



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE PARTERAS**

**Actualización sobre Depresión Posparto en Embarazos Adolescentes.**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORA: Br. Valentina Borches

TUTORA: Prof. Adj. Lic. Mercedes Viera

Montevideo, Abril 2018

# Tabla de Contenidos

Resumen.....	4-5
Abstract.....	6-7
Agradecimientos.....	8
Epígrafe.....	9
Introducción.....	10-11
Objetivo general.....	12
Objetivos específicos.....	12
• Capítulo 1: Depresión.....	
1.1. Definición.....	13-17
1.2 Diagnósticos diferenciales del episodio depresivo mayor.....	18-19
1.3. Salud Mental en Uruguay.....	20-23
• Capítulo 2: Depresión Postparto.....	
2.1. Definición y Manifestaciones Clínicas.....	25-27
2.2 .Factores de Riesgo.....	28-31
2.3. Incidencia.....	32-36
2.4. Herramientas diagnosticas.....	37-38
2.5. Diagnósticos Diferenciales.....	39-43
• Capítulo 3: Adolescencia.....	44-52
• Capítulo 4: Embarazo Adolescente.....	53-56
4.1 Factores de Riesgo para el Embarazo Adolescente.....	57-60
4.2. Embarazo Adolescente en Uruguay.....	61-63
• 4.2. Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Uruguay.....	64-66
• Capítulo 5: Depresión Postparto y Embarazo Adolescente.....	
5.1 Generalidades.....	68-70
5.2 Factores de Riesgo.....	71-77
5.3 Incidencia.....	78-81

5.4 Vínculo Madre y Recién Nacido.....	82-86
5.5 Medidas de Promoción, prevención.....	87-95
5.6 Tratamiento Farmacológico.....	96-98
5.7 Importancia de la Partería Profesional.....	99-105
Conclusiones.....	106-107
Bibliografía.....	108-120
Anexos.....	121-123
• Test de Edimbugro.....	
• Cuestionario de CED-S.....	
• Formulario de Interrupción Voluntaria del Embarazo.....	
• Categoría de la FDA.....	

# Resumen

El objetivo del presente trabajo monográfico fue realizar una revisión bibliográfica sobre publicaciones en los últimos estudios acerca de la Depresión Postparto y su implicancia en embarazos adolescentes.

En la actualidad se estima que uno de cada seis personas va a cursar depresión en algún momento de su vida. Las mujeres son la población más predispuesta a presentarla. El embarazo, puerperio y menopausia son momentos donde están más propensas a padecer depresión.

Barbón (2012) hace referencia al comienzo de las relaciones sexuales cada vez a edades más tempranas, esto aumenta el índice de embarazos adolescentes a nivel mundial, concluyendo una problemática de salud pública.

Mora, Hernández (2015) Consideran que las adolescentes embarazadas deben enfrentarse a una serie de cambios tanto físicos, psicológicos, y sociales que van a influir en su vida, si a estos cambios le sumamos un embarazo, puede conllevar a una inestabilidad emocional.

Este trabajo determino cuales eran estos factores que mayormente predisponen a la depresión post parto.

El objetivo al que se apuntó la monografía fue profundizar acerca de la Depresión Postparto, la sintomatología en la actualidad y su relación con el embarazo adolescente.

Los resultados obtenidos indicaron que algunas mujeres son más susceptibles o vulnerables a padecer DPP y se ven predispuestas ante los factores de riesgo mencionados.

Concluimos que los factores de riesgo de la depresión postparto se incrementan ante una puérpera adolescente, por lo que podemos pensar que ser puérpera adolescente es un factor de riesgo para padecerla.

Palabras Claves: Embarazo Adolescente, Depresión Postparto.

## Abstract

The objective of this monographic work was to make an assessment about publication in the latest studies about the Postpartum Depression and its incidence in teenage pregnancies.

Nowadays it is estimated that one of six persons will have depression in some point of his live. Women's are the most predisposed to present it. Pregnancy, puerperium and menopause are moments were they are more prone to suffer depression.

Barbón (2012) it makes reference to the beginning of sexual relations every time at younger ages, this increases the rate of teenage pregnancies worldwide, concluding a public health problem.

Mora, Hernández (2015) they consider that pregnant adolescents must face a series of physical, psychological and social changes that will influence their lives. If these changes are added to a pregnancy, it can lead to emotional instability.

This work determined which these factors that predispose most to

postpartum depression were.

The aim to which the monograph was aimed was to deepen about the Postpartum Depression, the symptomatology at present and its relation with the adolescent pregnancy.

The results obtained indicated that some women are more susceptible or vulnerable to suffering from PPD and are predisposed to the aforementioned risk factors.

We conclude that the risk factors of postpartum depression are increased before a teenage girl, so we can think that being a teenage puerperal is a risk factor to suffer from it.

**Keyword:** Teen Pregnancy, Postpartum Depression.

# Agradecimientos

A mi familia y amigas que siempre están presentes, y que nunca desesperaron al verme tan cerca y aún no conseguirlo, por siempre estar apoyando con una sonrisa y palabras de aliento.

A todo el personal que estuvo en este camino y se dedicó a formarnos académicamente pero sobre todo a enseñarnos a acompañar y brindarnos a las mujeres.



## Epígrafe

No te rindas, por favor no cedas, aunque el frío queme, aunque el miedo muerda, aunque el sol se esconda, y se calle el viento, aún hay fuego en tu alma, aún hay vida en tus sueños. Porque la vida es tuya y tuyo también el deseo, porque cada día es un comienzo nuevo, porque esta es la hora y el mejor momento, porque no estás solo.

Mario Benedetti.

## Introducción

La etapa del puerperio es aquella comprendida luego de la expulsión de la placenta y membranas ovulares y se extiende para algunos autores hasta el año.

En los primeros días post-parto la usuaria puede experimentar el llamado Baby Blues o Tristeza, Melancolía Puerperal, se considera un estado fisiológico que puede durar hasta los 10 días post-parto, con un pico máximo a los 4 a 5 días post nacimiento. Cuando esta sintomatología perdura en el tiempo estaríamos frente a un posible caso de Depresión Postparto (DPP).

La Depresión postparto según estudio realizado en Uruguay es una patología con una incidencia del 16,5 %<sup>18</sup> en la capital de nuestro país y a nivel mundial el porcentaje varía desde el 8% al 38% con predominio en países sub-desarrollados. (Según los datos estudiados).

Abarca una sintomatología amplia que puede variar desde: presencia de angustia, tristeza, fatiga, somnolencia, aneuforia, sensación de no poder cumplir con los cuidados básicos del neonato entre otros síntomas. A su vez la Adolescencia se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el período de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

Es un período de transición de gran importancia donde ocurren cambios físicos, psicológicos y emocionales, por lo que según los autores Wolff,

Valenzuela, Estefans, Zapata, en su trabajo sobre Depresión Postparto en Embarazo Adolescente (2009) no lo consideran una etapa propicia para la gestación.

Es por ello que el presente trabajo Monográfico tiene como propósito indagar bibliográficamente en la actualidad, la relación entre la depresión post-parto y el embarazo adolescente.

El Embarazo Adolescente puede presentar consecuencias biológicas, psicológicas y sociales negativas para el binomio madre-hijo, es un importante problema de salud, en Uruguay según un estudio de las Naciones Unidas a través del Fondo de Población (UNFPA) informa una tasa de nacimientos en adolescentes superior a la media mundial (60 por cada mil mujeres y la media a nivel global es de 49 en 1000) según censo realizado en 2011.

Uno de los riesgos que enfrentan las madres, es la Depresión Postparto, existen estudios a nivel mundial sobre esta patología y su relación con el embarazo adolescente. En nuestro país no se han publicado estudios abocados específicamente al tema de la monografía. Por lo que el presente trabajo monográfico pretende realizar una revisión bibliográfica sobre hallazgos internacionales y nacionales, su incidencia, factores de riesgo, prevención y su relación con los embarazos adolescentes. Con el propósito de fortalecer el conocimiento de los profesionales de salud y así lograr disminuir la incidencia de DPP y beneficiar el binomio madre-hijo y su entorno.

## Objetivos Generales:

- Indagar sobre publicaciones de los últimos estudios acerca de la Depresión Postparto y su incidencia en Embarazos Adolescentes.

## Objetivos Específicos:

- Profundizar acerca de la Depresión Postparto y su sintomatología en la actualidad.
- Investigar en base a la bibliografía qué relación existe entre la Depresión Postparto y el embarazo adolescente.
- Identificar medidas implementadas para su diagnóstico y prevención.

# 1 Definición de Depresión:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es un trastorno mental recurrente en la sociedad. Un episodio característico de depresión cursa con un estado anímico depresivo de dos semanas de evolución aproximadamente, una persona que se encuentra cursando esta situación de depresión moderada-grave puede presentar un abanico de síntomas asociados que le impedirán la realización de las tareas cotidianas.<sup>1</sup>

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), al igual que en el DSM-III, DSM-III-R. Se extrajeron datos del manual DSM-IV, corroborando la última actualización en el DSM-V.<sup>64</sup>

Plantean en común una misma definición para los trastornos mentales:

Cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p.ej., dolor), a una discapacidad (p.ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

(DSM- IV, 2008. p.29)<sup>2</sup>

Por lo que a cada individuo independiente a la causa que desato el trastorno, se le debe considerar como una alteración psicológica o biológica.

La depresión se toma como un trastorno de ánimo, con la alteración del estado del humor como signo patognomónico. Los trastornos del ánimo se dividen en: trastorno depresivo (unipolar), trastornos bipolares, trastornos basados en etiología (asociado a una enfermedad médica o a uso problemático de sustancias).

El trastorno depresivo mayor se lo considera al presentar uno o más episodios como mínimo en el correr de dos semanas, caracterizado por disminución del ánimo, pérdida de interés y al menos cuatro de los síntomas característicos de depresión que le impiden al individuo el realizar las tareas cotidianas y su interacción con su entorno social. Se debe observar una diferencia en el comportamiento de la persona, y en algunos casos esto puede pasar desapercibido. En el caso de los adolescentes estos pueden cursar con sentimientos de irritabilidad en lugar de tristeza.

En el DSM-IV describen los sentimientos desde el punto de vista del usuario y lo mencionan como la sensación de encontrarse en un pozo, sentimientos de angustia, tristeza, ansiedad, llanto inminente ante cualquier charla, o irritabilidad (desahogo por medio del confronte hacia los demás). Sienten que han dejado de disfrutar de las cosas que antes los motivaban. El sueño o el apetito se ve alterado, se puede dar insomnio al inicio de conciliar el sueño o a media noche despertar y no lograr dormir, esto no se observa en pacientes que al contrario se encuentran somnolientas la mayor parte del tiempo. Con el apetito sucede lo mismo, se aprecian tanto la disminución en el apetito y esfuerzo por alimentarse como ansiedad e ingestas desmedidas.

Por otra parte también se hace referencia a los cambios psicomotores,

resalta toda actitud particular que presente el usuario, desde movimientos como frotar las manos, pellizcarse, incapacidad de permanecer sin realizar algún movimiento, o lo contrario dificultad para moverse, hablar, o dificultad de respuesta.

La culpa es un sentimiento cotidiano en este tipo de trastornos, donde la persona no ve una solución a lo que le sucede y todo radica en su culpabilización, ideas de culpa o ruina. Se hace hincapié en el pensamiento suicida, toda referencia a culminar con el sufrimiento o idea de autoeliminación tiene dos tipos de personas, aquellas que solo piensan en la idea (una a dos veces por semana) y aquellas que ya compraron el instrumento para realizarlo y planificaron momento y lugar. A este subgrupo se lo debe considerar como de alto riesgo y es preciso definirlo como un episodio mixto (es aquel que presenta episodios maníacos y depresivos mayores mezclados), con una recurrencia diaria durante una semana como mínimo.

Según Abello, cada individuo es un ser bio-piscosocial, donde cualquier alteración del mismo va a comprometer estos “sistemas”, de manera que un trastorno depresivo mayor afectaría de manera global a una persona.<sup>3</sup>

Uno de los tratamientos que se plantea para abordar la depresión es la teoría cognitivo conductual, donde se involucra de manera activa en el tratamiento a la familia y su entorno.

