de 45-49 años. Por el contrario, la proporción con instrucción superior y postgrado desciende del 23 por ciento en mujeres de 20

a 24 años al 16 por ciento en el grupo de 45 a 49 años. Excepto el grupo de 15 a 19 años, en donde es mayor la probabilidad de que las mujeres continúen sus estudios, se puede afirmar que la educación promedio desciende en la medida en que aumenta la edad.

En nuestro estudio, respecto al último año de educación aprobado por las madres que participaron, los valores más significativos fueron 18.2% correspondiente a las adolescentes que terminaron el tercero de diversificado, es decir, son bachilleres. El 17.7% han concluido el primero de diversificado y el 15.2% han concluido el primero de diversificado, finalmente un dato que consideramos importante es el 12.1% de madres adolescentes que contaban apenas con educación primaria completa.

Correlacionando estas dos variables con la depresión postparto, en el 2007 *Ruth Pérez Villegas y cols.* realizaron un estudio analítico y observacional en una muestra de 50 puérperas mayores de 18 años, elegidas al azar simple, que asistieron a control de planificación familiar a la 6ª semana posparto. De las 50 puérperas estudiadas, 11 de ellas (22 %) obtuvieron un test positivos para riesgo de depresión posparto (EPDS +), con un promedio de 13 puntos y una desviación estándar de 3,49 puntos.

En cuanto a la edad, el 36,3 % de las puérperas con test positivo eran adolescentes, versus el 23,2 % cuyo test fue negativo.

Con respecto a la escolaridad de las madres tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativa en esta variable, en ambos grupos la mayoría de las madres habían cursado la enseñanza media, es decir, tenían más de 9 años de estudios, 90,9 % test (+) y 84,6 % test (-). ⁽⁴¹⁾

En nuestro estudio se corroboran los datos obtenidos en otras investigaciones ya que no se obtuvieron datos estadísticamente significativos con respecto a las variables edad y escolaridad con depresión postparto en las adolescentes.

Trabajos realizados en el extranjero, señalan que el 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los 6 primeros meses de inicio de las relaciones sexuales, por lo que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73% al 93%). Sin embargo, el 60% de las primigestas adolescentes vuelven a embarazarse dentro de los 2 años siguientes. ⁽³⁸⁾

En el 2010, *José Urdaneta M y colaboradores realizan* una investigación comparativa con diseño no experimental, que incluyó una muestra de 100 mujeres en puerperio tardío, divididas en dos grupos pares de 50 sujetos según paridad, evaluadas mediante la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. En la evaluación de la intensidad de los síntomas depresivos se observó que en el grupo de primigestas el 8% no mostraron riesgo de depresión posparto. El 2% de las primigestas y 8% de las multíparas presentaron riesgo límite de depresión posparto y el 90% y 92% de ambos grupos presentaron puntajes que indican probable depresión, diferencias no significativas para la presencia de depresión posparto entre primigestas y multíparas.

El 90% de las primigestas fueron positivas para riesgo de depresión postparto y el 92% de las multíparas también. Se estableció un OR (IC95%) de 0,79 (0,3064-2,046), no encontrándose asociación estadísticamente significativa entre paridad y depresión postparto ($p= 0,939$). ⁽⁴²⁾

En nuestro estudio, una vez calificadas las escalas de Edimburgo aplicadas a las madres adolescentes, se obtuvo que el 76.8% de madres presentaron una calificación negativa para

depresión postparto, mientras que un 23.2% de adolescentes puérperas presentan un valor positivo en la escala de depresión perinatal de Edimburgo, con una razón de Momios de 1,005 para primigestas y de 0,826 para multigestas, un intervalo de confianza de 0,955 – 1,057 para primigestas y de 0,826 – 0,095 para multigestas, y con un valor de P de 0,863. Por lo tanto esta variable no influye en el desarrollo de depresión postparto como bien se observa en otros artículos.

Resulta difícil determinar la prevalencia real de la depresión posparto, porque los estudios difieren extremadamente en lo que se refiere a metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que la frecuencia mundial de esta enfermedad fluctúa entre un 10 a 20% de las puérperas.² En lo que se refiere a estudios en adolescentes se ha encontrado prevalencias que van desde 21,1% en un estudio realizado en el 2006 por Schimdt y cols. con el Inventario de depresión de Beck, hasta 53,6 % en un estudio realizado en el 2008 por Cox y cols.³⁸ En un estudio realizado en el 2007 por Figuerido y cols. con la Escala de Depresión posnatal de Edimburgo, la misma que utilizamos en nuestra investigación, se encontró una prevalencia de 25,9%.⁴³

En nuestro estudio encontramos una prevalencia de 23,2%, que es más alta que en la población general, lo que corrobora nuestra hipótesis. Esto se debe a los distintos factores de riesgo que se encuentran en las madres adolescentes. Sin embargo se encuentran datos similares a otros estudios en adolescentes.⁴³ (Ver tabla 28).

Con respecto a los antecedentes personales y familiares de depresión, en un estudio realizado por Wolff y cols en el 2009, se encontró que dentro de los antecedentes personales, destacan como factores de riesgo la personalidad altamente neurótica, la tendencia a la introversión, los

antecedentes psiquiátricos en la familia y los episodios depresivos previos, ya sea anteparto o en un posparto anterior. De hecho, presentar síntomas depresivos durante el embarazo se considera el principal factor de riesgo.⁴³

En un estudio longitudinal realizado en el 2008 por Milgrom y cols de 622 mujeres de la comunidad, las variables más predictivas de sintomatología depresiva a la octava semana del posparto fueron: el antecedente de depresión durante el embarazo (OR 3,77, $p = 0,03$), la historia de Depresión posparto previa (OR 2.21, $p = 0,02$), y un puntaje en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) > 9 en la primera semana del posparto (OR 18,23, $p < 0,001$).⁴⁴

En un ensayo clínico aleatorizado realizado en el 2010, la mayoría de las mujeres con Depresión posparto poseían antecedentes familiares de depresión; y un número importante de ellas presentaba antecedentes de episodios depresivos previos.⁴⁵ Este dato es concordante con el hecho de que las mujeres con trastornos anímicos puerperales tienen un riesgo sustantivo de volver a presentar nuevos episodios de depresión en pospartos futuros³³. Dependiendo de los estudios, se citan cifras de recurrencia o recidiva de Depresión posparto que varían entre 25% y 40%⁴⁵.

Morris y cols han reportado una relación significativa entre las mujeres con elevados puntajes en la Escala de Edimburgo para Depresión Posparto (EPDS) y una historia personal de depresión ($p < 0,0006$), antecedentes de tratamientos para depresión ($p < 0,0001$) y un sentimiento depresivo durante el embarazo ($p < 0,0001$).⁴⁶

En el 2011 Urdabeta y cols. realizan un trabajo, en el cual encuentran que los antecedentes personales de depresión se asocian con un riesgo de depresión posparto ($p: 0,000$ IC: 2,68 - 56,20)⁴². Asimismo en un estudio transversal realizado en el 2010 por Romero-Gutiérrez y cols se relacionó los episodios previos de depresión con riesgo de depresión posparto ($p:0,001$).⁵²

En nuestro estudio encontramos que los antecedentes personales de depresión son un factor de riesgo para depresión posparto (p de 0.000 IC: 1,555 -3,387, Razón de momios: 2.295) lo que concuerda con los estudios presentados.

Respecto al tipo de embarazo no hay evidencia adecuada que sustente si este factor es de riesgo o protector para presentar depresión postparto. En nuestro estudio, el número de casos de embarazos múltiples no fue significativo por lo que no es posible determinar si en efecto tiene repercusión sobre las adolescentes gestantes.

Respecto al apoyo social, Barnett y cols, concluyeron que recibir apoyo social por parte de la propia madre del y/o padre del bebé constituía un factor protector de DPP en adolescentes, mientras los conflictos con el progenitor del niño constituían un factor de riesgo.⁴⁸

Caldwell y cols, también estudiaron la relación de la adolescente con su propia madre, encontrando que a mayor apoyo percibido por parte de esta última, menor era el puntaje obtenido en la Escala de Depresión del Centro Epidemiológico (CES-D).⁴⁸

Kalil y cols, encontraron que a mayor conflictividad en el núcleo familiar, mayor era el puntaje de las adolescentes en la Escala de Depresión del Centro Epidemiológico (CES-D) a los 6 meses posparto.⁴⁸

Los eventos vitales estresantes en los 12 meses previos al parto, la falta de apoyo emocional y financiero por parte del marido o pareja, el no tener pareja, depresión en la pareja, bajo apoyo social de la familia o amigos, tener una mala relación con la propia madre, se han identificado como factores psicosociales asociado a DPP. ⁴⁸

Los estresores somáticos del embarazo podrían desencadenar síntomas depresivos que persisten luego del parto, particularmente en madres sin parejas. ⁴⁸

En un estudio de cohorte en 12.361 mujeres australianas, se encontró que el bajo apoyo por parte de la pareja fue un factor predictor, de una DPP. ⁴⁵

Dennis y Ross (2006) encuentran que la confianza y el apoyo de la pareja, el contacto con otras mujeres con bebés, y la presencia de sintomatología depresiva durante la primera semana del posparto, diferenciaron a las mujeres que presentaron sintomatología depresiva en la octava semana después de dar a luz, de las que no la presentaron. ⁴⁹

Al contrario de lo descrito anteriormente, en un estudio realizado en el 2009 por Escobar y cols, no se encontró diferencias estadísticas ni asociación de la depresión posparto con la depresión durante la gestación ni el soporte social de la pareja. ⁴⁹

Urdaneta y cols. (2011) demostraron que las pacientes que no contaban con el apoyo de su pareja tenían un riesgo altamente significativo para la presencia de DPP (p: 0,000 IC: 3,36 - 60,56), mientras que las pacientes que no contaron con el apoyo familiar tenía un riesgo significativo (p: 0,032 IC: 1,19 - 123,49).⁴²

Los resultados presentados en este estudio, señalan que el no contar con el apoyo de la familia constituye un factor significativo en el riesgo de desarrollar cuadros depresivos en el puerperio; al igual que en los obtenidos tanto por Alvarado y cols, quienes señalan que los problemas con los familiares tenía una asociación significativa con la DPP ($p=0,007$), como por Rojas y cols, quienes encontraron que la mayor parte de las mujeres que estudiaban cuidaba sola a su bebé y, si recibía ayuda, en la mayoría de los casos ésta provenía de su propia madre, cuya presencia condicionaría un mayor riesgo de DPP producto de un mayor estrés psicosocial.⁴⁷

Alvarado y cols. señalan como características asociadas al desarrollo de DPP el vivir sin la pareja ($p=0,02$), la mala relación con la pareja ($p<0,0001$) o el abandono por la pareja ($p=0,001$).⁵⁰

Cabe mencionar los hallazgos de la investigación realizada por Póo y cols, la mayor cantidad de factores que aparecen como asociados a la posibilidad de presentar DPP son de tipo familiar, por lo tanto, si se considera a la familia como el primer agente socializador, y luego la pareja que pasa a formar parte de este entorno, son las interacciones que ocurren en dicho ámbito los que tendrían mayor repercusión en la afectividad de la mujer a lo largo de su vida, en especial en períodos de mayor sensibilidad como lo son el embarazo y el puerperio.⁵¹ Los hallazgos de esta investigación amplían el foco de que las disfunciones en la relación de pareja predisponen a desarrollar Depresión posparto, puesto que informan que experiencias de violencia intrafamiliar ($p =0,02$) actuales o pasadas, experimentadas de manera directa o indirecta no sólo entre la mujer y su pareja, tendrían repercusiones en la mujer para desarrollar Depresión posparto. La mala calidad de la relación con el padre del último hijo durante el embarazo ($p =0,03$), resultó ser un factor de riesgo para presentar Depresión posparto.⁴⁶ Además, una mala

calidad en la relación con los padres en el puerperio ($p = 0,03$), resultó ser un factor de riesgo para desarrollar Depresión posparto. ⁵¹