Haciendo referencia a la terapia cognitivo-conductual, la misma apunta a *“la interacción del estrés de la vida y las respuestas idiosincrásicas y/o*

*exageradas de la persona ante la adversidad así como la importancia del estés interpersonal en la génesis de la depresión.”(Beck 1997 citado por Abello 2010 p4).*

Se refiere a lograr que el usuario visualice “el otro lado” de lo que le sucede en ese momento, para que el mismo reaccione de manera positiva, quitando dramatismo a su estado y busque soluciones al problema. Ya que una persona deprimida se presenta negativa y pesimista y según (Abello 2010) lo relaciona con factores genéticos, evolutivos, hormonales y bioquímicos. Cuando el usuario no logra buscar apoyo, la depresión prosigue su curso y como consecuencia trae el aislamiento social.

Entre los síntomas afectivos comunes en un usuario deprimido encontramos; tristeza, infelicidad, culpabilización, vergüenza, cólera, ansiedad, deseo de evitar problemas, desmotivación, sentimiento suicida (granas de acabar con el sufrimiento). Los sentimientos cognitivos sugieren: dificultad en la concentración, memoria y atención. Por último los síntomas conductuales son: pasividad, aislamiento, casos en personas que son más lentas para realizar las tareas cotidianas y otras que presentan agitación y sobreexcitación.

La mujer es más propensa a padecer depresión y el autor hace referencia a su aparición en edades cada vez más tempranas (15 a 19 años), mientras que en los hombres es más la incidencia en depresión relacionada al uso problemático de sustancias. Abello arroja datos como un 20 a 26 % presentan un diagnóstico de depresión a lo largo de su vida, mientras que el hombre la presenta en un 8 a 12%.



Continuando con la referencia hacia la mujer, la misma presenta en la actualidad un estilo de vida diferente en relación con nuestras antecesoras, cambiando los roles, encargándose de la casa, la familia, el trabajo, la vida social y su aspecto. Pero a pesar de lo dicho, la misma está más propensa a padecer depresión.

El autor hace referencia a la “ama de casa” como un factor predisponente, ya que la misma no tiene una remuneración por el trabajo realizado, es una tarea repetitiva que la hace en solitario. Otro factor mencionado son las relaciones de pareja, las mujeres generalmente proyectan el deseo de formar una familia y tener una pareja estable, lo que si se ve entorpecido genera una alteración emocional y predispone a la depresión. Al igual que la dependencia, en el sentido amplio de la palabra, ya sea económica o como característica, una persona dependiente psicológicamente, frágil, vulnerable que es subordinada por otro, tiende a la depresión.<sup>3</sup>

## 1.2 Diagnósticos diferenciales del episodio depresivo mayor:

Dentro de los diagnósticos diferenciales el DSM-IV hace referencia al trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica, es cuando se da una alteración del estado de ánimo a raíz de una enfermedad presentada. Se menciona como fisiológico ya que se conoce donde se inicia el trastorno.<sup>2</sup>

Otro diagnóstico diferencial es el trastorno del estado de ánimo relacionado al uso problemático de sustancias, en éste caso, el autor relaciona directamente al trastorno del ánimo con los efectos de la “sustancia” utilizada. Se utiliza un ejemplo práctico: *“el estado de ánimo depresivo que se presenta solo en el concepto de la abstinencia de cocaína se diagnosticará como trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, con síntomas depresivos, de inicio durante la abstinencia”*. (DSM-IV, 2008.p.350)<sup>2</sup>

La demencia presenta características en común con los trastornos depresivo mayor, sentimientos de cansancio, desgano, apatía, tristeza entre otros pueden ser experimentados por los ancianos. Por lo que puede resultar difícil determinar en un anciano un cuadro depresivo, asimismo se considera que en un estado premórbido el individuo va a tener una deficiencia en los órganos y funciones mientras que en un anciano depresivo quizás no se encuentren tan acentuadas.

Como se mencionó anteriormente un episodio mixto, es aquel que presenta episodios maníacos y depresivos mayores mezclados, con una recurrencia diaria con los síntomas durante una semana como mínimo.

Déficit de atención con hiperactividad, este trastorno también comparte síntomas con común con los trastornos de ánimo, como pueden ser: la baja tolerancia a la frustración y la hiperactividad. Los autores hacen alusión a este cuadro en el ámbito infantil, y expresan que debemos tener cuidado de no subdiagnosticar o confundir estos trastornos con los niños.

Un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo se diferencia de un trastorno depresivo mayor por darse ante una situación de duelo o una pérdida, por lo que no cumple con los criterios de un estado depresivo mayor.

Por último, la tristeza, se debe considerar como un sentimiento normal que se puede relacionar con cualquier situación cotidiana, banal y no necesariamente debe ser relacionada con un estado depresivo mayor.<sup>2</sup>

## 1.3 Salud Mental en Uruguay:

Acuña, Sánchez. 2014, plantea las bases para el diseño de un plan integral de salud mental en Uruguay, y hace referencia a la situación que la misma presenta en nuestro país en la actualidad. Menciona los conceptos de la Salud Pública y Salud Mental como áreas distintas, lo que lo determina como una debilidad a la hora de implementar el plan ya que si la salud pública apuesta al bienestar global del individuo, la salud mental apuesta al mismo fin para el usuario.<sup>4</sup>

La OMS en el año 2001 afirmaba que aproximadamente 450 millones de personas padecían trastornos mentales y de conducta a nivel mundial. Entre las diez primeras causas de discapacidad en el mundo, cuatro corresponden a trastornos mentales y representan el 12% de la carga de morbilidad global. (Acuña, Sánchez. 2014 p.197)<sup>4</sup>

En Uruguay en el año 1986 se confeccionó el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM), avalado por el MSP. Dentro de éste proyecto se apuntaba a implementar el servicio al primer nivel de atención en salud, formar áreas en los Hospitales para el tratamiento y ampliar las posibilidades de mejorar la atención.

Ya en 1996, el avance que se observó fue la expansión del servicio en el interior y atención especializada en el Vilardebó.

En 2005 el Programa Nacional de Salud Mental busca a lo planteado

anteriormente incluir patologías actuales y problemáticas asociadas a la salud mental y además; la hospitalización pautada, de la mayor brevedad posible; la asistencia en la comunidad; la educación del paciente y su familia; los espacios psicoterapéuticos grupales y personales; la extensión de los programas de rehabilitación; la participación activa de usuarios, familiares y organizaciones comunitarias; el énfasis en los derechos humanos; la discriminación clara entre las necesidades de hospitalización y las de asilo o albergue; el acceso pleno de los pacientes a la vida social; el diseño de los proyectos terapéuticos con objetivos claros, concepción integral y evaluación sistemática; la distribución concentrada de los roles en los equipos de salud; el mejoramiento de los contratos de técnicos y funcionarios. (Acuña, Sánchez. 2014 p.200).<sup>4</sup>

El autor apunta a esto como una aspiración a lograr en el plan de salud mental (SM), e implementarlo como “políticas integrales” en el ámbito cotidiano. Cabe destacar que poner en funcionamiento estas políticas sería sin “costo financiero”, señalar este aspecto resulta fundamental ya que se considera un aspecto positivo e importante a la hora de llevarlo a cabo.

Para el autor es fundamental su implementación en todas las áreas, no basta con tratar la patología una vez instalada, la promoción y prevención es el punto de partida. El ser humano en la actualidad, está más predisponente a presentar esta patología, por los hábitos no saludables a los que se encuentra expuesto, es por ello que hace referencia al implemento de medidas preventivas.

Dentro de las medidas apunta a trabajar con la población general, y brindar apoyo en salud mental en todas las áreas, centros educativos y laborales.

El área de salud mental brinda beneficios a los que conformen el Sistema Integrado de Salud, ente los que se destacan:

*Estudio neuropsicológico*

*Estudio pedagógico*

*Evaluación psicomotriz*

*Psicodiagnóstico*

*Profilaxis del parto*

*Micronarcosis o terapia electroconvulsiva*

*30 días de internación psiquiátrica anuales*

Por lo que los autores hacen referencia que, el Uruguay cuenta con una infraestructura adecuada para el tratamiento del usuario, plantea un número aproximado de 600 camas en el Hospital Vilardebó, 300 camas públicas de las cuales 150 son judiciales y 300 privadas (datos del año 2008).

Asimismo, también se cuenta con amplios recursos humanos profesionales de ASSE, se hace referencia a 320 Psiquiatras de adultos, 65 infantiles y 2927 Psicólogos.

Lo antes dicho supone una fortaleza ya que, contar con un espacio donde pueda concurrir el usuario ante una crisis y al igual que tener un personal idóneo para su tratamiento que englobe a todo el país, lo convierte en un punto a favor para la salud mental. Otro punto a resaltar es la buena aprobación dada por el usuario a las terapias utilizadas.

A la hora de hablar de debilidades, debemos inferir como punto de partida el hecho de que el centro de mayor complejidad a la hora de hablar de internación se encuentra en la capital del país, por lo que genera gastos a

salud pública el trasladar a los usuarios para su tratamiento. Otros puntos en contra son, la baja remuneración del personal, no contar con un espacio para tratar otras patologías asociadas como la violencia o el consumo problemático de sustancias, no visualizar grupos definidos interdisciplinarios que atiendan sobre todo en lo que respecta al primer nivel de atención, al igual que no incursionar en la población en general para desmitificar el temor hacia el usuario con trastorno psiquiátrico, entre otros.

En esta construcción continua que se fue exponiendo, Acuña, Sánchez. (2014) plantea nuevos puntos a incorporar en el nuevo plan de Salud Mental; apuesta a la “multidisciplina y la intersectorialidad” con esto se refiere a lograr incluir a otras disciplinas en el área de la salud mental para que aborden este terreno, y también incorporar el tema en ámbitos laborales, asistenciales y gubernamentales, tomar en cuenta debilidades antes planteadas y mejorarlas, al igual que experiencias internacionales y generar compromiso político para reformas, son algunos de sus ideales a proyectar.

# Capítulo II:

## Depresión Postparto



## 2.1 Definición y Clínica:

Para comenzar el abordaje del tema es necesario definir el Puerperio:

El puerperio comienza una vez expulsada la placenta y las membranas ovulares (Alumbramiento).<sup>5</sup>

Los autores dividen las etapas del puerperio en inmediato; las primeras 24 horas, puerperio mediato; hasta los 11 días, puerperio alejado; hasta los 42 días, y por último puerperio tardío comprendido hasta los 364 días cumplidos. Se realizó esta extensión del puerperio con el fin de incluir patologías asociadas al mismo que aparecen luego de las seis semanas posparto, pero antes del año.

En esta etapa comienza la involución de los órganos involucrados en el embarazo, a excepción de la glándula mamaria, la cual se encuentra en su “máxima expresión” para dar comienzo a la lactancia.

Se observa una caída hormonal, tanto de estrógenos y progesterona, hacia el cuarto día la concentración de ambas hormonas es muy baja, ya a los diez días los niveles son iguales a los de una mujer no embarazada. (Schwartz, Fescina & Duverges. 2005 p530)

Una de las Patologías que pueden estar presentes en esta etapa es la Depresión Puerperal o Depresión Postparto (DPP) La misma se considera como un trastorno mental, diferenciándolo de un episodio depresivo mayor.

(6-7)

Melguizo (2014) la define como *“la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiestan durante el primer año postparto”*. (p7.) No se encuentra subdividida y forma parte de los trastornos afectivos o del estado de ánimo. <sup>8</sup>

La depresión postparto puede aparecer en casos más agudos desde el embarazo y extenderse hasta después del parto. Toman como punto de partida de los cuatro a seis meses postparto, pero se puede extender hasta los 12 meses inclusive. <sup>6</sup>

El puerperio se considera una etapa de gran vulnerabilidad en la usuaria, y a su vez la DPP supone cambios en todos los aspectos de la misma como ser bio-psico-social, afectando al campo emocional, la relación con el núcleo familiar y entorno social. <sup>8</sup>

Según el DSM-IV (2004) y diversos autores se pueden presentar las siguientes manifestaciones clínicas, las cuales se dividieron en alteraciones Emocionales, Físicas, comportamentales y cognitivas:

Síntomas Emocionales:

- Tristeza
- Irritabilidad
- llanto
- Anhedonia
- Apatía
- Perdida de sentimientos de afecto

- Ansiedad
- Culpa

#### Síntomas Físicos:

- Alteraciones del sueño
- Fatiga
- Disminución de la libido

#### Síntomas Comportamentales:

- Pasividad
- Evadir personas, reuniones
- Miedo a estar sola
- Ansiedad
- Cambio de apetito
- Ideas suicidas
- Obsesiva preocupación por el recién nacido

#### Síntomas Cognitivos:

- Dificultad en concentrarse
- Alteración de la memoria y atención
- Alteraciones cognitivas en la forma (distorsión) contenido.<sup>(8,9,10,11,12)</sup>

## 2.2 Factores de riesgo

Se considera a la Depresión Posparto de etiología multicausal, para su mayor comprensión lo dividiremos en factores biológicos, psicológicos y socio-económicos:

Factores Biológicos:

La edad presenta gran controversia a la hora de tomarlo como un factor de riesgo, múltiples investigaciones toman a la etapa de la adolescencia o de un rango de 24 años o menos como un factor predisponente para la DPP, mientras que otros estudios no lo toman como un dato relevante. <sup>(13,14)</sup>

En lo que respecta al número de hijos, estudios observan una mayor predisposición en los extremos de la maternidad, queremos decir con esto, madres primigestas y grandes multíparas, las primíparas asociado al nuevo “rol” como madre y el sentimiento de desborde con las situaciones que implica esta tarea, y las multíparas, por el gran desgaste físico entre otros que implica la crianza de un hijo.<sup>18</sup>

Cualquier enfermedad que presente el recién nacido evidencia preocupación y predispone a esta patología, según estudio, el 37% de usuarias presentó resultados positivos de depresión posparto ante este factor.<sup>15</sup>

El antecedente personal de depresión postparto predispone a recurrencia, los antecedentes psiquiátricos incrementan un 10 a 24% su prevalencia, y si

el evento surgió durante la gestación aumenta un 35% el riesgo de que ocurra nuevamente.<sup>23</sup>

Historia ginecológica donde incluye, abortos y óbitos previos, complicaciones durante el embarazo, parto y recién nacido, son situaciones que generan vulnerabilidad y predisposición a esta patología.<sup>(13,14)</sup>

Las hormonas juegan un papel influyente a la hora de la depresión, enseguida del parto se da la caída de estrógeno y progesterona, comienza la producción de prolactina. La progesterona inhibe la producción de prolactina durante el embarazo y aumenta en el puerperio para dar comienzo a la lactancia por medio de la succión del neonato. En el eje hipotálamo-hipofisiario-adrenal, al asociarse los glucocorticoides con el estado de ánimo, puede observarse un aumento del cortisol en el plasma, orina y saliva, lo que puede favorecer a ciertas manifestaciones clínicas típicas de la DPP.<sup>(8, 14)</sup>

Si bien la lactancia materna, basándonos en estudios, no se vio como factor protector, sí se destacó la presencia de mayor número de mujeres deprimidas que no amamantaban, en relación con las que sí lo hacían.<sup>16</sup>

La operación cesárea constituye un factor influyente aumentando tres veces el riesgo de una depresión postparto.<sup>(5,19)</sup>

Factores Psicológicos:

Uno de los factores de riesgo que se observa en común en la mayoría de las investigaciones es el no presentar una pareja estable, la ausencia del vínculo amoroso se considera un aspecto importante en las madres deprimidas, un estudio de grado realizado en la escuela de parteras evidenció un 33,3% de usuarias con síntomas positivos a depresión según escala de Edimburgo. (7,17, 13,14)

En ocasiones los embarazos buscados, las inseminaciones o el embarazo tras abortos recurrentes aumentan el riesgo de padecer depresión al momento del postparto, ya que estas madres no pueden cumplir con las expectativas idealizadas durante la concepción o el embarazo, sintiéndose culpables por no encontrarse feliz.<sup>17</sup>

Antecedente personal de alteraciones del ánimo o cualquier situación, que genere un estado de afectación puede ser causante de depresión.<sup>14</sup>

Se considera un elemento importante el apoyo de la familia o el entorno social de la usuaria en el cuidado del neonato y contención de la misma, según Corbo, Defey, De Oliveira (2007) este aspecto es inversamente proporcional, a menor apoyo mayor riesgo de depresión postparto.

Factores Socio-económicos:

La falta de un soporte o estabilidad económica genera un estado de “estrés crónico”, en Uruguay se registró en 2007 en el ámbito público un 29,9% de estrés, por lo que una de cada cuatro usuarias de ASSE presentan depresión. Estadísticamente cuatro de cada diez mujeres que se encuentran actualmente insertas en el campo laboral, se encuentran deprimidas, a seis de cada diez mujeres desempleadas deprimidas.<sup>17</sup>

Por último el nivel educativo, al igual que la edad materna genera gran debate a la hora de tomarlo como un factor de riesgo, varios estudios lo consideran como tal, en nuestro país el 28,3% de las usuarias que realizaron primaria, presentaron síntomas de depresión, en relación con el 5% de las usuarias que cursaron estudios universitarios.<sup>(17,15)</sup>

## 2.3 Incidencia:

Existen diversos estudios sobre la Depresión Postparto en Uruguay:

Se llevó a cabo en el 2002 un estudio de Depresión Materna en Uruguay en los centros Materno-infantil de la unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social (BPS). Se tomó como herramienta el test de Edimburgo, entrevistando 57 madres, se obtuvo un número de 14 usuarias con puntaje de diez o más, esto evidenció valores del 5% de madres que presentaron síntomas de depresión materna. Se arrojaron datos como alteraciones en el soporte familiar y vínculo con la pareja, todo evento traumático en la vida de la mujer que causaron modificaciones en lo cotidiano mostraron relación directa con la DPP.<sup>16</sup>

Corbo, Defey, De Oliveira. (2007), en el libro de Depresiones Maternas, realizó una investigación en el Departamento de Montevideo a madres de hijos mayores a seis semanas y menores al año sobre depresión postparto.

La investigación se realizó en las siguientes instituciones; Hospital Militar, Policial, Asociación Española, Hospital Británico, Casa de Galicia y 4 centros de Salud Pública. Se utilizó el test de Edimburgo, el muestreo fue de 306 usuarias y un punto de corte en 12. Los resultados obtenidos fueron 16,5% positivo para síntomas depresivos.<sup>17</sup>



En 2009 se realizó un trabajo de investigación en la Escuela de Parteras, Universidad de la República por la egresada OP. Berruti, donde determinó la prevalencia de la DPP en usuarias de ASSE del centro de salud del Cerro. Entre los objetivos busco determinar si existía una prevalencia en la edad materna para con la depresión y otros factores como planificación del embarazo, número de hijos, relacionamiento con la pareja, entre otros. Utilizó el test de Edimburgo entrevistando 142 mujeres y obtuvo un resultado de 18,3% de casos positivos a la presencia de síntomas depresivos.<sup>18</sup>

A partir del 2011 se implementó un plan de prestaciones de Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. El proyecto busca apuntar a varias consideraciones entre ellas, a la salud mental como parte fundamental de la salud integral de los individuos, brindando accesibilidad, por lo que es conveniente su atención en el primer nivel de asistencia. Realizar actividades de promoción y prevención en salud mental y brindar tratamiento de rehabilitación. Lograr un espacio interdisciplinario adecuado con el personal idóneo para abordar situaciones y evitar la hospitalización para que el usuario logre la interacción con su entorno cotidiano.

De esta manera este plan no solo busca actuar en el usuario, sino que también ayuda a entregar contención y herramientas a la familia, sociedad y entorno del mismo.<sup>19</sup>

Por último en el presente año se desarrolló en Uruguay un estudio de investigación denominada “Depresión materna postparto y su repercusión en el neurodesarrollo infantil: estudio de cohorte”.

La cual apuntó a analizar las consecuencias de los síntomas depresivos en el neurodesarrollo del niño de hasta 18 meses de edad. La población de estudio fueron usuarias que se encontraran cursando el sexto mes de puerperio, con un nivel socioeconómico y educativo deficitario (factores predisponentes para la depresión materna). Por lo que se analizaron 127 niños y 125 madres que cumplieron con estas características a las cuales se les aplicó el test de Beck.

Gonzalez, et.al. Determinaron una incidencia del 20% de DPP, y concluyeron que se ve comprometido el desarrollo infantil a nivel global, siendo el más afectado, el lenguaje.<sup>20</sup>

A nivel Internacional se encontraron estudios relevantes en Chile, Venezuela y Ecuador.

En Chile 2009, se realizó una investigación sobre “Depresión postparto y su relación con factores de riesgo en Primigestas y Multíparas Embarazadas”. Se llevó a cabo la investigación en la Maternidad del Hospital Universitario de Ginecología y Obstetricia de Maracaibo “Dr. Armando Castillo Plaza”, la muestra estudiada fue de 100 usuarias puerperas y se utilizó el test de Edimburgo. Según el DSM IV, los datos obtenidos fueron un 20% de depresión Postparto para las primigestas y un 24% para las multíparas, un total de 22% de prevalencia de DPP.<sup>16</sup>

En Venezuela, 2014, en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de San Francisco, se realizó un estudio sobre prevalencia de la depresión en

puérperas adolescentes y adultas. La muestra estudiada fue de 100 usuarias, mitad adolescentes y mitad adultas, las cuales fueron entrevistadas cuatro semanas luego del parto.

Se utilizó la escala de Edimburgo y un cuestionario de preguntas estructuradas enfocado en factores de riesgo para luego analizar estadísticamente.

Dentro de los datos arrojados se vio una edad promedio de adolescentes de 16 años, y de 28 años la edad adulta. Se demostró que las adultas presentaron mayor sintomatología de ansiedad en relación con las adolescentes (40,8% a 25,5%), sentimiento de culpa (32,7% a 4,1%), dificultad para la concentración (36,7% a 1%) respectivamente. Lo mismo sucedió con síntomas de depresión, donde el 38% de las adultas presento sintomatología de depresión, en relación al 4% de las adolescentes.<sup>64</sup>

Zhuzhingo, realizó un estudio sobre la incidencia de la depresión postparto en Ecuador (2014), considera que es una patología subdiagnosticada y de gran importancia en la salud, por lo que se planteó determinar factores de riesgo que la predisponga, características en común con estas usuarias y su incidencia en el área de ginecología en el Hospital de San Vicente de Paúl.

Para ello realizó un estudio no experimental donde aplicó la herramienta clásica y más utilizada, que es la escala de Edimburgo y un cuestionario confeccionado en base a preguntas orientadas a los sentimientos que se encontraban cursando. La usuarias excluyentes eran las analfabetas, o aquellas que presentaran uso problemático de sustancias y antecedentes de

trastornos mentales.

Entre los resultados encontrados se estudió un número de 182 puérperas de las cuales el 27% (que corresponde a 50 usuarias) presentaron depresión. El 48% de las deprimidas se determinaron en la tercera semana de postparto mientras que el 52% fue en la cuarta semana. Por lo que el autor concluyó que la depresión postparto es uno de los trastornos del ánimo más comunes en la población estudiada.<sup>21</sup>

## 2.4 Herramientas para el diagnóstico de Depresión:

Test de Edimburgo:

El test de Edimburgo, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) diseñado por Cox, Holden y Sagovsky, es un cuestionario que se realiza a partir de las seis a ocho semanas postparto, se utiliza como herramienta para el diagnóstico de DPP, el mismo consta de diez preguntas con cuatro opciones cada una, donde la usuaria debe escoger cual se asemeja más a los sentimientos que se encuentra cursando en este momento. Se adjudicaran de cero a tres puntos en aumento según la gravedad de los síntomas, por lo que al final del cuestionario se pueden obtener puntos de cero a treinta. Si la pregunta N° 10 (hace referencia a la idea suicida) presenta una puntuación mayor a cero es conveniente realizar una derivación inmediata. <sup>(23,24)</sup>

Según la Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia, tiene una sensibilidad del 100% y una especificidad del 82% respectivamente, por lo que es una herramienta con una alta detección de la DPP, útil de aplicar y con buena aceptación por parte de las usuarias y del personal de salud. Puede ser utilizada en el primer nivel de atención en salud. <sup>(22,23)</sup>

Se anexa al final el test de Edimburgo. anexo1

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES–D):

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES–D

por sus siglas en inglés (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) es un estudio que se puede realizar a cualquier persona en general que se sospeche curse un estado de depresión. Se lo considera un test auto aplicable por lo que no se requiere de personal capacitado para su realización, por ende no genera costos extras a la institución que lo aplique y se puede realizar en un primer nivel de atención en salud.

Estadísticamente no se utiliza en gran medida el CES-D en embarazadas o púerperas, estudios revelan una sensibilidad que va del 60% al 96%, y una especificidad que va desde el 50% hasta el 100% en otros casos.

El cuestionario presenta 20 preguntas estructuradas donde la persona debe puntuar con una escala de cero a tres según los sentimientos en su última semana. La sumatoria de todos los ítems puede presentar valores desde cero a sesenta puntos. Todas las puntuaciones finales que tengan dieciséis o menos son consideradas como positivo para los síntomas de depresión.