Alvarado-Esquivel y cols. realizaron un estudio transversal acerca de la prevalencia de depresión posparto en hospitales públicos en México en el 2009, encontraron que las mujeres con más de tres años viviendo con su pareja mostraron una frecuencia significativamente mayor de depresión posnatal que las mujeres con una relación más corta ($p = 0.03$). ⁵⁴ Además encontraron una relación estadísticamente significativa de la depresión posparto con las siguientes variables: vivir sin la pareja ($p = 0.02$), mala relación con la pareja ($p < 0.0001$), abandono por la pareja ($p = 0.001$) y problemas financieros ($p = 0.01$). Describen que más conflictos familiares se han asociado con una tasa incrementada de síntomas depresivos en madres adolescentes durante el primer año posparto. ⁵⁴

Figueiredo y cols. encontraron que las mujeres que vivían con sus parejas tenían riesgo de tener una calificación > 12 en Escala de Depresión posparto de Edimburgo en el posparto. ⁵⁵

Luna y cols. (2009) realizan un estudio descriptivo transversal de asociación simple en el que se analizaron 222 gestantes de 16 a 42 años. No encontraron diferencias respecto a la frecuencia de depresión según la percepción de tener problemas con la pareja ($P = 0,053$) ni en relación con el apoyo familiar ($P = 0,315$).⁵⁷

Chavez y Gonzalez (2008) mencionan que es necesario examinar la relación que existe entre el apoyo social y el estado de ánimo en la etapa posparto, partiendo de la importancia que tiene el contexto cultural, pues éste da matices importantes en la conducta y emociones de las mujeres en etapa posparto. En este sentido, también se afirma, por ejemplo, que se tienen que

considerar los rituales propios de cada cultura en la etapa perinatal de la mujer. ⁵⁶ En su estudio describen una investigación realizada por Stuchbery y Barnett, en el que se explora la importancia del significado de lo que representa para la mujer el apoyo social en la etapa posparto y su relación con la depresión. Realizaron una comparación entre madres vietnamitas, árabes y anglo-célticas. Para determinar el estado de ánimo, se les aplicó a los seis meses posparto la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo, también se tuvieron en cuenta, del mismo instrumento, las respuestas sobre apoyo social. La muestra fue de 105 mujeres anglo-célticas, 113 vietnamitas y 98 árabes. Entre los resultados más relevantes que se mencionan, se encuentra que las mujeres anglo-célticas que presentaron estado depresivo expresaron mayor necesidad de apoyo emocional por parte del padre y de la madre. En tanto, las mujeres vietnamitas con la misma condición de estado de ánimo y con una pobre relación tanto con el padre como con la madre, manifestaron necesitar mayor apoyo por parte de su pareja. La necesidad de apoyo social de las mujeres árabes con depresión fue similar con las mujeres anglo-célticas, esto es, el apoyo por parte de los padres resultó ser el más importante. ⁵⁶

En un estudio realizado por Navarro y cols. (2011) acerca de la percepción de la eficacia materna en el posparto y su relación con diversas variables sociodemográficas y psicológicas, encontraron que no tener pareja y presentar sintomatología depresiva y sucesos estresantes, se relacionaron con baja percepción de eficacia materna.⁵⁸ Los síntomas de depresión influyen en la sensación de capacidad de la madre, mientras que, al ser la pareja uno de los apoyos más importantes en este momento, su ausencia dificulta su desempeño, al recaer sobre ella todas las responsabilidades.⁵⁸ No extraña el efecto adverso de esta variable ya que, como se sabe, ésta constituye, en esta etapa de la vida, uno de los apoyos más importantes para la

adaptación de la mujer a la maternidad.⁵⁸ Las madres que cuentan con el apoyo de su compañero están más satisfechas con su papel y desempeño, con el infante y con su vida en general.⁵⁸ Con base en observaciones clínicas, Stern hace hincapié en que en esta etapa de la vida la madre se ve sometida a enormes demandas, por lo cual necesita sentirse apoyada por las personas cercanas. ⁵⁸

En nuestro estudio encontramos que el apoyo emocional del padre es un factor protector para la depresión posparto ($p: 0,009$ y razón de momios: $0,814$ IC: $0,673 - 0,9851$), más que el aspecto económico, que parece no estar relacionado con el riesgo de depresión posparto. Dar apoyo emocional no se vincula con lo económico, sino con ofrecer a la pareja un apoyo donde pueda descargar sus emociones y sentimientos.

En nuestro estudio no encontramos una relación estadísticamente significativa entre la depresión posparto y el apoyo familiar, probablemente porque la muestra de adolescentes que no recibieron apoyo de su familia es muy bajo. La mayoría de las participantes en nuestro estudio recibieron apoyo por parte de algún miembro de su familia (91.4% emocional y 83,8% económico).

Con respecto al sexo del recién nacido, en el estudio realizado por Almanza-Muñoz y cols en el 2011 se señala que el sexo del recién nacido se asocia más a depresión posparto en quienes tienen niños, aun cuando no es significativo ($p: 0.175$), en contraste Patel lo señala para quienes han tenido niñas, al igual que García-Fonseca y cols. ⁵³ Alvarado Esquivel y cols. no encontraron relación entre la depresión posnatal y el sexo del niño. ⁵⁴

En nuestro estudio encontramos que el tener un recién nacido varón es un factor de riesgo para tener depresión posparto (Razón de momios: 1,363, IC: 1,077 – 1,726). Probablemente cuando llega al hogar un varón, el padre y la familia presta atención al recién nacido en lugar de la madre, lo que favorece el desarrollo de depresión posparto.

RECOMENDACIONES

- Con los datos obtenidos durante la investigación, es evidente la falta de diagnóstico temprano de los cuadros depresivos en las madres en general. Las madres adolescentes necesitan más atención por parte del personal de salud al tratarse de una etapa tan conflictiva emocionalmente. Es por esto que creemos prudente enfatizar el uso de escalas para descartar trastornos depresivos durante y luego del embarazo.
- Es necesaria la correcta elaboración del historial clínico de las madres para descartar o manejar correctamente los antecedentes de trastornos depresivos personales o familiares y que estos sean controlados durante el embarazo actual.
- El inicio de la vida sexual es cada vez más prematura en la población general, por ende la presencia de embarazos no deseados en madres inmaduras fisiológica y emocionalmente. Todo esto hace necesario brindar más información sobre salud sexual y reproductiva a más temprana edad. Es prudente implementar programas o campañas de información con contenido de calidad que sea comprensible y de fácil acceso para los adolescentes.
- El apoyo emocional durante el embarazo es primordial a cualquier edad, más aun en una madre adolescente. Es fundamental incentivar el apoyo del padre del producto como de la familia en general para evitar trastornos depresivos en las madres, así como favorecer el bienestar del recién nacido.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

- La prevalencia de depresión posparto en madres adolescentes que acudieron al Servicio de Adolescencia del Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad en el primer trimestre del año 2013 es del 23.2%
- El nivel de escolaridad no es un factor de riesgo para desarrollar depresión posparto en adolescentes embarazadas.
- El apoyo emocional y económico de la familia de la madre no influye en el desarrollo de depresión posparto en las madres adolescentes
- El apoyo emocional del padre del producto es un factor protector para el desarrollo de depresión posparto en las madres adolescentes, el económico no.
- Los antecedentes personales de depresión están relacionados con la manifestación de depresión posparto en adolescentes.
- Los antecedentes familiares de depresión están relacionados con la manifestación de depresión posparto en adolescentes.

PÁGINAS COMPLEMENTARIAS

ANEXO 1

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|--|--|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido | 6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada |
| 2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
No, nada |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
Sí, la mayoría de las veces
Sí, algunas veces
No muy a menudo
No, nunca | 8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada | 10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca |

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

Taken from the British Journal of Psychiatry
June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

1/07

ANEXO 2

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Relación entre la depresión posparto y las madres adolescentes del Hospital Gineco-obstétrico Maternidad Isidro Ayora entre Enero, Febrero y Marzo del 2013

NOTA: Todos los datos provenientes de las encuestas serán procesados bajo estricta confidencialidad. La investigación excluirá todos los nombres de las participantes para el análisis de los datos, sin ningún tipo de consecuencias morales ni físicas sobre las participantes del estudio.

- Edad de la madre: ____
- Semanas de Gestación al nacimiento de su hijo/a: ____
- Sexo del recién Nacido: Masculino ____ Femenino ____
- Antecedentes gestacionales: Gestas____ Partos____ Cesáreas____ Abortos____ Hijos Vivos____ Fecha de la última menstruación ____
- Recién nacido: Único ____ Gemelos ____ Trillizos ____ Otro (4 o más) ____
- Nivel de escolaridad (**POR FAVOR ESPECIFICAR EL ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIO APROBADO**):
 - Ninguno:
 - Primaria:
 - Secundaria:
 - Superior:
- ¿En algún momento de su vida ha tenido una situación que le haya provocado una tristeza muy profunda, ha perdido el interés por las actividades que realizaba normalmente como trabajar, estudiar, etc; ha pasado largas horas llorando, ha deseado hacerse daño de alguna manera o ha sido diagnosticada de depresión?
Si: _____ No: _____
- ¿Alguno de sus familiares (abuelos, padres, tíos, tías, hermanos, hermanas) ha presentado alguna vez alguna de las situaciones descritas en la pregunta anterior?
Si: _____ No: _____
- ¿Recibió apoyo económico del padre de su hijo durante el embarazo?
Si: _____ No: _____
- ¿Recibió apoyo emocional del padre de su hijo durante el embarazo?
Si: _____ No: _____
- ¿Recibió apoyo emocional de alguno de sus familiares durante el embarazo?
Si: _____ No: _____
- ¿Recibió apoyo económico de alguno de sus familiares durante el embarazo?
Si: _____ No: _____

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a madres adolescentes que son atendidas en la hospitalización del Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad Isidro Ayora durante los meses de Enero, Febrero y Marzo del 2013 y que se les invita a participar en la investigación sobre Prevalencia de Depresión Posparto en dicho grupo.

Nombre de los Investigadores: Allyson Betsabe Almeida Villacis
Diego Fernando Toscano Guerra

Nombre de la Organización: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Introducción

Somos Egresados de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Estamos investigando acerca de la depresión posparto en adolescentes, un tema que es poco estudiado en el Ecuador. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me para según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme.

Propósito

Si bien existen varios estudios que determinan la relación entre la depresión y la maternidad, no existen datos suficientes respecto al grupo de madres adolescentes.

Actualmente la prevalencia de madres adolescentes en nuestro medio va en aumento y dichas pacientes requieren de manejos especiales, por lo que consideramos necesario indagar en el tema con el fin de obtener datos para el mejor manejo de dicho grupo.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación incluye una única encuesta, realizada por uno de los investigadores.