Es importante destacar, que de ser positivo, no es confirmatorio el diagnóstico de depresión, sino que al igual que el test de Edimbugo, son herramientas para orientar al diagnóstico del mismo. <sup>(24, 25)</sup>

Se anexa al final la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos. Anexo N°2

## 2.5 Diagnósticos Diferenciales:

Maternity Blues o Baby Blues:

Es un proceso fisiológico de evolución benigna con una incidencia de 50 a 80%, observándose una predisposición en usuarias primerizas. Comienza de dos a cuatro días postparto, que puede extenderse hasta las dos semanas de evolución.

Se lo considera un cuadro “*transitorio auto limitado*”. El 20 % puede evolucionar en un cuadro depresivo mayor, incluso en una psicosis puerperal.

Existen factores de riesgo que predisponen a su aparición. Estos se pueden dar ya en el transcurso del embarazo. Alguno de ellos:

- Internaciones durante el embarazo
- Cambios en el autoestima ( baja autoestima)
- Eventos estresantes durante el embarazo y/o parto
- Alteraciones del sueño
- Antecedentes de Óbitos
- Ansiedad
- Tabaquismo

Una vez presente el cuadro, se observan síntomas clínicos tales como: <sup>(11, 12, 26,27)</sup>

- Tristeza
- Llanto
- Cambios de humor
- Insomnio
- Falta de concentración
- Pérdida del apetito

Usualmente los síntomas suelen pasar desapercibidos, ya que se pueden asociar y justificar con el momento de adaptación, que se encuentra cursando la usuaria con la nueva llegada del recién nacido.

Como dijimos anteriormente, al tratarse de un proceso fisiológico, este no requiere tratamiento siempre y cuando no persista en el tiempo.

Psicosis postparto:

Según las guías de salud sexual y reproductivas 2014 se considera a la psicosis postparto como un cuadro delirante agudo.<sup>41</sup> El DSM IV lo incluye dentro de los trastornos psicóticos breves, que se inicia en el postparto.<sup>22</sup>

Su incidencia es de uno a dos casos por cada mil partos (0,1-0,2%), al presentar un episodio aumenta significativamente el índice de reincidencia. Hablamos de 50% a 60 % y luego de dos episodios de psicosis, aumenta a 90%. Su aparición se da entre el tercer al noveno día post parto, pudiendo extenderse hasta el sexto mes. Los factores de riesgo asociados son:



- Antecedentes personal de trastornos afectivos
- Trastorno psicótico persistente (el más común, trastorno bipolar)
- Antecedente de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo
- Antecedente de Psicosis puerperal
- Historia de trastorno afectivo
- Complicaciones obstétricas en el embarazo actual<sup>27</sup>

La psicosis postparto se divide en dos estadios, en el primero se observan síntomas tales como: insomnio, irritabilidad, ansiedad, alteraciones del ánimo, signos de confusión, preocupación excesiva por cotidianidades entre otros. Luego de una semana de estos síntomas comienza el segunda estadio donde comienzan los signos y síntomas delirantes y alucinatorios, los cuales citaremos a continuación:

- Fluctuaciones psicomotrices entre la agitación y estupor
- Rápida variabilidad afectiva de gran euforia y ansiedad, hasta llegar al ánimo deprimido
- Alteraciones en el pensamiento y en el lenguaje, con oscilaciones desde la verborrea hasta el mutismo
- Perturbaciones en la percepción del tiempo
- Afectaciones del sueño, principalmente insomnio
- Falta de concentración con la realidad
- Delirios y/o alucinaciones (comúnmente visuales y auditivas) (la madre puede pensar que el niño está muerto, que esta poseído por un demonio y debería morir, o que es un salvador con una misión divina)
- Hostilidad e irritabilidad
- Conducta desordenada

- Actos que pueden poner en riesgo la vida del hijo
- Infanticidio (en algunos casos) <sup>26</sup>

En estos casos una vez realizado el diagnóstico, es preciso la intervención de un equipo multidisciplinario (en especial Psiquiatra), ya que nos encontramos ante una urgencia médica, por el riesgo y necesidad del tratamiento inmediato, por lo que se deberían tomar medidas para lograr reducir todo evento estresante. La familia cumple un rol esencial para la contención y apoyo de la usuaria y del recién nacido en estos momentos: <sup>(22, 27)</sup>

Dentro trastorno Psicótico persistente: Trastorno bipolar.

El puerperio es una etapa de tantos cambios a nivel general en la mujer, que puede desencadenar episodios bipolares asociados a una psicosis postparto. Estadísticamente existe un 20% de probabilidad de que se genere un episodio psicótico en una usuaria bipolar.

No solo se pueden desencadenar un evento psicótico en el postparto sino que también es importante el seguimiento durante el embarazo, cabe aclarar que tanto un episodio bipolar durante la gestación, en el puerperio o en cualquier etapa de la vida cursarían con la misma presentación de síntomas, si bien las consecuencias si varían en su gravedad.<sup>27</sup>

Infanticidio:

Si bien el infanticidio no es algo muy común, aun así tiene una incidencia del 4%, y es la consecuencia más grave en los eventos psicóticos, se genera mayormente en usuarias menores a 25 años. Pueden observarse indicios que sugieran este desenlace; eventos psicóticos con alucinaciones, maltrato al recién nacido, madres con ideas suicidas, embarazos no deseados, entre otros. En todos estos casos se requiere una valoración psiquiátrica y tratamiento farmacológico.<sup>27</sup>

# Capítulo III: Adolescencia

Para comenzar a abordar este capítulo nos referiremos a la etimología de la palabra adolescencia, la cual proviene del latín *alescere* que significa “crecer” “aumentar”, y el verbo en presente “*adolescens, -entis*, significa “*el que está creciendo*”. (p.9) <sup>28</sup>

Se define a la Adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “*el periodo comprendido entre 10 y 19 años, es una etapa compleja de la vida, marca la transición de la infancia al estado adulto, con ella se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales*”. (p.5)<sup>29</sup>

Algunos autores establecen etapas y consideran adolescencia temprana desde los 10 a los 14 años y una adolescencia tardía entre los 15 a los 19 años.<sup>2</sup> Pero otros autores hacen referencia a que es “difícil” lograr establecer un punto de corte entre la niñez, la adolescencia, la etapa adulta y sobre todo que varía según el individuo y su crianza. <sup>36</sup>

Se habla de adolescencia como una “*Construcción social*” donde se forjó esta nueva subdivisión y se instaló en la actualidad, tomándose como una “*construcción del mundo moderno occidental*”.<sup>1</sup> Comenzó a mediados del siglo XIX y principios del siglo XX, con el fin de diferenciar la etapa de la niñez con sus derechos propios y establecer otra etapa previa y con diferentes responsabilidades a la adultez.<sup>36</sup>

En cambio en el informe realizado (Estado Mundial de la Infancia, 2012. Niñas y niños en un mundo urbano) considera que no es tan acertado el realizar esta división de la niñez a la adolescencia, ya que existen distintos

aspectos influyentes como puede ser, el contexto geográfico, social, étnico, emocional, entre otros. Hacen que esta etapa no se apodere de todos los niños que comienzan la incursión en la adolescencia.<sup>30</sup>

Como dijimos anteriormente, en múltiples informes se plantea que, esta etapa conlleva cambios biológicos, cognitivos y psicosociales, influenciados por el entorno en que este adolescente se encuentre. La cultura y las creencias están aferradas fuertemente a lo que va a caracterizar a este individuo y a cómo va a cursar esta etapa.<sup>4</sup> Teniendo en cuenta que en la actualidad pueden existir *“familias nucleares, monoparentales, ensambladas, de parejas homosexuales, y otras donde el matrimonio no es necesariamente requisito previo”*.<sup>34</sup>

Para iniciar hablando de los factores biológicos debemos tener en cuenta que niñas y niños tienen distintos tiempos en lo que respecta a los cambios físicos en la etapa de la pubertad. Las hormonas juegan un papel preponderante en los cambios de ambos sexos, favoreciendo así la aparición de los caracteres sexuales secundarios. En la mujer, al liberarse la hormona luteinizante (LH), esta, estimula a la células para la producción de la teca ovárica, cuerpo lúteo y progesterona, la hormona folículo estimulante (FSH), ayuda a la maduración de los folículos, liberación de estrógenos y la ovulación. El estradiol favorece el aumento de la LH, las mamas, la grasa corporal, los labios genitales, el útero, entre otros y estimula del endometrio proliferativo, mientras que la progesterona estimula el endometrio secretorio.

En el varón, la FSH ayuda a la gametogénesis, la LH estimula a las células de leyding favoreciendo la producción de testosterona. Por último la

testosterona es la encargada del desarrollo de todos los caracteres sexuales masculinos, desde el aumento del pene y testículos, aparición del vello corporal y púbico, aumento de la laringe (por lo que se aprecia una voz más grave), incremento en la masa muscular y glándulas sebáceas, entre otros.<sup>33</sup>

Los órganos en general experimentan cambios, los huesos se ensanchan, incluso órganos como estómago, riñón y pulmones experimentan su máxima expresión.<sup>32</sup>

Las niñas cursan un período más corto de cambios, pero que se dan más precozmente, en primera instancia el aumento de las mamas (pudiendo observarse a partir de los 5 a 9 años), el ensanchamiento de las caderas, aumento de peso, desarrollo de los genitales y el vello púbico y axilar. La menarca, o primera menstruación, puede aparecer desde los 9 a 11 años, generalmente dos años después de la aparición de los primeros cambios físicos.

En el varón, la pubertad puede extenderse hasta los 21 años de edad, engloba como dijimos anteriormente cambios en el crecimiento y aparición de los caracteres sexuales, el esperma comienza a producirse entre los 11 a 15 años de edad, marcando tanto en el/la adolescente el comienzo de la etapa reproductiva.<sup>31</sup>

Aberastury y Knobell, citado en (guías para el abordaje integral de salud del adolescente, 2009) hacen referencia a tres problemáticas en el “mundo adolescente”, “*que en la adolescencia moderna hay 3 pérdidas simbólicas que disparan y modelan el proceso adolescente: la del cuerpo infantil, la*

*de los padres de la infancia y la del mundo social de la niñez”.* (p.12)<sup>34</sup>

Al igual que Iglesias en su artículo lo que los autores quieren exponer es que, el adolescente va a pasar de la niñez a la adolescencia presentando en primera instancia un cambio de su aspecto físico, generando preocupación por su apariencia, con una baja autoestima y la necesidad de formar parte del entorno social. Las amistades son muy importantes en esta etapa, forjando caracteres sociales y culturales como deportes, aspiraciones musicales y todo aspecto en común con sus amigos.

El conflicto parental es común en muchos jóvenes occidentales, la idealización de los padres, que se experimenta en la niñez cambia y pasan a ver a personas reales y con defectos. El humor del adolescente es muy fluctuante por lo que es muy factible que experimenten la irritabilidad sensación de tristeza, incompreensión y un confronte cotidiano (lucha dependencia-independencia), que luego se desvanece al pasar el tiempo con la llegada de la madurez, donde el adolescente se siente más confiado con si mismo ya estableció un grupo definido de amistades la relación con la familia mejora paulatinamente y pasa al sentimiento de *“regreso al hogar”*.

Ya en el rango de 18 a 21 años, los jóvenes experimentan con mayor intensidad las emociones, el deseo, buscando su orientación sexual, y enfocándose más en las relaciones interpersonales.<sup>31</sup>

En lo que respecta a los cambios cognitivos y socio-emocionales, nos referimos a que el adolescente comienza a estructurar su identidad, se comienza a formar como individuo pensante, tomando como ejemplo a su



grupo de pares y dejando de lado la ideología parenteral. Toda situación que protagonice el adolescente le hará tomar decisiones sobre su vida y estas traerán sus consecuencias, lo que le permitirá ir aprendiendo a formarse como individuo adulto y construir su proyecto de vida.<sup>(28,31)</sup>

Segun Schuttanie, Maddaleno (2003) el adolescente al principio piensa de manera más concreta, lo que lo torna “fatalista” sintiéndose el protagonista de toda problemática, luego comienza a lograr evolucionar y pensar de manera más amplia y ver distintos enfoques de un mismo problema, lo que según el autor le permite tomar “mejores” decisiones.<sup>31</sup>

Según Henriques, Mueller y Yunes citado en Barbón (2012). *“la imagen de género es la base del camino en el cual los adolescentes comienzan a adquirir su identidad como hombres y mujeres porque los conduce a interiorizar patrones de comportamiento esperados, los cuales determinan las expectativas existentes para hombres y mujeres”*. (p.247).<sup>35</sup>

Como mencionamos en este capítulo los adolescentes se ven reflejados en estereotipos y roles que influyen en la toma de decisiones, esto también sucede al hablar de la vida sexual del mismo.

Barbón, en su artículo, hace referencia a la temprana iniciación sexual en la actualidad, el 10% de los adolescentes comienzan a mantener relaciones sexuales a partir de los 12 años de edad, y lo nombra como una “Revolución sexual”. Reconoce a las adolescentes como más “vulnerables” e “inexpertas” y al varón como el “experimentado”. Esto conlleva a situaciones donde el dialogo es mínimo y no se plantea el uso de protección con preservativo, incitando a situaciones de riesgo.<sup>35</sup>

En Uruguay, se realizaron las Guías para el abordaje integral de salud del adolescente en el primer nivel de atención, citadas anteriormente, en las mismas se intenta abordar el tema de género e igualdad, el adolescente persigue este canon ideal que a veces no puede alcanzar y en algunos casos puede agravar su situación. Al hacer referencia a la igualdad de género éste concepto trae de la mano a la desigualdad de género, en las guías se hace referencia:

Lo diverso incluye la diversidad sexual, étnica, cultural, etc. Integrarlo implica un gran avance hacia la equidad, la convivencia democrática y la justicia social. Pero a la vez implica desconstruir una serie de mitos, estigmas, creencias y prejuicios que sostienen las múltiples discriminaciones así como reconocer y derribar las causas que legitiman y reproducen estos mecanismos en las instituciones en general y en las instituciones sanitarias en particular.(p.17)<sup>34</sup>

Se establecen redes de atención como el Instituto Nacional de las mujeres o el Consejo Nacional coordinador de políticas públicas de igualdad de género, entre otras.

Es una meta para el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el equipo de salud desestigmatizar las diferencias en los adolescentes y generar confianza para abordar distintos temas desde el punto de vista profesional y brindar herramientas para su crecimiento como futuro adulto. Se apuesta a fomentar hábitos saludables, realizar consejería para situaciones de riesgo, se busca incluir a la familia para su contención y actuar de manera interdisciplinaria.<sup>34</sup>

También, en nuestro país se realizó un proyecto llamado Jóvenes en Red, que fue implementado en 2012, el mismo fue dirigido a adolescentes y jóvenes de 14 a 24 años de edad que no se encontraran escolarizados ni con un empleo formal. Está coordinado por el Ministerio de Desarrollo social (MIDES), el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), el Ministerio de Turismo y Deporte (MINTURD), el Ministerio de Defensa Nacional (MDN), el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), el Consejo de Educación Técnico Profesional (CETP) y el Consejo de Educación Secundaria (CES). Todas estas entidades al trabajar de manera interdisciplinaria permiten abordar al adolescente desde distintas áreas.

Como mencionamos, apunta a jóvenes de 14 a 24 años, que se encuentren en un contexto económico deficitario y no se encuentren cursando algún tipo de estudios o en el área laboral. Por lo que se realizó en zonas estratégicas que presentaran diversidad en “indicadores sociales”.

Se implementó en los departamentos de: Artigas, Salto, Paysandú, Rivera, Cerro Largo, Tacuarembó, Montevideo, Canelones y San José. Operan 36 equipos que plantean proyectos para brindarle a los jóvenes talleres culturales, artísticos y recreativos.

En 2013 se presentaron 2388 jóvenes y adolescentes, donde el tiempo de permanencia máxima en el programa era de 18 meses con opción a una extensión de seis meses más post aprobación. Las edades más comunes que ingresaron en el proyecto y recibieron mayores beneficios fueron en el rango de 15 a 17 años y las menores las de 24 años. El porcentaje de jóvenes que tienen hijos es aproximadamente un 30%, el 66,1% tienen un hijo, el

24,7% tienen dos hijos y el 7,4% tres hijos.

Continuando con datos del 2013 el 67,4% de los jóvenes realizo algún tipo de participación educativa al culminar la preparación y 1610 jóvenes se vincularon al sistema educativo formal, que luego desciende notoriamente.<sup>43</sup>

Todos estos datos planteados nos permiten sacar en limpio que este proyecto es propicio para los jóvenes y adolescentes en la actualidad, que los resultados arrojados son favorecedores y que es una manera de crear nuevas metas y proyectos de vida para los mismos.<sup>42</sup>

# Capítulo VI:

## Embarazo Adolescente

Como mencionamos anteriormente en este trabajo, en la actualidad se ha observado la iniciación de las relaciones sexuales en edades cada vez más tempranas (12 años). (Barbón, 2012). Esto incide de manera directa en un aumento del embarazo adolescente.<sup>35</sup>

Se considera embarazo adolescente, aquel dado en la etapa de la adolescencia (entre las edades de 15 a 19 años).<sup>37</sup> Esta realidad se ve en aumento en la actualidad, y se observa un mayor porcentaje en América Latina el Caribe y África. Lo que apunta a que en 2020 superarán las tasas de fecundidad adolescente en el mundo. Esto se debe a los cambios dados tanto en los ámbitos socioeconómicos, culturales, de género y tecnológicos.<sup>38</sup> Se denomina como “un problema de salud pública importante”.<sup>37</sup>

Díaz.A, Sanhueza R y Yaksic B. refieren que el adolescente en la actualidad se encuentra abrumado por los cambios en el estilo de vida y sus proyectos personales, lo que lo lleva a tomar decisiones y adaptar roles apresuradamente.

Según un estudio realizado en Colombia, se exponen datos de inicio de las relaciones sexuales a la edad de 14,4% (78,5%), el 52,7% indicaron no haber utilizado algún método anticonceptivo en esta primera relación sexual.<sup>40</sup>

León, Minassian, Borgoño, Bustamante (2008), exponen datos estadísticos,

el 60% de los embarazos ocurridos en la adolescencia se dan en los primeros seis meses del inicio de las relaciones sexuales, por lo que se concluye que la mayoría de las usuarias son primigestas. <sup>39</sup>

Según el Boletín de UNICEF; Maternidad Adolescente en América Latina y el Caribe, menciona tres enfoques con respecto al embarazo adolescente. En primer lugar, el enfoque psicológico, este hace referencia a la “definición de identidad”, el joven es quien va a determinar y forjar su carácter y sus experiencias sexuales. Esto puede llevarlo a la vulnerabilidad a la hora de tomar decisiones.

Por lo que el autor plantea hacer hincapié en las charlas educativas, en todos los centros de concurrencia (liceos, hospitales) con el fin de informar, y lograr que el adolescente tenga herramientas para la toma de decisiones. Si logramos exponer conocimiento, vamos a permitir el derecho a la salud Reproductiva.

El segundo enfoque apunta a la cultura, donde se estigmatizan las relaciones sexuales en la población adolescente, esto hace que los mismos se excluyan y oculten su actividad sexual. Favoreciendo en gran medida a que no se tomen los recaudos necesarios para una “relación segura”. En este caso la familia es el apoyo que el adolescente tiene en este aspecto. La familia debe abordar el tema, brindarle confianza y permitirle responder dudas al joven.

Por último la educación es un punto complicado en la actualidad, la deserción escolar hace que el adolescente apunte a la maternidad como

proyecto de vida y como logro propio al que puede alcanzar. La pobreza en gran número es el contexto del abandono escolar. Actuar en un plan integral para los adolescentes desertores de la educación, sería el punto de intervención propicio para el autor. <sup>38</sup>

La baja escolaridad en ocasiones también es asociada a la vergüenza y el prejuicio de la población, la dificultad para cumplir con los horarios, obligaciones, controles entre otras. La adolescente pasa de ser una “niña” con actitudes como tal, a cumplir roles y compromisos de “adulto”, a lo que el autor afirma que “no se encuentra psicológicamente madura”. <sup>39</sup>

Si logramos que el adolescente se plante metas a cumplir distintas a la maternidad en este momento de sus vidas, el mismo se lo va a proponer como cometido a cumplir, y en mi opinión esto ayudaría a cambiar el proyecto de vida.



## 4.1 Factores de riesgo en Embarazo

### Adolescente:

Existen factores de riesgo asociados a la adolescencia que afectan al binomio madre-hijo, entre los factores maternos encontramos: la morbimortalidad <sup>41</sup>, esto es un dato importante que se presenta con mayor incidencia en etapas más precoces de la adolescencia<sup>39</sup>. La nutrición de la misma se ve alterada, ya que, durante el embarazo aumentan los requerimientos necesarios, los que no se logran compensar en los casos de desnutrición, provocan consecuencias en el recién nacido. <sup>(39,40)</sup>

Una patología común es la anemia, ya que de por sí, en la adolescencia, aumentan las necesidades las cuales se multiplican durante la gestación. <sup>(39,</sup>  
<sup>41)</sup>Esto provoca una disminución en el flujo placentario materno-fetal, que conlleva a desencadenar otras afecciones predisponentes. Las complicaciones en el parto, generalmente están asociadas a desproporciones cefalopélvicas, la pelvis materna en algunos casos no se encuentra preparada para el parto, lo que provoca trabajos de parto intensos y utilización de instrumentos (fórceps).<sup>37</sup> Otras patologías asociadas a la baja edad materna son: las infecciones urinarias, el parto prematuro, estados hipertensivos del embarazo, las hemorragias y desgarros perineales, entre otras. Todas estas, en caso de ser presentes aumentan la incidencia del parto instrumental. <sup>(39,40)</sup>

Continuando con los factores de riesgo maternos, nos enfocamos en el área psicosocial, haciendo referencia a la privación de las relaciones sexuales

por parte de la familia del adolescente, se ha observado el aumento del riesgo a embarazos cuando no se cuenta con el apoyo de la familia.<sup>40</sup>

Esto trae como consecuencia, que el adolescente se oculte y no exponga sus deseos, provocando la falta de información oportuna para generar promoción y prevención.

Jóvenes que no se animan a negarse ante una relación sexual sin protección, siendo presionadas a las relaciones, las que consumen alcohol, que han sido partícipe de abortos en amigas, y tienen un trato conflictivo con la familia, son consideradas por el autor como población vulnerable al embarazo adolescente. Aquellas que concurrieron a Servicios de Salud para abordar temas de Planificación Familiar, tuvieron menor riesgo de embarazo en relación a las que no concurrieron.<sup>40</sup> Esto afirma el hecho de que, una meta que genera resultado es la herramienta de la información.

En relación a los factores de riesgo en el feto y neonato, encontramos en primera instancia el riesgo de prematuridad,<sup>(37,39,40,41)</sup> bajo peso al nacer, restricción de crecimiento intrauterino,<sup>39</sup> malformaciones como gastrosquisis,<sup>41</sup> defectos en el tubo neural,<sup>39</sup> entre otras.

Cabe destacar que estas patologías si bien son desencadenadas por factores multicausales aparecen en relación inversa con la edad, a menor edad mayor incidencia de las mismas (edades menores a 16 años).<sup>39</sup> Y si el embarazo adolescente se da en condiciones de pobreza socio económico se aumenta un 50% el riesgo de mortalidad, alteraciones fetales y maternas.<sup>40</sup>

Haciendo referencia a la figura paterna en relación a la madre adolescente, en la mayoría de los casos se continúa viviendo en la casa de la familia, no conformando un hogar estable con el padre, y donde el mismo en la mitad de los casos no provee ayuda económica para el recién nacido.<sup>40</sup>

En cuanto a los adolescentes varones se despliega una variedad de posibilidades; se pueden observar varones que inician precozmente las relaciones sexuales para complacer el deseo de su padre, otros creen que el uso de un método anticonceptivo es tarea femenina, otros quieren comprobar su hombría, o capacidad reproductiva y por último también están aquellos que se hacen presentes en el embarazo y cumplen con los roles de paternidad. Se han implementado en distintos países encuentros de grupos con hombres jóvenes y campañas que fomenten herramientas de salud sexual y reproductiva, se obtuvieron resultados como aumento en el uso del preservativo y disminución de la violencia contra las niñas.<sup>38</sup>

A modo de concluir, se observan; disminuidas las aspiraciones educacionales, la deserción escolar, disfunción en el ámbito familiar, episodios reiterativos de embarazos adolescentes en la familia, pérdida de roles, afectación socio económica, hacinamiento, estrés, trabajos no fijos, entre otras.<sup>40</sup>

En el Boletín de UNICEF se realizaron entrevistas a adolescentes de distintos países de América Latina haciendo referencia a la educación sexual y el embarazo adolescente, los cuales respondieron:

*“Si bien el sexo es una práctica abierta, se ha tornado insegura. Es más,*

*creo que si la abstinencia se promoviera más allá de las fronteras de la religión se evitarían muchos problemas, tales como la propagación del VIH/SIDA”. Adolescente Argentina.*

*“El problema es que las chicas tienen relaciones sexuales a edades muy jóvenes. En mi opinión, la forma de evitar el embarazo es informando a los y las adolescentes sobre los diferentes métodos anticonceptivos y poniéndoselos a disposición de todos”. Adolescente Brasileira.*

*“La educación sexual adecuada es esencial para evitar el embarazo adolescente. Creo que si los adolescentes tuvieran los ojos bien abiertos ante los efectos y repercusiones del sexo, especialmente el sexo desprotegido, muchos piensan dos veces antes de tener relaciones sexuales, o al menos serían más responsables en cuanto a la protección. Tener un hijo siendo adolescente no es el fin del mundo, y con la ayuda de adultos responsables, los y las adolescentes pueden criar a sus hijos exitosamente”. Varón barbadense. <sup>38</sup>*

Estas entrevistas realizadas muestran la variedad de opiniones de los adolescentes, considero que estos en particular han sido beneficiarios por la información acerca de salud sexual y reproductiva, ya que están al tanto de los riesgos que padecen las relaciones sexuales sin protección y tiene presente el peligro de contraer una infección de transmisión sexual. También se encuentran las dos posturas de que el sexo puede ser realizado placenteramente en esta etapa y la contrapostura de que es un momento no oportuno. Otra cosa que destaco es la idea del varón de quitar gravedad al tema del embarazo adolescente y como se aferra a la figura del adulto como guía para la crianza de un niño.