Selección de participantes

Estamos invitando a todas las madres adolescentes que son atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad Isidro Ayora en la hospitalización, durante los meses de Enero, Febrero y Marzo del 2013, para participar en la investigación sobre la prevalencia de depresión posparto en dicho grupo.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en esta casa de salud y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Protección de la recolección de datos

Todos los datos provenientes de las encuestas anteriormente mencionadas serán procesados bajo estricta confidencialidad. La investigación excluirá todos los nombres de las participantes para el análisis de los datos, sin ningún tipo de consecuencias morales ni físicas sobre las participantes del estudio.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

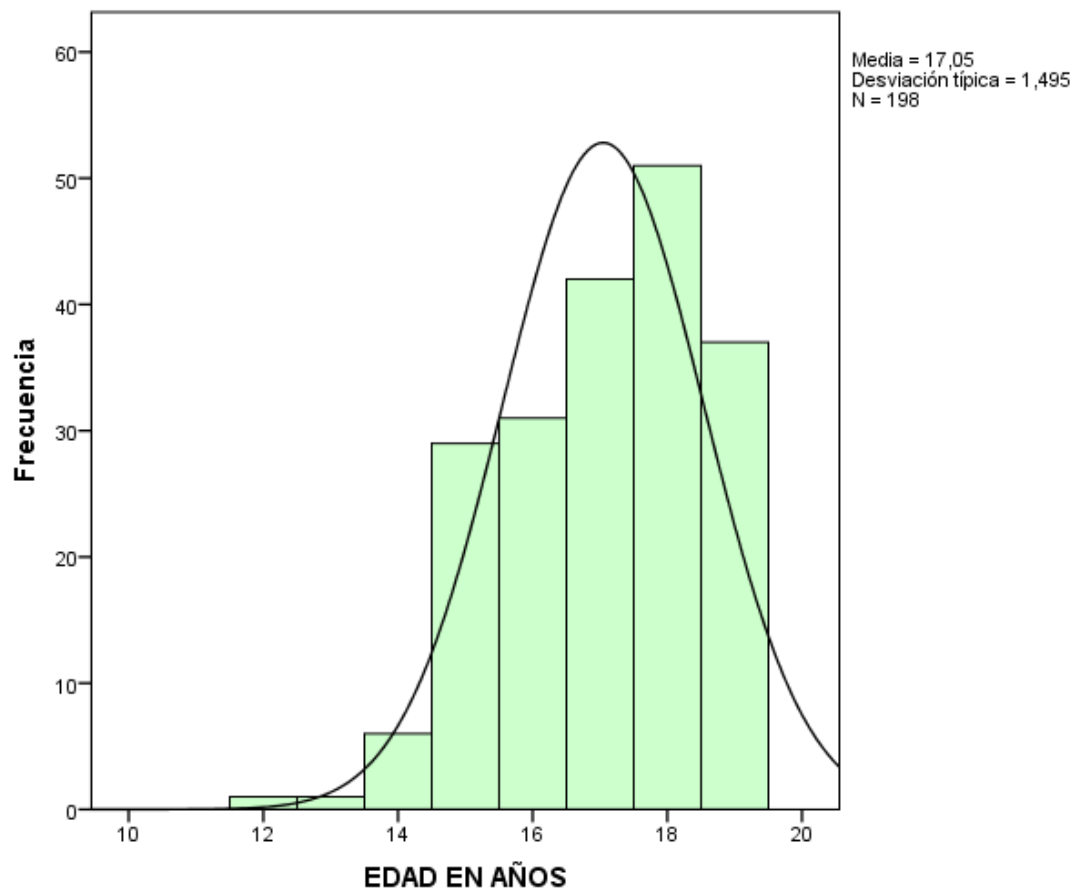
Fecha _____

Día/mes/año

GRÁFICOS

Gráfico 1:

Histograma de edad de las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.

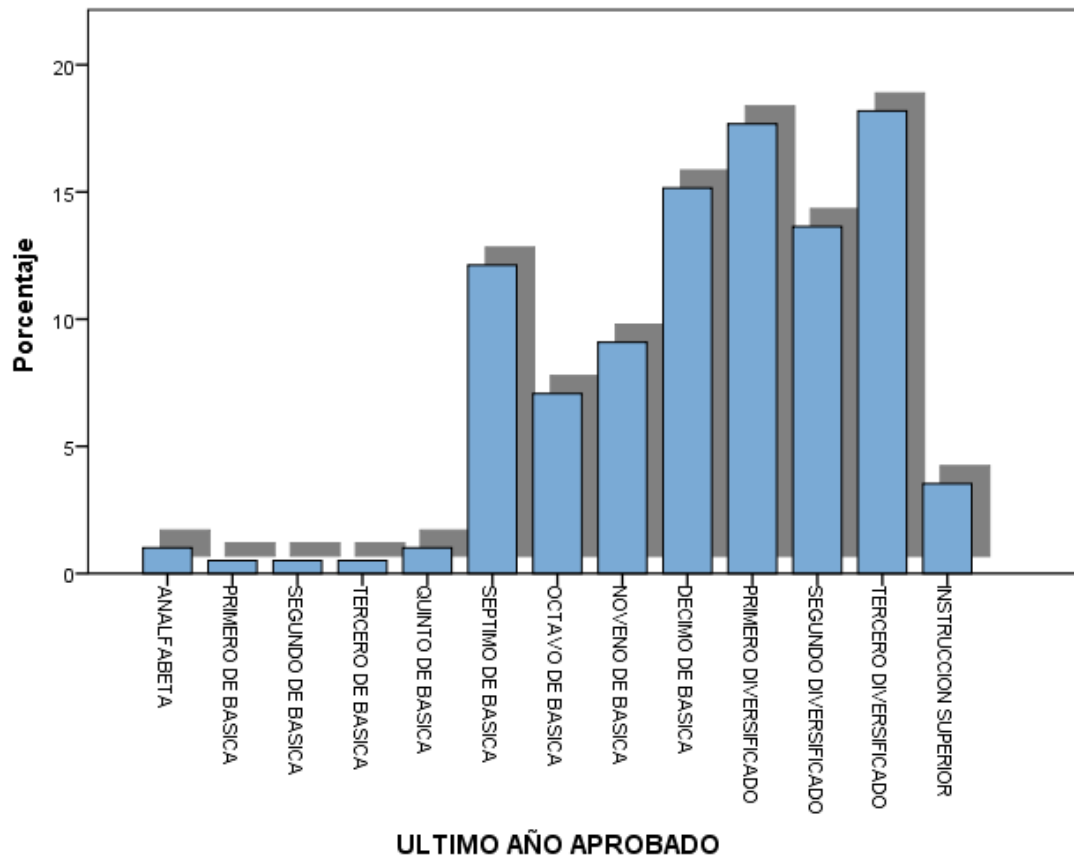


ELABORADO POR: Allyson Almeida V.; Diego Toscano G.

FUENTE: encuestas realizadas a las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora

Gráfico 2:

Porcentaje del último año de escolaridad aprobado por las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.

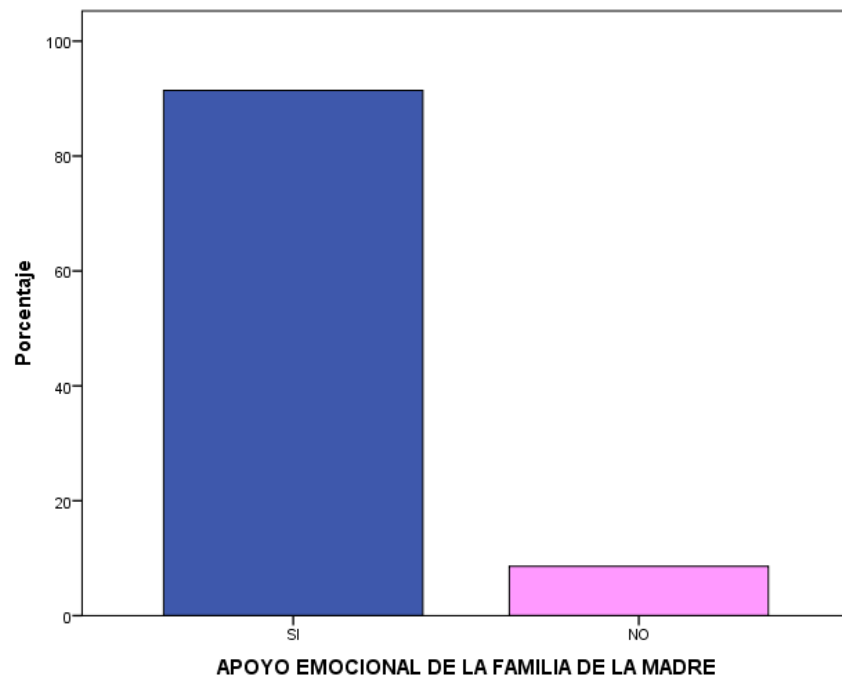


ELABORADO POR: Allyson Almeida V.; Diego Toscano G.

FUENTE: encuestas realizadas a las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora

Gráfico 3:

Porcentaje de pacientes que recibieron apoyo emocional por parte de sus familias en el servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.

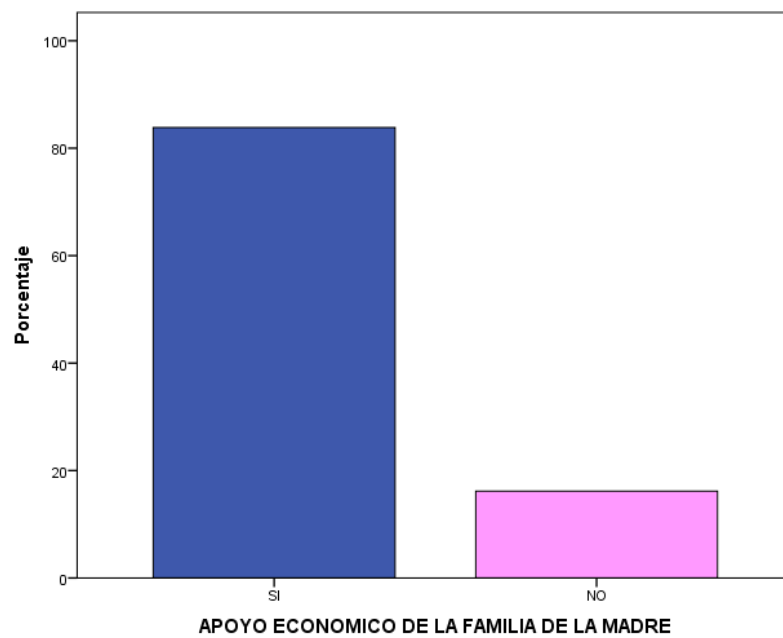


ELABORADO POR: Allyson Almeida V.; Diego Toscano G.

FUENTE: encuestas realizadas a las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora

Gráfico 4:

Porcentaje de pacientes que recibieron apoyo económico por parte de sus familias en el servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.

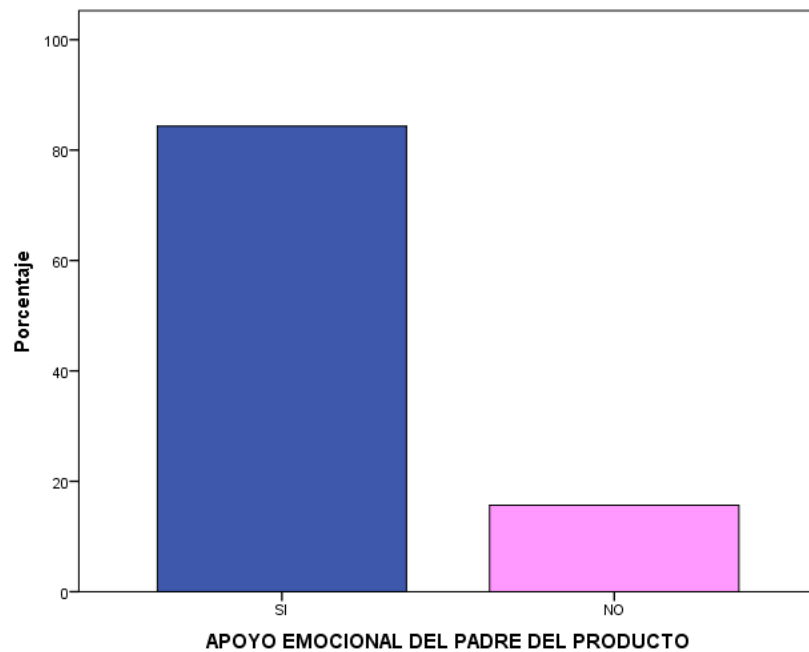


ELABORADO POR: Allyson Almeida V.; Diego Toscano G.

FUENTE: encuestas realizadas a las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora

Gráfico 5:

Porcentaje de pacientes que recibieron apoyo emocional por parte del padre del producto en el servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.

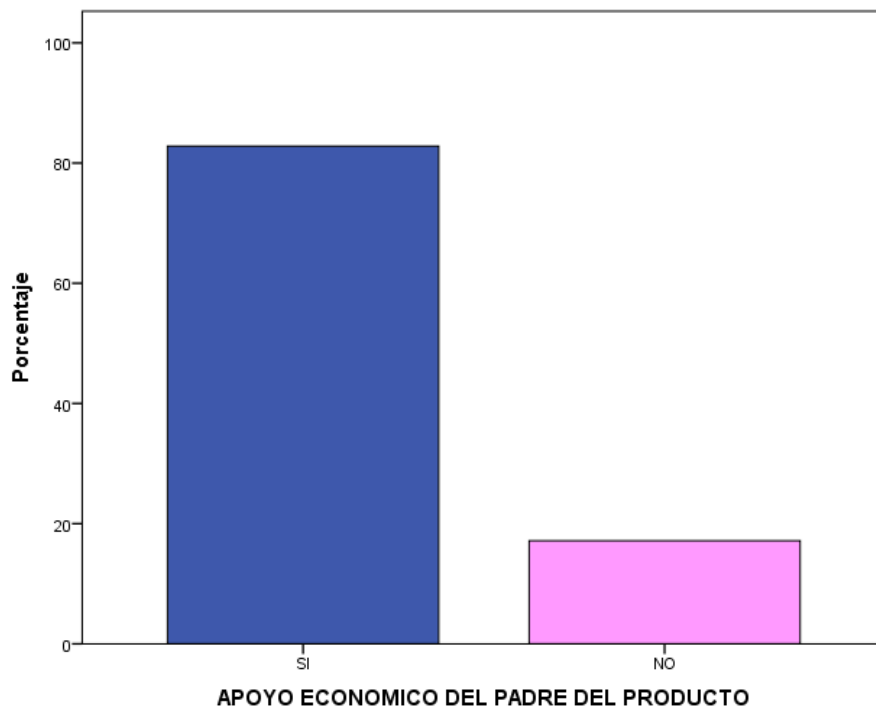


ELABORADO POR: Allyson Almeida V.; Diego Toscano G.

FUENTE: encuestas realizadas a las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora

Gráfico 6:

Porcentaje de pacientes que recibieron apoyo económico por parte del padre del producto en el servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.

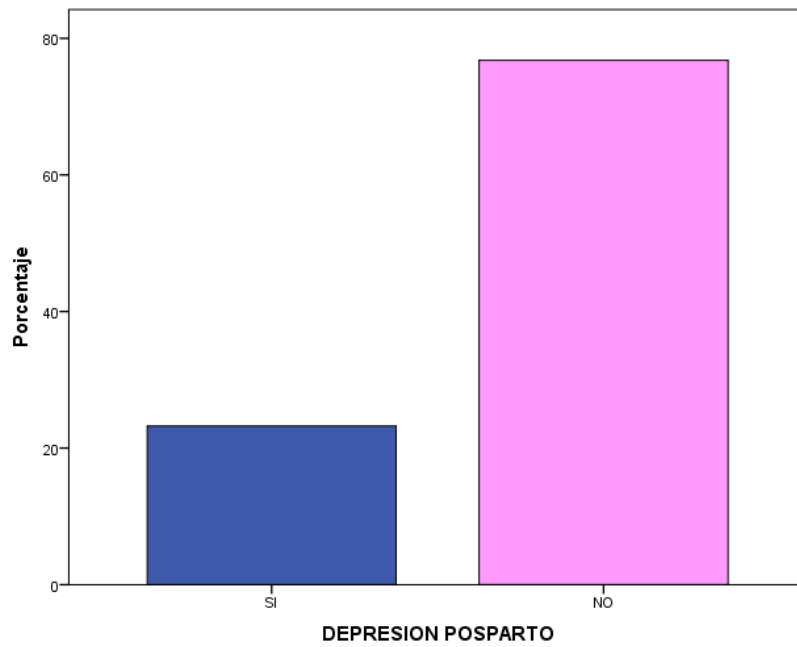


ELABORADO POR: Allyson Almeida V.; Diego Toscano G.

FUENTE: encuestas realizadas a las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora

Gráfico 7:

Porcentaje de madres con depresión postparto en el servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.

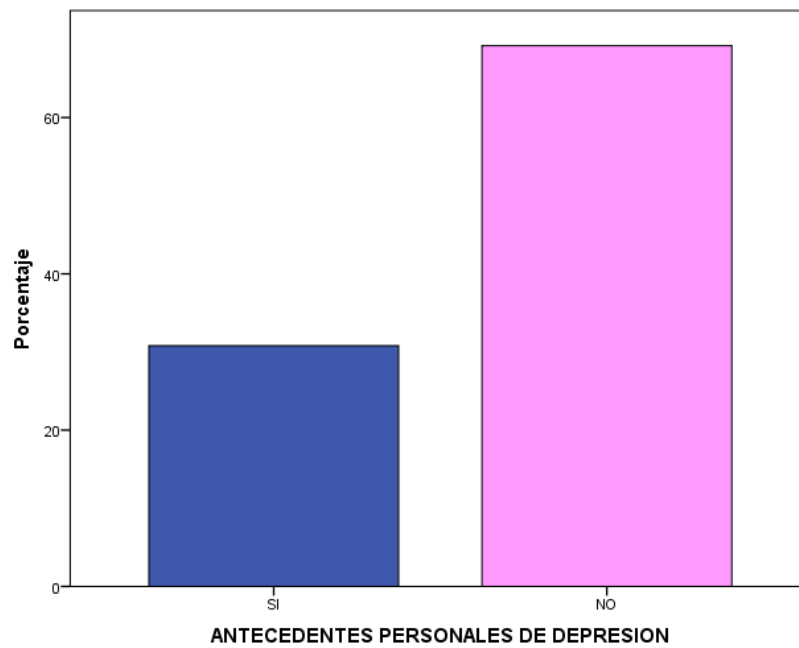


ELABORADO POR: Allyson Almeida V.; Diego Toscano G.

FUENTE: Escala de depresión postnatal de Edimburgo realizadas a las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora

Gráfico 8:

Porcentaje de antecedentes personales de depresión en las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.

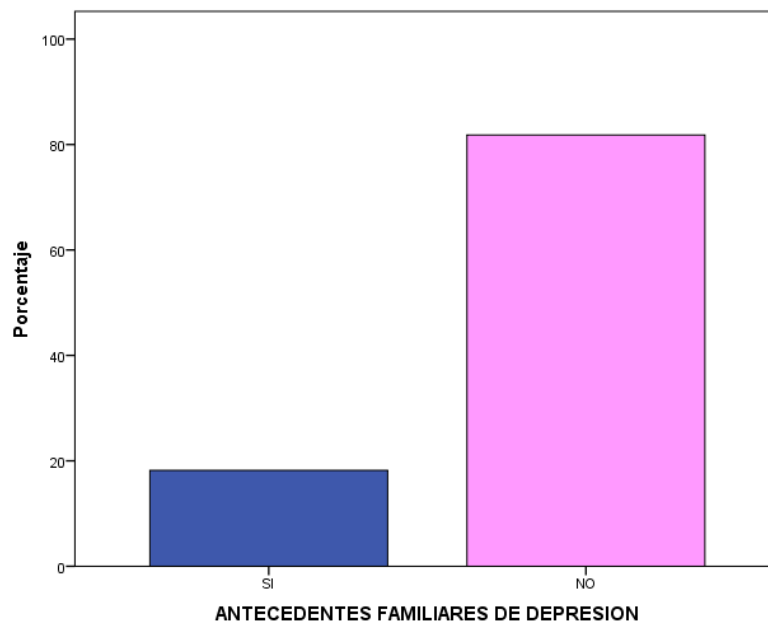


ELABORADO POR: Allyson Almeida V.; Diego Toscano G.

FUENTE: encuestas realizadas a las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora

Gráfico 9:

Porcentaje de antecedentes familiares de depresión en las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.

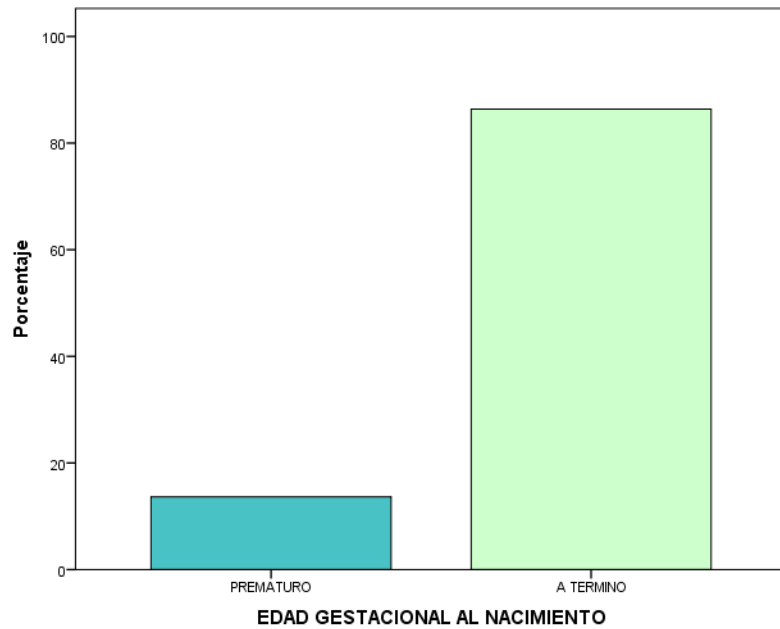


ELABORADO POR: Allyson Almeida V.; Diego Toscano G.

FUENTE: encuestas realizadas a las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora

Gráfico 10:

Porcentaje de recién nacidos prematuros y a término de madres en el servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.

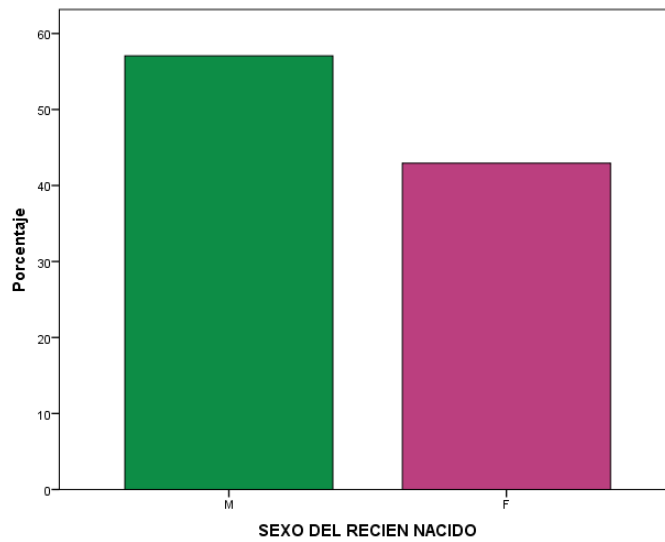


ELABORADO POR: Allyson Almeida V.; Diego Toscano G.

FUENTE: encuestas realizadas a las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora

Gráfico 11:

Porcentaje de recién nacidos según el género de madres en el servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.

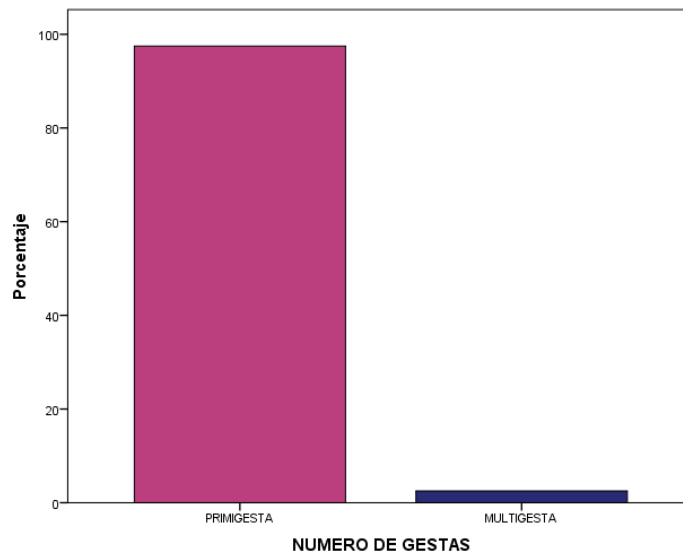


ELABORADO POR: Allyson Almeida V.; Diego Toscano G.