## 4.2 Embarazo Adolescente en Uruguay

En Uruguay, según datos de la encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ) se ha observado un aumento en los embarazos adolescentes, en 1990 un 6% y en el 2008 se observó un aumento a 10%, por lo que se estima que una de cada diez adolescentes es madre en nuestro país.

El inicio de las relaciones sexuales en Uruguay continuando con datos del censo de 2008 es de 16 años o menos y la edad más común para los embarazos adolescentes son 18 y 19 años.

Al igual que como mencionamos en puntos anteriores del presente trabajo, el nivel educacional es un factor influyente y presente en múltiples trabajos tanto a nivel mundial como nacionales sobre la maternidad adolescente.<sup>(36, 42)</sup> En nuestro país la educación escolar es obligatoria hasta los doce años de edad, de todas formas aproximadamente la mitad de las madres adolescentes no culminan estudios primarios, el 40% culmina hasta ciclo básico y el 4% de doce a más años de estudio.

Por lo que se observa una deserción escolar que predomina en hogares donde ambos padres no presentaron la escolarización completa. Solo el 5% de mujeres y el 8% de los hombres culminaron niveles secundarios o terciarios.<sup>42</sup>

Aquellas adolescentes que culminan sus estudios posponen con más frecuencia la maternidad, y en contraposición, las que abandonan se asocian con más números de hijos, por comenzar a edades más tempranas y a abordar la etapa de la adultez más apresuradamente (presentan mayor rango reproductivo). (36, 42)

Dicho estos datos, podemos pensar que las jóvenes por la deserción escolar pasan de manera más precoz al sistema laboral, sin embargo los datos planteados no muestran lo mismo, el 79,4% de las adolescentes no trabajan, con esto podemos plantear que un gran número no se encuentran escolarizadas ni insertas en el campo laboral.

Las relaciones en la adolescencia se consideran inestables, el 70 % de las adolescentes no tienen pareja estable al momento de ser madres, no siempre se observa una independización de los jóvenes a la hora de formar su propia familia, en la mayoría de los casos continúan viviendo en las casas paternas. El 48,5% de las relaciones con la figura paterna no continúan con la relación luego del nacimiento.

Por lo que Petito y Fostik concluyen que si bien, se ve apresurada la iniciación a la etapa adulta y con nuevos roles, esto no garantiza la emancipación, ni permanencia con la pareja y hace hincapié en la pobreza como escenario asociado.

Un dato a destacar en esta publicación es que, se observó que las adolescentes en un gran número no se encontraban satisfechas con el momento de sus vidas en que quedaron embarazadas, por lo que se podría

sospechar que los embarazos no fueron planificados y este sería un punto a focalizar para abordar este tema, pero, los datos muestran que un 88,6% y 93,4% de adolescentes, tanto madres como no madres, respectivamente, utiliza algún método anticonceptivo (MAC) y refiere haber tenido acceso a la información sobre MAC. <sup>42</sup>

Lo antes dicho aporta datos incongruentes a la hora de hablar de planificación familiar ya que si refieren tener acceso a la información y utilizar un método anticonceptivo de manera adecuada, no podríamos estar frente a un embarazo no planificado.

## 4.2. Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Uruguay

Es conveniente que realicemos una breve reseña de los términos de la ley del interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en Uruguay, ya que si bien se deben cumplir determinados requisitos, es una nueva implementación que beneficia a la mujer a la hora de su planificación familiar, garantizando el derecho a la procreación “consciente y responsable”, promoviendo los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

Según lo decretados por el Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General (2012), se despenalizará la interrupción del embarazo siempre y cuando la mujer cumpla con los requisitos planteados por la ley. Se debe realizar la interrupción del embarazo en las primeras doce semanas de gestación, concurrir a las cuatro consultas con el equipo multidisciplinario, el cual constará de un ginecólogo, un asistente social y un psicólogo. Es importante brindar una explicación clara y entendible de lo que son los puntos importantes estipulados por la ley, y explicar la posibilidad de entregar a su hijo en adopción. Luego de estas visitas la usuaria deberá tomarse cinco días de reflexión no alterables para luego si continuar con el proceso. Deberá ser ciudadana natural, legal o las extranjeras que acredite su residencia habitual en el territorio de la República durante un período no inferior a un año.

Se consideran algunas salvedades:



- En casos que la gravidez presente un riesgo para la salud de la usuaria, se deberá tratar de salvar la vida del embrión o feto no implicando la vida de la madre.
- Ante cualquier patología que se compruebe es incompatible con la vida extrauterina, se podrá realizar la interrupción.
- En los casos de violación comprobada presentando las correspondientes denuncias judiciales, se tomara un plazo extensivo hasta las 14 semanas de gestación.

Artículo 7°. (Consentimiento de las adolescentes).- En los casos de mujeres menores de 18 años no habilitadas, el médico ginecólogo tratante recabará el consentimiento para realizar la interrupción del embarazo, de acuerdo a lo establecido en el artículo 11 bis de la Ley N° 17.823, de 7 de setiembre de 2004, en la redacción dada por el artículo 7° de la Ley N° 18.426, de 1° de diciembre de 2008. (Ley N° 18.987 Interrupción voluntaria del embarazo, 2012).

Éste artículo hace referencia a el aval que tiene el médico para realizar la interrupción, en caso de que la usuaria menor de edad lo decida y los padres no apoyen la misma.

Luego de la visita con los distintos profesionales y los cinco días de reflexión, la usuaria concurrirá con el ginecólogo para entregarle la medicación, el mismo le explicara el procedimiento de uso de la misma y también los síntomas que son esperables y los que no, por lo cuales deberá concurrir a emergencia. (Signos de alarma).

Según el artículo diez, dispone a todas las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud a cumplir lo establecido por la ley, brindando el servicio oportuno para que se den las condiciones de la

interrupción y contando con personal para su realización. Ya que de presentar objeción de conciencia por parte del personal de salud, el mismo deberá comunicarlo ante la dirección de la institución donde trabaja y así buscar otro profesional para desempeñar esa tarea.

Por último en la última consulta se deberá buscar un método anticonceptivo que se adapte a las necesidades o estilo de vida de la mujer para evitar futuros embarazos no deseados.<sup>44</sup>

Capítulo V:  
Depresión Postparto y  
Embarazo Adolescente

## 5.1 Generalidades

Uno de cada seis adultos presenta depresión en algún momento de su vida, esto afecta al individuo para expresarse, relacionarse y proyectarse en la sociedad, provocando un deterioro en su ámbito familiar, laboral y social. Un dato no menor es que la población más propensa a presentar depresión es la femenina.

La depresión influye en cada persona de distintas formas, los cuadros sintomatológicos no siempre son iguales, ni la intensidad o duración de la patología. Lograr un abordaje integral del individuo es la meta planteada por los profesionales que abordan esta problemática.<sup>45</sup>

La maternidad es un desafío constante que implica sortear obstáculos día a día. El estado emocional de las mujeres durante su embarazo y luego de él es una consideración que debemos tener todos como sociedad. En Uruguay el 16,5% de madres con hijos mayores de seis meses y menores del año presentaron sintomatología depresiva.<sup>17</sup>

En lo que respecta a las adolescentes, en 2012, el 18,2% de los nacimientos son provenientes de madres adolescentes, si bien estos datos aportados en nuestro país no son excesivamente elevados, sabemos que estamos ante una problemática social y de salud pública que se encuentra en aumento y que engloba a la población mundial.<sup>46</sup>

Vargas (2011) hace hincapié en que, conocer los factores que predisponen

el embarazo adolescente nos permitirá actuar en su prevención. La menarca temprana conlleva a que la adolescente se considere que esta apta para mantener relaciones sexuales, aunque su desarrollo no se encuentre en su máxima expresión. Esto provoca un inicio de las relaciones sexuales más tempranamente, a familias disfuncionales, donde se pasa a vivir con la familia materna o la familia del novio, y en otros casos a ser madre soltera sin el apoyo del padre del niño. El bajo nivel socioeconómico y educativo son terrenos cotidianos en este ámbito, el autor nombra a los “pensamientos mágicos” como un sentimiento común entre las adolescentes ya que, el grado de ingenuidad es mayoritario en un gran número de casos.<sup>45</sup>

Molero. et.al. Señala que las adolescentes presentan un mayor índice de depresión post parto en relación con las madres adultas.<sup>48</sup>

En la actualidad vivimos en un mundo avasallado de información y tecnología, donde las posibilidades de adoptar distintos estilos de vida están a la orden del día, sin embargo múltiples adolescentes apuestan a la maternidad como único proyecto. Buscan cumplir roles y estereotipos de adultos ignorando la realidad.<sup>39</sup> Cuando nos encontramos con un contexto socioeconómico deficitario, esta realidad tiende a repetirse con mayor frecuencia.<sup>40</sup>

La autoestima es considerada para Mora y Hernandez (2015) como un sentimiento de aceptación hacia uno mismo, el cual lo toma como un concepto aprendido y generado por su entorno, lo que puede afectar de manera contraproducente este concepto cuando es negativo.

La adolescente embarazada debe enfrentarse a una serie de cambios tanto

físicos, psicológicos, y sociales que van a influir en su vida, si a estos cambios se le suma un embarazo, puede generar una inestabilidad emocional. Se vincula esta inestabilidad con depresión en el embarazo y luego del parto.<sup>47</sup>

Se considera a la etapa del puerperio, como un momento de vulnerabilidad, que se genere un buen vínculo con el recién nacido depende en gran parte del estado de salud mental materno en los primeros meses de vida de su hijo. Se considera que la depresión postparto tiene consecuencias negativas hacia el relacionamiento madre-hijo. A su vez se hace referencia en múltiples estudios que expresan el nacimiento del primer hijo como una situación que genera un estrés más agudo y con mayor predisposición a la DPP.

Los síntomas puerperales comunes y fisiológicos (baby blues) pueden entorpecer el diagnóstico de la depresión puerperal, pudiendo presentarse, como ya se expresó anteriormente como fatiga, insomnio, disminución de la libido, llanto fácil y alteraciones del estado de ánimo, estos síntomas también se pueden presentar en casos de DPP. Es por ello que es oportuno realizar un correcto diagnóstico, el autor hace referencia a analizar los síntomas presentados, diferenciar el cansancio con el “cansancio emocional” y el insomnio, con no poder lograr dormir cuando el recién nacido descansa. En las adolescentes con DPP la irritabilidad es un síntoma muy experimentado por lo que se debe sospechar de la misma en esos casos.

## 5.2 Factores de Riesgo:

Si bien nombramos anteriormente factores de riesgo para la depresión, en este apartado realizaremos un abordaje enfocándonos en la depresión en el embarazo adolescente.

Comenzaremos con las patologías del puerperio, B. Vargas (2011) al igual que Morelo, et.al. (2015) afirman que las patologías del puerperio aumentan el riesgo de presentar DPP.

Nombraremos a continuación aquellas que son mayormente predisponente en los embarazos adolescentes: Anemia, Infecciones Urinarias, Restricción de Crecimiento Intrauterino, Hipertensión y Parto pre-término entre otras.