FUENTE: encuestas realizadas a las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora

Gráfico 12:

Porcentaje del número de gestas en las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.

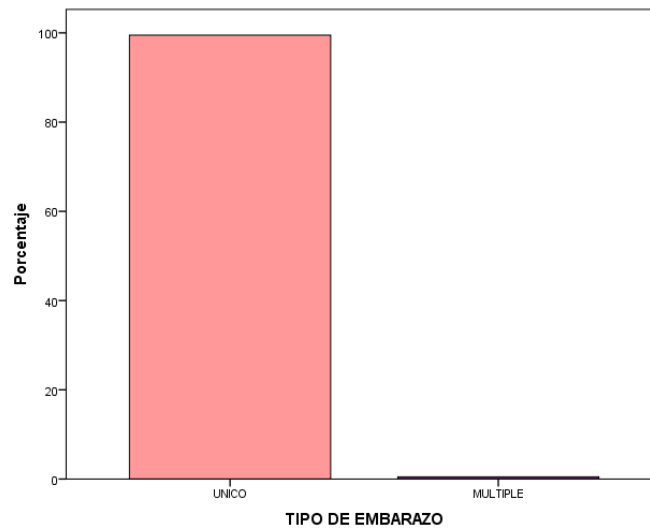


ELABORADO POR: Allyson Almeida V.; Diego Toscano G.

FUENTE: encuestas realizadas a las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora

Gráfico 13:

Tipo de embarazo de madres en el servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.

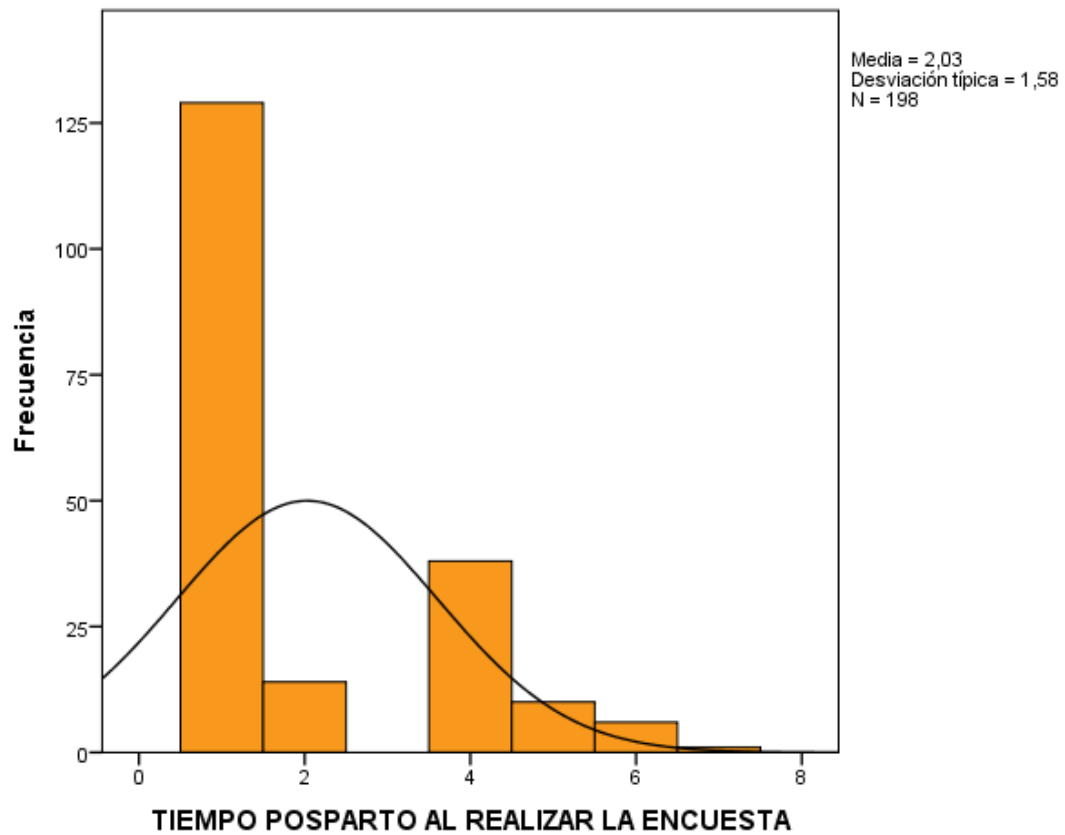


ELABORADO POR: Allyson Almeida V.; Diego Toscano G.

FUENTE: encuestas realizadas a las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora

Gráfico 14:

Histograma del tiempo postparto de madres encuestadas en la hospitalización del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora en el primer trimestre del año 2013.



ELABORADO POR: Allyson Almeida V.; Diego Toscano G.

FUENTE: encuestas realizadas a las madres del servicio de adolescentes del Hospital Gineco obstétrico Maternidad Isidro Ayora

TABLAS DE ANALISIS DESCRIPTIVO

TABLA 1. ULTIMO AÑO APROBADO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
ANALFABETA	2	1,0	1,0	1,0
PRIMERO DE BASICA	1	,5	,5	1,5
SEGUNDO DE BASICA	1	,5	,5	2,0
TERCERO DE BASICA	1	,5	,5	2,5
QUINTO DE BASICA	2	1,0	1,0	3,5
SEPTIMO DE BASICA	24	12,1	12,1	15,7
OCTAVO DE BASICA	14	7,1	7,1	22,7
Válidos NOVENO DE BASICA	18	9,1	9,1	31,8
DECIMO DE BASICA	30	15,2	15,2	47,0
PRIMERO DIVERSIFICADO	35	17,7	17,7	64,6
SEGUNDO DIVERSIFICADO	27	13,6	13,6	78,3
TERCERO DIVERSIFICADO	36	18,2	18,2	96,5
INSTRUCCION SUPERIOR	7	3,5	3,5	100,0
Total	198	100,0	100,0	

TABLA 2. NUMERO DE GESTAS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PRIMIGESTA	193	97,5	97,5	97,5
Válidos MULTIGESTA	5	2,5	2,5	100,0
Total	198	100,0	100,0	

TABLA 3. ANTECEDENTES PERSONALES DE DEPRESION

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	61	30,8	30,8	30,8
Válidos NO	137	69,2	69,2	100,0
Total	198	100,0	100,0	

TABLA 4. ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESION

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	36	18,2	18,2	18,2
Válidos NO	162	81,8	81,8	100,0
Total	198	100,0	100,0	

TABLA 5. APOYO EMOCIONAL DEL PADRE DEL PRODUCTO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	167	84,3	84,3	84,3
Válidos NO	31	15,7	15,7	100,0
Total	198	100,0	100,0	

TABLA 6. APOYO ECONOMICO DEL PADRE DEL PRODUCTO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	164	82,8	82,8	82,8
Válidos NO	34	17,2	17,2	100,0
Total	198	100,0	100,0	

TABLA 7. APOYO EMOCIONAL DE LA FAMILIA DE LA MADRE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	181	91,4	91,4	91,4
Válidos NO	17	8,6	8,6	100,0
Total	198	100,0	100,0	

TABLA 8. APOYO ECONOMICO DE LA FAMILIA DE LA MADRE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	166	83,8	83,8	83,8
Válidos NO	32	16,2	16,2	100,0
Total	198	100,0	100,0	

TABLA 9. DEPRESION POSPARTO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	46	23,2	23,2	23,2
Válidos NO	152	76,8	76,8	100,0
Total	198	100,0	100,0	

TABLA 10. EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PREMATURO	27	13,6	13,6	13,6
Válidos A TERMINO	171	86,4	86,4	100,0
Total	198	100,0	100,0	

TABLA 11. SEXO DEL RECIEN NACIDO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
M	113	57,1	57,1	57,1
Válidos F	85	42,9	42,9	100,0
Total	198	100,0	100,0	

TABLA 12. TIPO DE EMBARAZO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
UNICO	197	99,5	99,5	99,5
Válidos MULTIPLE	1	,5	,5	100,0
Total	198	100,0	100,0	

TABLAS DE ANALISIS ESTADISTICO

TABLA 13. DEPRESION POSPARTO * EDAD EN AÑOS

Tabla de contingencia

			EDAD EN AÑOS			
			12	13	14	15
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	0	0	2	8
		Frecuencia esperada	,2	,2	1,4	6,7
	NO	Recuento	1	1	4	21
		Frecuencia esperada	,8	,8	4,6	22,3
Total		Recuento	1	1	6	29
		Frecuencia esperada	1,0	1,0	6,0	29,0

Tabla de contingencia

			EDAD EN AÑOS			
			16	17	18	19
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	6	10	10	10
		Frecuencia esperada	7,2	9,8	11,8	8,6
	NO	Recuento	25	32	41	27
		Frecuencia esperada	23,8	32,2	39,2	28,4
Total		Recuento	31	42	51	37
		Frecuencia esperada	31,0	42,0	51,0	37,0

Tabla de contingencia

			Total
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	46
		Frecuencia esperada	46,0
	NO	Recuento	152
		Frecuencia esperada	152,0
Total		Recuento	198
		Frecuencia esperada	198,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)	
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%
					Límite inferior
Chi-cuadrado de Pearson	2,200 ^a	7	,948	,947 ^b	,941
Razón de verosimilitudes	2,628	7	,917	,949 ^b	,943
Estadístico exacto de Fisher	2,793			,930 ^b	,923
Asociación lineal por lineal	,000 ^c	1	,992	1,000 ^b	1,000
N de casos válidos	198				

Pruebas de chi-cuadrado

	Sig. de Monte Carlo (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (unilateral)		
	Intervalo de confianza al 99%	Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	,952 ^a	,517	,504	,529 ^b
Razón de verosimilitudes	,954			
Estadístico exacto de Fisher	,936			
Asociación lineal por lineal	1,000 ^c			
N de casos válidos				

TABLA 14. DEPRESION POSPARTO * ULTIMO AÑO APROBADO

Tabla de contingencia

			ULTIMO AÑO APROBADO	
			ANALFABETA	PRIMERO DE BASICA
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	0	1
		Frecuencia esperada	,5	,2
	NO	Recuento	2	0
		Frecuencia esperada	1,5	,8
Total		Recuento	2	1
		Frecuencia esperada	2,0	1,0

Tabla de contingencia

			ULTIMO AÑO APROBADO	
			SEGUNDO DE BASICA	TERCERO DE BASICA
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	0	0
		Frecuencia esperada	,2	,2
	NO	Recuento	1	1
		Frecuencia esperada	,8	,8
Total		Recuento	1	1
		Frecuencia esperada	1,0	1,0

Tabla de contingencia

			ULTIMO AÑO APROBADO	
			QUINTO DE BASICA	SEPTIMO DE BASICA
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	0	5
		Frecuencia esperada	,5	5,6
	NO	Recuento	2	19
		Frecuencia esperada	1,5	18,4
Total		Recuento	2	24
		Frecuencia esperada	2,0	24,0

Tabla de contingencia

			ULTIMO AÑO APROBADO	
			OCTAVO DE BASICA	NOVENO DE BASICA
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	6	5
		Frecuencia esperada	3,3	4,2
	NO	Recuento	8	13
		Frecuencia esperada	10,7	13,8
Total		Recuento	14	18
		Frecuencia esperada	14,0	18,0

Tabla de contingencia

			ULTIMO AÑO APROBADO	
			DECIMO DE BASICA	PRIMERO DIVERSIFICADO
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	8	8
		Frecuencia esperada	7,0	8,1
	NO	Recuento	22	27
		Frecuencia esperada	23,0	26,9
Total		Recuento	30	35
		Frecuencia esperada	30,0	35,0

Tabla de contingencia

			ULTIMO AÑO APROBADO	
			SEGUNDO DIVERSIFICADO	TERCERO DIVERSIFICADO
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	6	6
		Frecuencia esperada	6,3	8,4
	NO	Recuento	21	30
		Frecuencia esperada	20,7	27,6
Total		Recuento	27	36
		Frecuencia esperada	27,0	36,0

Tabla de contingencia

			ULTIMO AÑO APROBADO	Total
			INSTRUCCION SUPERIOR	
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	1	46
		Frecuencia esperada	1,6	46,0
	NO	Recuento	6	152
		Frecuencia esperada	5,4	152,0
Total		Recuento	7	198
		Frecuencia esperada	7,0	198,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)	
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%
					Límite inferior
Chi-cuadrado de Pearson	9,830 ^a	12	,631	,653 ^b	,641
Razón de verosimilitudes	10,495	12	,573	,683 ^b	,671
Estadístico exacto de Fisher	8,693			,745 ^b	,733
Asociación lineal por lineal	,550 ^c	1	,458	,469 ^b	,456
N de casos válidos	198				

Pruebas de chi-cuadrado

	Sig. de Monte Carlo (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (unilateral)		
	Intervalo de confianza al 99%	Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	,665 ^a			
Razón de verosimilitudes	,695			
Estadístico exacto de Fisher	,756			
Asociación lineal por lineal	,481 ^c	,233	,222	,244 ^b
N de casos válidos				

TABLA 15. DEPRESION POSPARTO * NUMERO DE GESTAS

Tabla de contingencia

		NUMERO DE GESTAS		Total	
		PRIMIGESTA	MULTIGESTA		
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	45	1	46
		Frecuencia esperada	44,8	1,2	46,0
	NO	Recuento	148	4	152
		Frecuencia esperada	148,2	3,8	152,0
Total		Recuento	193	5	198
		Frecuencia esperada	193,0	5,0	198,0

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para DEPRESION POSPARTO (SI / NO)	1,216	,133	11,160
Para la cohorte NUMERO DE GESTAS = PRIMIGESTA	1,005	,955	1,057
Para la cohorte NUMERO DE GESTAS = MULTIGESTA	,826	,095	7,209
N de casos válidos	198		

Pruebas de homogeneidad de la razón de las ventajas

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Breslow-Day	,000	0	.
De Tarone	,000	0	.

Pruebas de independencia condicional

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	,030	1	,862
Mantel-Haenszel	,131	1	,717

Estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel

	Estimación		1,216
	ln(estimación)		,196
	Error típ. de ln(estimación)		1,131
	Sig. asintótica (bilateral)		,863
		Límite inferior	,133
	Razón de ventajas común	Límite superior	11,160
Intervalo de confianza asintótico al 95%		Límite inferior	-2,021
		Límite superior	2,412
	ln(Razón de ventajas común)		

TABLA 16. DEPRESION POSPARTO * ANTECEDENTES PERSONALES DE DEPRESION

Tabla de contingencia

		ANTECEDENTES PERSONALES DE DEPRESION		Total	
		SI	NO		
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	25	21	46
		Frecuencia esperada	14,2	31,8	46,0
	NO	Recuento	36	116	152
		Frecuencia esperada	46,8	105,2	152,0
Total		Recuento	61	137	198
		Frecuencia esperada	61,0	137,0	198,0

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para DEPRESION POSPARTO (SI / NO)	3,836	1,924	7,650
Para la cohorte ANTECEDENTES PERSONALES DE DEPRESION = SI	2,295	1,555	3,387
Para la cohorte ANTECEDENTES PERSONALES DE DEPRESION = NO	,598	,431	,830
N de casos válidos	198		

Pruebas de homogeneidad de la razón de las ventajas

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Breslow-Day	,000	0	.
De Tarone	,000	0	.

Pruebas de independencia condicional

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	15,576	1	,000
Mantel-Haenszel	14,099	1	,000

Estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel

Estimación		3,836	
ln(estimación)		1,344	
Error típ. de ln(estimación)		,352	
Sig. asintótica (bilateral)		,000	
Intervalo de confianza asintótico al 95%	Razón de ventajas común	Límite inferior	1,924
		Límite superior	7,650
	ln(Razón de ventajas común)	Límite inferior	,654
		Límite superior	2,035

TABLA 17. DEPRESION POSPARTO * ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESION

Tabla de contingencia

		ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESION		Total	
		SI	NO		
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	15	31	46
		Frecuencia esperada	8,4	37,6	46,0
	NO	Recuento	21	131	152
		Frecuencia esperada	27,6	124,4	152,0
Total		Recuento	36	162	198
		Frecuencia esperada	36,0	162,0	198,0

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para DEPRESION POSPARTO (SI / NO)	3,018	1,398	6,516
Para la cohorte ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESION = SI	2,360	1,329	4,193
Para la cohorte ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESION = NO	,782	,633	,965
N de casos válidos	198		

Pruebas de homogeneidad de la razón de las ventajas

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Breslow-Day	,000	0	.
De Tarone	,000	0	.

Pruebas de independencia condicional

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	8,384	1	,004
Mantel-Haenszel	7,132	1	,008

Estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel

Estimación	3,018		
ln(estimación)	1,105		
Error típ. de ln(estimación)	,393		
Sig. asintótica (bilateral)	,005		
Razón de ventajas común	Límite inferior	1,398	
	Límite superior	6,516	
Intervalo de confianza asintótico al 95%	ln(Razón de ventajas común)	Límite inferior	,335
		Límite superior	1,874

TABLA 18. DEPRESION POSPARTO * APOYO EMOCIONAL DEL PADRE DEL PRODUCTO

Tabla de contingencia

		APOYO EMOCIONAL DEL PADRE DEL PRODUCTO		Total	
		SI	NO		
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	33	13	46
		Frecuencia esperada	38,8	7,2	46,0
	NO	Recuento	134	18	152
		Frecuencia esperada	128,2	23,8	152,0
Total		Recuento	167	31	198
		Frecuencia esperada	167,0	31,0	198,0

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para DEPRESION POSPARTO (SI / NO)	,341	,152	,766
Para la cohorte APOYO EMOCIONAL DEL PADRE DEL PRODUCTO = SI	,814	,673	,985
Para la cohorte APOYO EMOCIONAL DEL PADRE DEL PRODUCTO = NO	2,386	1,268	4,492
N de casos válidos	198		

Pruebas de homogeneidad de la razón de las ventajas

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Breslow-Day	,000	0	.
De Tarone	,000	0	.

Pruebas de independencia condicional

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	7,209	1	,007
Mantel-Haenszel	5,989	1	,014

Estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel

Estimación		,341	
ln(estimación)		-1,076	
Error típ. de ln(estimación)		,413	
Sig. asintótica (bilateral)		,009	
Intervalo de confianza asintótico al 95%	Razón de ventajas común	Límite inferior	,152
		Límite superior	,766
	ln(Razón de ventajas común)	Límite inferior	-1,885
		Límite superior	-,267

TABLA 19. DEPRESION POSPARTO * APOYO ECONOMICO DEL PADRE DEL PRODUCTO

Tabla de contingencia

		APOYO ECONOMICO DEL PADRE DEL PRODUCTO		Total	
		SI	NO		
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	34	12	46
		Frecuencia esperada	38,1	7,9	46,0
	NO	Recuento	130	22	152
		Frecuencia esperada	125,9	26,1	152,0
Total		Recuento	164	34	198
		Frecuencia esperada	164,0	34,0	198,0

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para DEPRESION POSPARTO (SI / NO)	,479	,216	1,065
Para la cohorte APOYO ECONOMICO DEL PADRE DEL PRODUCTO = SI	,864	,719	1,039
Para la cohorte APOYO ECONOMICO DEL PADRE DEL PRODUCTO = NO	1,802	,968	3,355
N de casos válidos	198		

Pruebas de homogeneidad de la razón de las ventajas

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Breslow-Day	,000	0	.
De Tarone	,000	0	.

Pruebas de independencia condicional

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	3,349	1	,067
Mantel-Haenszel	2,569	1	,109

Estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel

Estimación		,479	
ln(estimación)		-,735	
Error típ. de ln(estimación)		,407	
Sig. asintótica (bilateral)		,071	
Intervalo de confianza asintótico al 95%	Razón de ventajas común	Límite inferior	,216
		Límite superior	1,065
	ln(Razón de ventajas común)	Límite inferior	-1,533
		Límite superior	,063

TABLA 20. DEPRESION POSPARTO * APOYO EMOCIONAL DE LA FAMILIA DE LA MADRE

Tabla de contingencia

		APOYO EMOCIONAL DE LA FAMILIA DE LA MADRE		Total	
		SI	NO		
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	40	6	46
		Frecuencia esperada	42,1	3,9	46,0
	NO	Recuento	141	11	152
		Frecuencia esperada	138,9	13,1	152,0
Total	Recuento	181	17	198	
	Frecuencia esperada	181,0	17,0	198,0	

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para DEPRESION POSPARTO (SI / NO)	,520	,181	1,494
Para la cohorte APOYO EMOCIONAL DE LA FAMILIA DE LA MADRE = SI	,937	,831	1,057
Para la cohorte APOYO EMOCIONAL DE LA FAMILIA DE LA MADRE = NO	1,802	,705	4,607
N de casos válidos	198		

Pruebas de homogeneidad de la razón de las ventajas

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Breslow-Day	,000	0	.
De Tarone	,000	0	.

Pruebas de independencia condicional

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	1,517	1	,218
Mantel-Haenszel	,863	1	,353

Estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel

Estimación		,520	
ln(estimación)		-,654	
Error típ. de ln(estimación)		,538	
Sig. asintótica (bilateral)		,224	
Intervalo de confianza asintótico al 95%	Razón de ventajas común	Límite inferior	,181
		Límite superior	1,494
	ln(Razón de ventajas común)	Límite inferior	-1,709
		Límite superior	,401

TABLA 21. DEPRESION POSPARTO * APOYO ECONOMICO DE LA FAMILIA DE LA MADRE

Tabla de contingencia

		APOYO ECONOMICO DE LA FAMILIA DE LA MADRE		Total	
		SI	NO		
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	40	6	46
		Frecuencia esperada	38,6	7,4	46,0
	NO	Recuento	126	26	152
		Frecuencia esperada	127,4	24,6	152,0
Total	Recuento	166	32	198	
	Frecuencia esperada	166,0	32,0	198,0	

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para DEPRESION POSPARTO (SI / NO)	1,376	,529	3,580
Para la cohorte APOYO ECONOMICO DE LA FAMILIA DE LA MADRE = SI	1,049	,918	1,198
Para la cohorte APOYO ECONOMICO DE LA FAMILIA DE LA MADRE = NO	,763	,334	1,739
N de casos válidos	198		

Pruebas de homogeneidad de la razón de las ventajas

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Breslow-Day	,000	0	.
De Tarone	,000	0	.

Pruebas de independencia condicional

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	,430	1	,512
Mantel-Haenszel	,182	1	,670

Estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel

Estimación	1,376		
ln(estimación)	,319		
Error típ. de ln(estimación)	,488		
Sig. asintótica (bilateral)	,513		
Razón de ventajas común	Límite inferior	,529	
	Límite superior	3,580	
Intervalo de confianza asintótico al 95%	ln(Razón de ventajas común)	Límite inferior	-,637
		Límite superior	1,275

TABLA 22. DEPRESION POSPARTO * EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO

Tabla de contingencia

		EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO		Total	
		PREMATURO	A TERMINO		
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	9	37	46
		Frecuencia esperada	6,3	39,7	46,0
	NO	Recuento	18	134	152
		Frecuencia esperada	20,7	131,3	152,0
Total		Recuento	27	171	198
		Frecuencia esperada	27,0	171,0	198,0

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para DEPRESION POSPARTO (SI / NO)	1,811	,752	4,362
Para la cohorte EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO = PREMATURO	1,652	,797	3,425
Para la cohorte EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO = A TERMINO	,912	,782	1,064
N de casos válidos	198		

Pruebas de homogeneidad de la razón de las ventajas

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Breslow-Day	,000	0	.
De Tarone	,000	0	.