La Anemia es considerada como *“la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre por debajo del límite normal para la edad, sexo y estado fisiológico”*. (p.392)<sup>5</sup>

Esta enfermedad aumenta la mortalidad materna, existen diferentes tipos asociados a déficit de ácido fólico, vitamina B12 y las hereditarias.

En la adolescencia también se tiende a un aumento de los requerimientos de hierro, dados por el desarrollo en esta etapa por lo que la adolescente es más propensa a padecer anemia.

Ante una anemia es importante acotar que los valores no van a poder ser elevados únicamente con la dieta y siempre es conveniente complementarlo con la ingesta de medicación.

Como mencionamos, la adolescencia es un factor de riesgo al igual que el corto período intergenésico, el antecedente de menstruaciones abundantes, dieta baja en hierro, parasitosis anemizante entre otros.

Las Infecciones Urinarias se caracterizan por la colonización bacteriana del tracto urinario. Dentro de ésta patología se diferencian las bacteriurias asintomáticas, las uretritis y cistitis y la uretro-cisto-pielonefritis. Si bien esta es una patología común en la población femenina y las embarazadas, se observa un aumento en la población adolescente y puede traer como consecuencias la amenaza de parto pretérmino, partos pretérminos entre otros.<sup>5</sup>

La Restricción de Crecimiento Intrauterino se considera que *“un feto presenta restricción de crecimiento intrauterino cuando se estima un peso inferior al que le correspondería para su edad gestacional”*. (p. 274)<sup>5</sup>

Hablamos de un feto que no logró desarrollar su potencial máximo en crecimiento y desarrollo. La fisiopatología es de origen multifactorial entre estos se destacan los factores demográficos, preconcepcionales, patologías asociadas en el embarazo, riesgos ambientales, y del comportamiento.

Las edades extremas se destacan dentro de estos factores mencionados, pero sobre todo en los embarazos adolescentes, según el autor se estima que los recién nacidos menores de 1500 gramos aumentan en esta población, así como también influye el tiempo en que se da la primera menstruación y el embarazo, cuando menor es el lapso entre ellos, mayor es el riesgo de presentar esta patología.



La hipertensión (HTA) es considerado como el aumento de la presión arterial por encima de los valores normales. Se puede realizar el diagnóstico con la presencia de dos tomas aisladas de tensión arterial (TA) mayor o igual a 140/90 mmhg o un valor de TA diastólica de 110 mmhg. Deben ser tomadas con un intervalo de dos a cuatro horas en condiciones basales (sin consumo de estimulantes y con la usuaria sentada).

Se clasifican en hipertensión crónica, HTA gestacional, y el síndrome de preclamsia eclampsia. Es una patología con una alta morbilidad y mortalidad materna-fetal.

Entre los factores se encuentra la adolescencia como predisponente para la HTA gestacional y el síndrome de preclamsia-eclampsia.

Se denomina parto prematuro o parto pretérmino al que se produce antes de las 37 semanas de gestación, cuando el embarazo tiene entre 22 semanas (para algunos 20 semanas) y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación). (p.253)<sup>5</sup>

Existen múltiples desencadenantes del parto pretérmino, entre ellos *“el estrés psicosocial materno puede producir estrés fetal con una reducción del flujo útero placentario y puede activar prematuramente el mecanismo fetal del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.”* (p.254)<sup>5</sup> Esto libera ante el estrés corticotrofina, ayudando a la liberación celular del amnios, corion y decidua, donde se producen prostaglandinas encargadas de madurar el cuello uterino y producir contracciones.

Este factor (estrés psicosocial) se consideró importante ya que si bien es general para todas las usuarias, se relaciona directamente con el estado de vulnerabilidad emocional fisiológico de las adolescentes. A su vez las madres menores de 17 años de por si presentan un aumento de probabilidad de padecer esta patología. La edad es un factor no modificable, mientras que el estrés psicosocial se determina como modificable. <sup>5</sup>

Finalizado el apartado de las patologías asociadas al riesgo de DPP en embarazos adolescentes, otro factor es el nivel socio económico de la usuaria. Diversos estudios afirman que se aprecia un mayor número de embarazos adolescentes en poblaciones con un déficit socio económico<sup>(40, 49)</sup>

Si analizamos el terreno, observamos que si el nivel socioeconómico es escenario de mayores casos de embarazos adolescentes y en general un gran número de estos se presenta con DPP podemos decir que es un factor coadyuvante.

C. Mendoza, S. Saldivia. (2015) establece tres rangos de predictores desde los menos influyentes hasta los más influyentes. En éste caso se encuentran al nivel socioeconómico como uno de los que menos afecta. <sup>50</sup>

La escolarización es otro punto que afecta a las madres adolescentes para la DPP, generalmente provoca sentimientos de angustia y sensación de aislamiento de las amistades al no poder compartir ciertas actividades que antes realizaban. Como ya dijimos en el capítulo de embarazo adolescente el 50% de éstas madres no culminan estudios primarios, esto provoca la inserción más precozmente a ser ama de casa o la incursión al ámbito

laboral.<sup>40</sup>

En Uruguay las usuarias que no culminaron estudios secundarios, presentaron mayor riesgo de DPP en relación a las que si los finalizaron. (15,17) La población adolescente en la actualidad en general presenta un mayor grado de deserción escolar en relación a años anteriores.<sup>39</sup>

En el trabajo de investigación realizado por Morelo, et.al (2015) se afirmó que uno de los principales factores para la DPP era el bajo nivel socio económico para las adolescentes, presentándose un 42,9% de madres en esas circunstancias.<sup>48</sup> Por lo que se determina que las adolescentes con mayor apoyo económico y social presentan menor riesgo de DPP. En especial aquellas que cuentan con el apoyo familiar pero sobre todo con el materno.<sup>49</sup>

Como ya expresamos, el apoyo familiar es un sustento importante, ser madre soltera y no contar con el apoyo paterno para algunos autores es un factor influyente en la depresión postparto, las adolescentes experimentan sentimientos de angustia y soledad cuando se encuentran solas.

Estudios demuestran que si bien no es concluyente de DPP aquellas adolescentes con pareja presentan menor riesgo de DPP en relación con las que se encuentran solas. Al igual que aquellas que tiene un mal vínculo con la pareja.<sup>45</sup>

Es importante referir a los factores que se observan independientes a la edad

de la puérpera, como son los antecedentes familiares o personales psiquiátricos, estados depresivos, neuróticos, ya sea antes, durante el embarazo o puerperales. Se determina un riesgo mayor de presentar DPP cuando ya se dan síntomas depresivos en el embarazo.<sup>49</sup> El embarazo no planificado según B. Vargas (2011) fue el factor que presentó mayor riesgo significativo para la DPP, si bien sabemos que no es un factor directo para el embarazo adolescente, debemos tener en cuenta el alto índice de embarazos no planificados en esta población, siendo el mismo un causal indirecto al igual que los que nombramos anteriormente.<sup>45</sup>

Un factor de riesgo para la depresión postparto es ser primigesta, ya que se demostró que el primer embarazo transita por emociones nuevas y más intensas. <sup>(45,49)</sup> Teniendo en cuenta que generalmente las adolescentes deprimidas se encuentran cursando su primer embarazo, podríamos asociarlo indirectamente con la DPP.

Las adolescentes experimentan múltiples sentimientos en torno a la maternidad y a éste nuevo rol como madre, entre estos el miedo y la culpa de no poder cumplir con las expectativas que se había planteado durante el embarazo. Miedo a la lactancia y un vínculo frágil de la diada madre hijo cuando se presentan síntomas depresivos. Se observó que era directamente proporcional, que a menor rendimiento de los cuidados del recién nacido y menor satisfacción al realizarlo, mayor eran los sentimientos depresivos. <sup>49</sup>

En lo que respecta al recién nacido, múltiples estudios avalan que esta situación genera consecuencias en el mismo. Se ha observado una menor talla, menor circunferencia craneana, mayor morbi-mortalidad entre los tres a seis meses de vida, incluso la baja estimulación por parte de la madre

puede afectar su desarrollo. Ya luego en una etapa más avanzada se pueden observar alteraciones de conducta a nivel escolar.

Por último las situaciones de violencia doméstica o de abuso físico o sexual durante la infancia de la adolescente son considerados como un factor influyente a la hora de DPP.<sup>49</sup>

## 5.3 Incidencia

Es importante hacer una breve referencia a nivel mundial sobre la incidencia de la depresión en relación al embarazo y puerperio en la adolescencia.

En 2009, en Santa Fe, Argentina, se realizó una investigación en el Hospital Iturraspe en el área de maternidad adolescente en la unidad de neonatología, donde se buscaba establecer indicadores de depresión post parto en adolescentes que presentaban a su hijo en internación neonatológica. Este aspecto se determina como un factor predisponente para la DPP, ya que las usuarias experimentan sentimientos de culpa, tristeza, ansiedad entre otros. Se utilizó el test de Edimburgo y una entrevista para obtener información de la misma. Se determinó que el 50% de las edades eran en un rango de 17 a 18 años, de las cuales trece madres fueron las que presentaron síntomas de DPP y nueve de ellas son ama de casas. El autor toma este último como una ausencia de proyecto de vida.<sup>49</sup>

En el 2012 se realizó un estudio a 150 adolescentes de 13 a 19 años de edad, de las cuales 45 cumplían con los criterios de inclusión en el Hospital de México. Se aplicaron instrumentos de depresión y un cuestionario sobre autoestima. Se obtuvieron datos como escolaridad, estado civil, grupo familiar entre otros, para determinar un contexto situacional de la usuaria y para lo que respecta a la autoestima y depresión se aplicó un cuestionario que consta de veinticinco preguntas con tres opciones de respuesta (siempre, a veces, nunca). A más puntaje, menor autoestima.

La media en edad de las adolescentes encuestadas fue de 17 años, una

mínima de 14, y una máxima de 19 años. El comienzo de las relaciones sexuales fue a los 15,6 años de edad, 71,1% no utilizó ningún método anticonceptivo, por lo que la mayoría de las encuestadas cursaron su embarazo a dos años de su primera relación sexual y sin protección, siendo la mayor parte de ellas primigestas (75,6%). El 88,9% se dedicaban a ser ama de casa, por lo que los ingresos del hogar deben ser por parte de otro integrante del núcleo familiar. Y por último el 86 % presentó autoestima baja durante el embarazo y el 51,1% depresión leve a grave. Esto nos hace establecer que existe un alto índice de depresión y síntomas asociados en las adolescentes en México.<sup>46</sup>

En el 2014, en Venezuela, se llevó a cabo un trabajo de investigación donde se buscó determinar la incidencia de depresión postparto en adolescentes que concurren al Hospital de Maracaibo. Se utilizó el test de Edimburgo como herramienta diagnóstica, todo valor mayor o igual a 13 se encuentran en un riesgo elevado que requiere atención temprana.

A su vez se tomaron datos demográficos como edad, estado civil y escolarización. Los resultados obtenidos fueron que el 24% de las usuarias adolescentes resultaron deprimidas, predominando un 28% las usuarias de 19 años de edad y en menor porcentaje, 10%, las usuarias de 15 años de edad.<sup>50</sup>

En 2015, en la ciudad de Cuenca, Ecuador, Cordero realizó un estudio de grado, valorando la depresión en las adolescentes embarazadas y el núcleo familiar en el Centro de Salud de Astudillo. El número de la muestra fue de 90 usuarias, adolescentes de 14 a 19 años, encontrándose la mayoría en el tercer trimestre del embarazo. Como mencionamos, este estudio apunta a la

relación de la Depresión en el embarazo en las adolescentes y su relación con su composición familiar. Para ello se aplicó el test de Beck que consta de 21 ítems sobre la depresión, abordando tanto síntomas físicos (cansancio, fatiga, disminución de peso y libido, etc.) como síntomas emocionales (tristeza, irritabilidad, culpa, etc.). El puntaje de cada ítem es de cero a tres, y el total posible es de 63. Para valorar la índole familiar se utilizó un cuestionario del funcionamiento familiar realizado en Cuba en 1999 donde el mismo evalúa siete variables “*Cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad.*”(p33) Los resultados exponen a familias funcionales, familias moderadamente funcionales, familias disfuncionales y familias severamente disfuncionales.

Los datos más importantes fueron que el 63,33% de las usuarias se encontraban solteras viviendo en el seno familiar, a relación de un 62,22% que se encontraban cursando bachillerato. Esto nos indica un mayor número de adolescentes insertas en el ámbito escolar y que cuentan con el apoyo familiar, datos distintos al estudio realizado en México.