Pruebas de independencia condicional

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	1,789	1	,181
Mantel-Haenszel	1,187	1	,276

Estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel

Estimación			1,811
ln(estimación)			,594
Error típ. de ln(estimación)			,449
Sig. asintótica (bilateral)			,186
		Límite inferior	,752
	Razón de ventajas común	Límite superior	4,362
Intervalo de confianza asintótico al 95%		Límite inferior	-,285
	ln(Razón de ventajas común)	Límite superior	1,473

TABLA 23. DEPRESION POSPARTO * SEXO DEL RECIEN NACIDO

Tabla de contingencia

			SEXO DEL RECIEN NACIDO		Total
			M	F	
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	33	13	46
		Frecuencia esperada	26,3	19,7	46,0
	NO	Recuento	80	72	152
		Frecuencia esperada	86,7	65,3	152,0
Total		Recuento	113	85	198
		Frecuencia esperada	113,0	85,0	198,0

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para DEPRESION POSPARTO (SI / NO)	2,285	1,116	4,677
Para la cohorte SEXO DEL RECIEN NACIDO = M	1,363	1,077	1,726
Para la cohorte SEXO DEL RECIEN NACIDO = F	,597	,366	,974
N de casos válidos	198		

Pruebas de homogeneidad de la razón de las ventajas

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Breslow-Day	,000	0	.
De Tarone	,000	0	.

Pruebas de independencia condicional

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	5,262	1	,022
Mantel-Haenszel	4,489	1	,034

Estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel

Estimación		2,285
ln(estimación)		,826
Error típ. de ln(estimación)		,366
Sig. asintótica (bilateral)		,024
Intervalo de confianza asintótico al 95%	Razón de ventajas común	Límite inferior 1,116
		Límite superior 4,677
	ln(Razón de ventajas común)	Límite inferior ,110
		Límite superior 1,543

TABLA 24. DEPRESION POSPARTO * TIPO DE EMBARAZO

Tabla de contingencia

			TIPO DE EMBARAZO		Total
			UNICO	MULTIPLE	
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	46	0	46
		Frecuencia esperada	45,8	,2	46,0
	NO	Recuento	151	1	152
		Frecuencia esperada	151,2	,8	152,0
Total		Recuento	197	1	198
		Frecuencia esperada	197,0	1,0	198,0

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Para la cohorte TIPO DE EMBARAZO = UNICO	1,007	,994	1,020
N de casos válidos	198		

Pruebas de homogeneidad de la razón de las ventajas

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Breslow-Day	.	.	.
De Tarone	.	.	.

Pruebas de independencia condicional

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	,304	1	,581
Mantel-Haenszel	,402	1	,526

Estimación de la razón de las ventajas común de Mantel-Haenszel

Estimación			a
ln(estimación)			.
Error típ. de ln(estimación)			.
Sig. asintótica (bilateral)			.
		Límite inferior	.
	Razón de ventajas común	Límite superior	.
Intervalo de confianza asintótico al 95%		Límite inferior	.
	ln(Razón de ventajas común)	Límite superior	.

TABLA 25. DEPRESION POSPARTO * TIEMPO POSPARTO AL REALIZAR LA ENCUESTA

Tabla de contingencia

			TIEMPO POSPARTO AL REALIZAR LA ENCUESTA		
			1 SEMANA	2 SEMANAS	1 MES
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	27	5	10
		Frecuencia esperada	30,0	3,3	8,8
	NO	Recuento	102	9	28
		Frecuencia esperada	99,0	10,7	29,2
Total		Recuento	129	14	38
		Frecuencia esperada	129,0	14,0	38,0

Tabla de contingencia

			TIEMPO POSPARTO AL REALIZAR LA ENCUESTA			Total
			2 MESES	3 MESES	4 MESES	
DEPRESION POSPARTO	SI	Recuento	3	1	0	46
		Frecuencia esperada	2,3	1,4	,2	46,0
	NO	Recuento	7	5	1	152
		Frecuencia esperada	7,7	4,6	,8	152,0
Total		Recuento	10	6	1	198
		Frecuencia esperada	10,0	6,0	1,0	198,0

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)	
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%
					Límite inferior
Chi-cuadrado de Pearson	2,513 ^a	5	,774	,776 ^b	,765
Razón de verosimilitudes	2,623	5	,758	,797 ^b	,787
Estadístico exacto de Fisher	2,974			,728 ^b	,717
Asociación lineal por lineal	,241 ^c	1	,624	,630 ^b	,618
N de casos válidos	198				

Pruebas de chi-cuadrado

	Sig. de Monte Carlo (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (unilateral)		
	Intervalo de confianza al 99%	Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
			Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	,787 ^a			
Razón de verosimilitudes	,808			
Estadístico exacto de Fisher	,740			
Asociación lineal por lineal	,643 ^c	,324	,312	,336 ^b
N de casos válidos				

TABLA 26. VARIABLES SIGNIFICATIVAS

VARIABLES	RAZÓN DE PREVALENCIA (MOMIOS)	INTERVALO DE CONFIANZA	VALOR P	CHI CUADRADO
ANTECEDENTES PERSONALES DE DEPRESIÓN	2,295	1,555 -3,387	0,000	14,099
ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESIÓN	2,360	1,329 – 4,193	0,005	7,132
APOYO EMOCIONAL DEL PADRE DEL PRODUCTO	0,814	0,673 – 0,985	0,009	5,989
SEXO DEL RECIÉN NACIDO	Masculino: 1,363 Femenino: 0,597	Masculino: 1,077 – 1,726 Femenino: 0,366 – 0,974	0,024	4,489

TABLA 27. VARIABLES NO SIGNIFICATIVAS

VARIABLES	RIESGO (RAZÓN DE PREVALENCIA)	INTERVALO DE CONFIANZA	VALOR DE P	VALOR DE CHI
EDAD EN AÑOS		0,923 – 0,936	0,948	2,200
ÚLTIMO AÑO APROBADO		0,733 – 0,756	0,631	9,830
NÚMERO DE GESTAS	Primigesta: 1,005 Multigesta: 0,826	Primigesta: 0,955 – 1,057 Multigesta: 0,826 – 0,095	0,863	0,131
APOYO ECONÓMICO DEL PADRE DEL PRODUCTO	0,864	0,719 – 1,039	0,071	2,569
APOYO EMOCIONAL DE LA FAMILIA DE LA MADRE	0,937	0,831 – 1,057	0,224	0,863
APOYO ECONÓMICO DE LA FAMILIA DE LA MADRE	1,049	0,918 – 1,198	0,513	0,182
EDAD GESTACIONAL AL	Prematuro: 1,652 A término: 0,912	Prematuro: 0,797 – 3,425	0,186	1,187

NACIMIENTO		A término: 0,782 – 1,064		
TIPO DE EMBARAZO	Único: 1,007	0,994 – 1,020		0,402
TIEMPO POSPARTO AL REALIZAR LA ENCUESTA	0.2974	0,717 – 0,740	0,774	2,513

TABLA 28. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN ADOLESCENTES, SEGÚN AUTOR, AÑO DE PUBLICACIÓN, INSTRUMENTO UTILIZADO, POBLACIÓN Y TAMAÑO MUESTRAL.

PREVALENCIA DE DPP EN ADOLESCENTES, SEGÚN AUTOR, AÑO DE PUBLICACIÓN, INSTRUMENTO UTILIZADO, POBLACIÓN Y TAMAÑO MUESTRAL

Autor	Año	Instrumento utilizado	Población estudiada	Tamaño muestral	Prevalencia
Logsdon y cols.	2008	CES-D	Adolescentes 4-6 semanas posparto	85	37%
Cox y cols.	2008	CES-DC	Adolescentes 2 semanas posparto	168	53,6%
Figueroide y cols.	2007	EPDS	Adultas y adolescentes 2-3 meses posparto	54	25,9%
Schimdt y cols.	2006	BDI	Adolescentes entre 3 y 48 meses posparto	623	36,7% (3 meses) 21,1% (48 meses)
Barnet y cols.	1996	CES-DC	Adolescentes 2-4 meses posparto	125	32% (4 meses)
Panzarine y cols.	1995	BDI	Adolescentes 6 meses posparto	50	24% (6 meses)

CES-D: Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. CES-DC: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos para niños, versión corta. EPDS: Escala de Depresión posnatal de Edimburgo. BDI: Inventario de depresión de Beck.

Tomado de: *Wolff C, Valenzuela P, Esteffan K, Zapata D. DEPRESIÓN POSPARTO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ANÁLISIS DEL PROBLEMA Y SUS CONSECUENCIAS. REV CHIL OBSTET GINECOL 2009; 74(3): 151 – 158.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Claudia Bolzán, Ingrid Kunzi, Romina Cellerino, Carolina Franzini, Daniela Mendieta. **MATERNIDAD ADOLESCENTE Y DEPRESIÓN POSPARTO.**
2. José Urdaneta M. MSc Ana Rivera S. José García I. PhD Mery Guerra V. PhD NasserBaabel Z. PhD Alfi Contreras B. **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS VALORADAS POR LA ESCALA DE EDIMBURGO.** REV CHIL OBSTET GINECOL 2010; 75(5): 312 – 320. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n5/art07.pdf>
3. José Fidel Latorre-Latorre M.D., MSc, LeddyMarina Contreras-Pezzotti M.D., Susana García-Rueda M.D., Juan Arteaga-Medina M.D. **LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES DE BUCARAMANGA, COLOMBIA.** Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 57 No. 3 • 2006 • (156-162). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1952/195214319003.pdf>
4. Claudia Wolff L, Paula Valenzuela X., Karim Esteffan S., Daniela Zapata B. **DEPRESIÓN POSPARTO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ANÁLISIS DEL PROBLEMA Y SUS CONSECUENCIAS.** REV CHIL OBSTET GINECOL 2009; 74(3): 151 – 158. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000300004
5. Pita Fernández, S. **DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL.** Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. **CAD ATEN PRIMARIA 1996; 3: 138-14.** Disponible en: <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp#parametros>
6. Claudia Bolzán, Ingrid Kunzi, Romina Cellerino, Carolina Franzini, Daniela Mendieta. **MATERNIDAD ADOLESCENTE Y DEPRESIÓN POSPARTO.** Disponible en: http://www.revistadeapra.org.ar/pdf/Junio_11/MaternidadAdolescente.pdf
7. Lara MA, Berenzon S, Juárez García F, Medina-Mora ME, Natera Rey G, Villatoro Velázquez JA, Gutiérrez López Mdel L. **POPULATION STUDY OF DEPRESSIVE SYMPTOMS AND RISK FACTORS IN PREGNANT AND PARENTING MEXICAN ADOLESCENTS.** Rev Panam Salud Publica. 2012 Feb;31(2):102-8. PMID:22522871

[PubMed - indexed for MEDLINE]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22522871>

8. Silva R; Jansen K; Souza L; Quevedo L; Barbosa L; Moraes I; Horta B; Pinheiro R. **SOCIODEMOGRAPHIC RISK FACTORS OF PERINATAL DEPRESSION: A COHORT STUDY IN THE PUBLIC HEALTH CARE SYSTEM.** Rev. Bras. Psiquiatr. vol.34 no.2 São Paulo June 2012. PMID:22729409 [PubMed - indexed for MEDLINE]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22729409>
9. Rodrigues O; Schiavo R. **STRESS IN PREGNANCY AND PUERPERIUM: A CORRELATION WITH POSTPARTUM DEPRESSION.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2011 Sep;33(9):252-7. PMID:22189853 [PubMed - indexed for MEDLINE]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22189853>
10. Ignacio Salazar Olivares *, Jose Antonio Sainz Bueno, Eduardo García Vidal, Vanesa Marrugal Sánchez y Rogelio Garrido Teruel. ***Influencia de la visita puerperal temprana en la detección y evolución de la depresión posparto.*** Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España. Prog Obstet Ginecol. 2011;54(2):65—70
11. Phipps MG, Raker CA, Ware CF, et al. Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in adolescent mothers. Am J Obstet Gynecol 2013;208:192.e1-6.
12. Dwenda Gjerdingen, MD, MS, Patricia McGovern, PhD, MPH, Bruce Center, PhD **Problems with a Diagnostic Depression Interview in a Postpartum Depression Trial** J Am Board Fam Med. 2011;24(2):187-193
13. **DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.** DoH Oct2008
<http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
14. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2 de enero de 2009
<http://www.oei.es/noticias/spip.php?article4215>
15. MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica TRATAMIENTO DE PERSONAS CON DEPRESIÓN. Santiago: MINSAL, 2009.

16. EPICENTRO. Epidemiología descriptiva. **Estudios de prevalencia**. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/epiDesc7.htm>
17. Escobar L. **Investigación científica para Médicos**. 3era Edición. 1999
18. E.U. Irma Rojas M. SALUD MENTAL DE LA MUJER. Departamento de Salud Mental Octubre 2007.
19. Hall Ramirez V. Depresión. Fisiología y tratamiento. Centro nacional de información de medicamentos. 2003. Disponible en: <http://sibdi.ucr.ac.cr/CIMED/cimed7.pdf>
20. Reyes Carbajal K. Psic. Trastornos psicológicos en la paciente embarazada. IX CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGIA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. Disponible en: <http://www.smago.org.mx/memorias/IXCURSO/8.pdf>
21. Dennis CL, Ross LE, Herxheimer A. Oestrogens and progestins for preventing and treating postpartum depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD001690. DOI: 10.1002/14651858.CD001690.pub2. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001690.pub2/pdf>
22. Gómea Ayala A. Depresión en el embarazo y el posparto. OFFARM VOL 26 NÚM 1 ENERO 2007. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13097330&pidet_usuario=0&pidet_revista=4&fichero=4v26n01a13097330pdf001.pdf&ty=98&accion=L&origen=doymafarma&web=www.doymafarma.com&lan=es
23. Julia Sacher, MD, PhD; Alan A. Wilson, PhD; Sylvain Houle, MD, PhD; Pablo Rusjan, PhD; Sabrina Hassan, BSc; Peter M. Bloomfield, MSc; Donna E. Stewart, MD; Jeffrey H. Meyer, MD, PhD **Elevated Brain Monoamine Oxidase A Binding in the Early Postpartum Period**. ARCH GEN PSYCHIATRY/VOL 67 (NO. 5), MAY 2010. Disponible en: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210763>
24. Gabriel Fernando Oviedo Lugo, Valeria Jordán Mondragón. **Trastornos afectivos posparto**. UNIVERSITAS MÉDICA 2006 VOL. 47 N° 2.

25. Ana G. Gutiérrez-García, Carlos M. Contreras, José Luis Díaz-Meza. **Cómo actúa la progesterona sobre el sistema nervioso central.** *Salud Mental V. 23, No. 2, abril del 2000.*
26. Aguilar Palafox M, Fernandez Ortega M, **Lactancia materna exclusiva.** Monografía. Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM.
27. Jamie Maguire, Istvan Mody. **GABA_AR Plasticity during Pregnancy: Relevance to Postpartum Depression.** *Neuron 59, 207–213, July 31, 2008.*
28. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Haultz J, Gilstrap L, Wenstrom K. **Obstetricia de Williams,** Mc Graw Hill Interamericana, 2006.
29. GRACIELA ROJAS¹, ROSEMARIE FRITSCH^{1,2}, VIVIANA GUAJARDO^{1a}, FELIPE ROJAS¹, SERGIO BARROILHET³, ENRIQUE JADRESIC¹. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chile 2010; 138: 536-542.*
30. Ignacio Salazar Olivares *, Jose Antonio Sainz Bueno, Eduardo García Vidal, Vanesa Marrugal Sánchez y Rogelio Garrido Teruel. Influencia de la visita puerperal temprana en la detección y evolución de la depresión posparto. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España, 2010
31. Alexandre Faisal-Cury¹, Paulo Rossi Menezes¹, Jose Júlio A Tedesco², Soubhi Kahalle¹, and Marcelo Zugaib³. Maternity “Blues”: Prevalence and Risk Factors. *The Spanish Journal of Psychology* Copyright 2008 by The Spanish Journal of Psychology 2008, Vol. 11, No. 2, 593-599
32. Laurie LaMonde, Ph.D. **A COMPREHENSIVE REVIEW OF POSTPARTUM DEPRESSION (PPD) FOR HEALTHCARE PROVIDERS.**
33. José Urdaneta M. MSc ¹, Ana Rivera S. ¹, José García I. PhD ², Mery Guerra V. PhD ², Nasser Baabel Z. PhD ², Alfi Contreras B. **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS VALORADAS POR LA ESCALA DE EDIMBURGO.** *REV CHIL OBSTET GINECOL 2010; 75(5): 312 – 320*
34. MANUEL OQUENDO C,^a TERESA LARTIGUE B,^b ITZEL GONZÁLEZ-PACHECO,^c SARA MÉNDEZ. **VALIDEZ Y SEGURIDAD DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN PERINATAL DE EDINBURGH COMO PRUEBA DE TAMIZ PARA DETECTAR DEPRESIÓN PERINATAL.** *Perinatol Reprod Hum 2008; 22: 195 – 202*

35. Winnicott Research Unit, University of Reading, REINO UNIDO. **TRATAMIENTO Y DEPRESIÓN POSPARTO**. 4 de marzo de 2011
36. MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica **TRATAMIENTO DE PERSONAS CON DEPRESIÓN**. Santiago: MINSAL, 2009
37. Carla Samira Leonardo Hernandez, Cecilia Ana Sofia Reyes Donis, Eva Maria Estrada Flores, Virginia Ortiz M.Sc. **PSICOSIS POS-PARTO**. Artículo de Revisión 2010
38. Paula León¹, Matías Minassian¹, Rafael Borgoño¹, Dr. Francisco Bustamante. **EMBARAZO ADOLESCENTE**. Revista Pediatría Electrónica Rev. Ped. Elec. [en línea] 2008, Vol 5, N° 1. ISSN 0718-0918
39. Eglys Yadira Tejada Cruz, Handel-R. Morilla R., Lourdes del Orbe, Maireni Pérez. **DEPRESIÓN POST-PARTO EN MADRES ADOLESCENTES**. Rev Med Dom DR-ISSN-0254-4504 ADOERBIOOOI Vol.63No.2 Mayo/agosto, 2002
40. Carreón-Vásquez J, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C, Gil-Alfaro I, Soler-Huerta E, González-Solís R. **FACTORES SOCIOECONÓMICOS ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**. Archivos en Medicina Familiar Vol. 6 Núm. 3 septiembre-diciembre 2004 pp 70-73
41. *Drs. Ruth Perez Villegas**, *Katia Saez Carrillo***, *Lorena Alarcon Barra****, *Vanesa Aviles Acosta****, *Isabel Braganza Ulloa****, *Jocelyn Coleman Reyes*. **VARIABLES POSIBLEMENTE ASOCIADAS A DEPRESIÓN POSPARTO, SEGÚN ESCALA EDIMBURGO**. Rev Obstet Ginecol Venez 2007;67(3):187-191
42. *José Urdaneta M. MSc 1*, *Ana Rivera S. 1*, *José García I. PhD 2*, *Mery Guerra V. PhD 2*, *Nasser Baabel Z. PhD 2*, *Alfi Contreras B*. **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PRIMIGESTAS Y MULTÍPARAS VALORADAS POR LA ESCALA DE EDIMBURGO**. REV CHIL OBSTET GINECOL 2010; 75(5): 312 – 320
43. *Wolff C*, *Valenzuela P*, *Esteffan K*, *Zapata D*. **DEPRESIÓN POSPARTO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ANÁLISIS DEL PROBLEMA Y SUS CONSECUENCIAS**. REV CHIL OBSTET GINECOL 2009; 74(3): 151 – 158.
44. Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. **ANTENATAL RISK FACTORS FOR POSTNATAL DEPRESSION: A LARGE PROSPECTIVE STUDY**. J Affect Disord 2008; 108: 147-57.

45. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. **CARACTERIZACIÓN DE MADRES DEPRIMIDAS EN EL POSPARTO.** Rev Med Chile 2010; 138: 536-542.
46. Morris JK, Comerford M, Bernstein PS. **SCREENING FOR POSTPARTUM DEPRESSION IN AN INNER-CITY POPULATION.** Am J Obstet Gynecol 2003;188:1217-9.
47. *Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A.* **FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS VENEZOLANAS VALORADAS POR MEDIO DE LA ESCALA DE EDIMBURGO.** REV CHIL OBSTET GINECOL 2011; 76(2): 102-112
48. Pfof KS, Stevens MJ, Lum CU. **THE RELATIONSHIP OF DEMOGRAPHIC VARIABLES, ANTEPARTUM DEPRESSION, AND STRESS TO POSTPARTUM DEPRESSION.** J Clinical Psychol 2006; 46: 588-92.
49. Dennis CL, Ross LE. **THE CLINICAL UTILITY OF MATERNAL SELF-REPORTED PERSONAL AND FAMILIAL PSYCHIATRIC HISTORY IN IDENTIFYING WOMEN AT RISK FOR POSTPARTUM DEPRESSION.** Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85:1179-85.
50. Alvarado C, Cifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández AB, Ortiz SG, *et al.* **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSNATAL EN MUJERES ATENDIDAS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE DURANGO, MÉXICO.** Gac Méd Méx 2010;146(1):1-9.
51. Póo AM, Espejo C, Godoy C, Gualda M, Hernández T, Pérez C. **PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN POSPARTO EN PUÉRPERAS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL SUR DE CHILE.** Rev Méd Chile 2008;136(1):44-52.
52. Romero-Gutiérrez G, Dueñas-de la Rosa E, Regalado-Cedillo C, Ponce-Ponce de León A. **PREVALENCIA DE TRISTEZA MATERNA Y SUS FACTORES ASOCIADOS.** Ginecol Obstet Mex 2010;78(1):53-57
53. Almanza-Muñoz J, Salas-Cruz C, Olivares-Morales A. **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO Y FACTORES ASOCIADOS, EN PACIENTES PUÉRPERAS DE LA CLÍNICA DE ESPECIALIDADES DE LA MUJER.** Rev Sanid Milit Mex 2011; 65(3) May -Jun: 78-86
54. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Álvarez A, Estrada-Martínez S, Salas-Martínez C, Hernández-Alvarado A, Ortiz-Rocha S, García-López C, Torres-Castorena A, Sandoval-Herrera F. **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSNATAL EN MUJERES ATENDIDAS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE DURANGO, MÉXICO.** Gac Méd Méx Vol. 146 No. 1, 2010

55. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. **DEPRESSION DURING PREGNANCY AND THE POSTPARTUM PERIOD IN ADOLESCENT AND ADULT PORTUGUESE MOTHERS.** Arch Women Ment Health 2007;10:103-109.
56. Chávez-Courtois M, González-Pacheco I. **PRESENCIA DE LA DEPRESIÓN PERINATAL Y LA RELACIÓN MADRE-INFANTE. ESTRATEGIA METODOLÓGICA PARA UNA MIRADA SOCIOCULTURAL.** Diversitas vol.4 no.1 Bogotá Jan./June 2008.
57. Luna Matos ML, Salinas Piélago J, Luna Figueroa A. **DEPRESIÓN MAYOR EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DE LIMA, PERÚ.** Rev Panam Salud Publica. 2009;26(4):310–4
58. Navarro C, Navarrete L, Lara MA. **FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE EFICACIA MATERNA DURANTE EL POSPARTO.** Salud Ment vol.34 no.1 México ene./feb. 2011.