El 18,9% presentó una leve perturbación del estado de ánimo, el 20% un estado de depresión intermitente, el 21 % depresión moderada y el 6,7% depresión grave. Estos datos estadísticos hacen referencia a que la mayoría de estas usuarias presentó una depresión moderada, 7 de cada 10 usuarias embarazadas adolescentes tiene depresión. Al relacionarlo con la composición familiar el 28,9% de las mismas presentaron una familia disfuncional.<sup>47</sup>

En Perú, en el año 2016, Gonzalez, realizó una investigación sobre la prevalencia de la depresión postparto en puérperas adolescentes y adultas en el Hospital Nacional Sergio Bernales. La muestra la conformaron 385 usuarias, de las cuales 350 fueron adultas y 35 adolescentes, las



herramientas utilizadas fueron la escala para depresión del centro epidemiológico (CES-D) y la escala de Edimburgo.

La prevalencia de adolescentes con depresión postparto fue del 34,29% y de 46,67% para las adultas, si bien es evidente que el porcentaje de DPP en las adultas fue mayor también se destaca que la incidencia en las adolescentes es elevada. En este estudio se determinó que el inicio de las relaciones sexuales fue antes de los 15 años en su mayoría, 88,57% de las jóvenes presentaba pareja estable y el 82,86% eran amas de casa, continuando con el mismo patrón e idea de que el varón debe sostener la manutención de la familia. Estos datos nos dan un paneo general sobre la influencia de la cultura y contexto socio económico de cada país, en este caso la mayoría de las adolescentes presentaban pareja pero no se encontraban escolarizadas y el factor predisponente en todos los casos expuestos es la no planificación familiar.<sup>48</sup>

En nuestro país existen múltiples estudios individuales en relación con la depresión post parto, al igual que trabajos acerca de la adolescencia. Pero como mencionamos en otra oportunidad, no existen investigaciones o trabajos monográficos que involucren la relación de ambos temas.

## 5.4 Vínculo Madre y Recién Nacido

Las mujeres luego del parto son el pilar fundamental para brindar cuidado, estímulos (tanto cognitivos como motrices) y alimentación de su hijo. Cuando estamos frente a un caso de depresión postparto la madre en ocasiones se ve desbordada por las tareas demandantes que este nuevo rol requiere. Por lo que en ocasiones disminuye la atención brindada al niño, al igual que los estímulos y éstos síntomas pueden ser transmitidos a su hijo.

Castro (2011) refiere que, en múltiples estudios se evidencia un trastorno en el vínculo madre hijo cuando hablamos de depresión postparto. Pudiendo observarse dificultad afectiva, en el apego, alteraciones cognitivas y conductuales. Todo recién nacido funciona a través del contacto, el estímulo y sobre las “relaciones de cuidado” en primera instancia maternas, aunque de todas maneras se establece el apego con un número reducido de personas.

Los vínculos tempranos son fundamentales para la salud tanto física como mental. Frente a la depresión materna el niño puede experimentar poca tolerancia al estrés, en algunos casos son bebés irritables, mientras que en otros casos se comportan como deprimidos. Disminución del sueño, bajo nivel en el crecimiento o en el aumento de peso, son algunas otras de las consecuencias.<sup>51</sup>

Cuando la madre se encuentra en un estado depresivo, transita por emociones de tristeza, angustia, llanto, pérdida de interés, sentimientos de que no puede cumplir con las tareas maternas ya que la sobre exigen, entre otros síntomas, esto conlleva a que la madre descuide el vínculo con su hijo,

que no juegue, o no realice estímulos visuales o fonéticos con el recién nacido.

En una gran medida las madres que cursan un cuadro depresivo generalmente no dan de amamantar ya que no se sienten capaces, no generan la necesidad de alimentar a sus hijos o tienen dificultades al realizarlo. Esto trae consigo mayores casos diarreicos por el uso del complemento, y alteraciones del sueño. <sup>51</sup>

En el estudio realizado por M. Olhaberry, (et.al) acerca de las Intervenciones psicológicas perinatales en lo que respecta a la depresión materna, hace referencia al “apego infantil inseguro”, éste hace referencia cuando se observa un vínculo inestable que se genera comúnmente en cuadros de depresión materna. Ellos plantean tres intervenciones para actuar ante éste diagnóstico, en primera instancia; *“Reducir la depresión materna”, “favorecer la capacidad del vínculo madre-infante”, y “reducir la depresión materna y favorecer el vínculo madre-infante de calidad”*. <sup>54</sup>

Ya en etapas mayores, los niños pueden presentar irritabilidad, problemas conductuales afectivos ya sea demostrando cariño o mostrando desapego y dificultad de razonamiento, entre otras. Se hace hincapié que a los 11 años los hijos de madres que presentaron DPP presentan cuatro veces más incidencia en trastornos psiquiátricos y que sobre todo afecta mayormente a los varones el riesgo de presentar psicopatologías. <sup>51</sup>

Un dato no menor y que aún no hemos abordado es que aparentemente la madre no siente amor y cariño por su hijo, esto se debe a que la patología

en si no le permite experimentar las emociones ni demostrarlas, tampoco ejercer su rol en todo su potencial madre y esto es lo que trae consecuencias en el recién nacido.

Castro hace referencia a (Stern, 1991) quien publicó en su libro cuatro situaciones del recién nacido que son cónicas y que llevan a esos comportamientos ante la ausencia de la madre desde el punto de vista psicológico. Entre ellos se encuentra:

*“La microdepresión”*, este comportamiento remite al imitar el comportamiento materno, se puede observar un recién nacido decaído y sin expresiones faciales al igual que las maternas.

*“La experiencia infantil de ser animador”*, este caso sería contrario, como la palabra lo indica el recién nacido intenta animar a su madre, con el uso de expresiones, sonidos, y movimientos, si esto no funciona puede intentarlo varias veces hasta conseguir una respuesta materna.

*“La experiencia de la madre como telón de fondo”*, el recién nacido busca un estímulo externo ya que con el materno no tuvo éxito. Generalmente se detienen mirando otros objetos, pero siempre en presencia de la madre, se explica que esto tiene un trasfondo de relación con el vínculo afectivo.

*“La experiencia de la madre y de un yo artificiales”*, el comportamiento materno en este caso es intentar compensar el desinterés realizando grandes esfuerzos por generar un vínculo con su hijo, el cual percibe que los intentos

no son verdaderos, sino forzados. Por eso es la idea de una madre artificial, ya que si bien intenta no logra cumplir las expectativas del recién nacido.

En conclusión éstos sentimientos se pueden observar en etapas agudas de la depresión postparto, donde las madres experimentan múltiples opciones negativas como mencionamos anteriormente o la capacidad de estimular a sus hijos, de generar cariño en cierta medida, de incluso cumplir con las tareas que dependen de su entidad, pero siempre con la sintomatología depresiva de por medio.<sup>51</sup>

La Revista Peruana de pediatría publicó un estudio sobre los beneficios obtenidos al exponer a la madre al contacto piel a piel con el recién nacido. Se procedió a la formación de dos grupos al azar donde uno colocaba al neonato inmediatamente sobre el pecho materno y el otro grupo, luego de las dos horas de vida, para así ver su reacción durante 15 minutos, observando si el mismo lactaba solo (sin ningún tipo de estimulante). Previamente al alta se volvió a valorar al binomio y aplicar nuevamente las herramientas diagnósticas.

Los datos obtenidos fueron significativos, las madres que tuvieron un contacto piel a piel inmediato no presentaron signos de ansiedad significativa (5%), y las madres que no presentaron el control piel a piel fueron las que presentaron sentimientos depresivos y DPP.

No se observaron alteraciones según la edad o la paridad en esta índole, pero si se observó una diferencia significativa en lo que respecta a la lactancia, el 76,3 % de los recién nacidos que presentaron contacto piel a

piel, lograron lactar en los primeros quince minutos de observación, y del otro grupo solo el 29,3% lactó en el mismo período.

Podemos decir que ambos grupos presentaron síntomas de ansiedad a las dos horas de vida, que disminuyen a las 48 horas, se concluye en este estudio que es beneficiario el contacto piel a piel para la depresión postparto al igual que la lactancia materna precoz, se determinaron como factores protectores para la madre y el neonato.

Se observó que las usuarias que tenían contacto piel a piel luego del parto, sentían mayor grado de satisfacción bajando los niveles de ansiedad y teniendo mejores ideales del parto.<sup>52</sup>

## 5.5 Medidas de Promoción y Prevención

A modo de medidas de ayuda, es importante hacer ver a las madres cuando se encuentran ante un cuadro de depresión postparto, y que sean conscientes del vínculo que están teniendo con su hijo. Evitar el “piloto automático” e involucrarse con el niño.

Sabemos que el nacimiento de un hijo como dijimos anteriormente expresa sentimientos de felicidad y satisfacción al igual que, angustia dudas e inseguridades, la madre debe desarrollar más a fondo sus sentidos y habilidades cognitivas.

Santamaría, (et.al) expone técnicas milenarias y prácticas de meditación para padres. Entre las herramientas de ayuda existen diversas formas de brindar apoyo y contención al binomio y a la familia. Debe interpretarse el lenguaje y comportamiento de su hijo para así establecer el vínculo. El autor hace referencia al primer hijo como desencadenante de mayores inquietudes, miedo a lo desconocido y el aprender a ser padres.<sup>53</sup>

En los últimos años ha surgido la atención plena como medida terapéutica, siendo una:

Forma de conciencia no conceptual y abierta al presente, en la que cada pensamiento, cada sensación, o cada sentimiento que aparece en la conciencia es tenido en cuenta y aceptado tal y como es, pero sin reaccionar a él. (p.161)<sup>53</sup>

Esto hace referencia a que la madre debe enfocarse en los sentimientos que se encuentran experimentando, tomar conciencia, sin juzgarse por sentirlos. Así se va a permitir expresar el campo cognitivo, reflexionar, meditar y reaccionar de manera distinta ante las situaciones.

El autor hace referencia a que el estado de atención plena “mindfulness” es opuesto al estado de automatismo, ausencia mental o “mindlessness”. La base de estas doctrinas es la meditación, se ha implementado en varios aspectos desde la ansiedad, depresión, relaciones afectivas y hasta en el tratamiento de dolores crónicos, entre otras.

Según el programa de Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), realizado por Jhon Kabat Zinn (1979) citado en la Revista de Psicoterapia y Psicología Humanista (2006). Quien practicando el Zen o el Yoga y enfocándose en la ideología budista, hace referencia a la “conciencia plena” apostando a su obtención mediante la meditación. Estableció 5 prácticas, donde se deberán aplicar las siguientes actitudes:

“*No juzgar*”, Se apunta a actuar de forma imparcial ante las situaciones de la vida y el entorno.

“*Paciencia*”, Es dejar fluir, sin forzar las situaciones.

“*Mente de principiante*”, se intenta aplicar a la vida diaria, donde las situaciones se deben vivir como si fuese la primera vez, desde un punto de vista de principiante.



*“Confianza en la propia bondad y sabidurías básicas”*, se busca ser auténticos y confiar en uno mismo.

*“No esforzarse por conseguir ningún propósito”*, Apunta a no generar una respuesta a las situaciones dadas, dejar fluir y ser consciente de ello.

*“Aceptación”* Observar las cosas como en realidad son, y permitirnos actuar en caso de que no se cuiden nuestros valores, desde una perspectiva constructiva.

*“Dejar pasar”*, Nuevamente hace referencia a fluir, liberarse, soltar pensamientos, y guardar únicamente experiencias enriquecedoras.

A modo de concluir esta idea, enfocándonos en el beneficio de la depresión en la maternidad, se apunta a que los padres brinden atención al comportamiento de su hijo, estar presentes, generar autoconciencia y cultivar la terapia cognitiva como dijimos anteriormente.<sup>53</sup>

Como mencionamos anteriormente, el informe realizado sobre la depresión materna y el vínculo madre-bebe hizo referencia a distintas técnicas para beneficiar éste vínculo.

Se realizó un estudio donde se reunió a un grupo de padres con sentimientos

depresivos y se observó cómo era el vínculo, con el recién nacido y la interacción para con él. Esto apuntaba a generar herramientas para el cuidado del mismo y el empoderamiento del rol de padres. En estas intervenciones educativas se buscó intercambiar anécdotas e incertidumbres. Los resultados expusieron que los bajos niveles de autoestima como padres se veían aumentados tras la intervención.

Otras medidas a tomar son las intervenciones individuales psicoterapéuticas, así como también las charlas grupales, donde se brinda información oportuna para manejar el estrés y conflictos interpersonales, manejándose ambas intervenciones en base a la promoción de pensamientos positivos.

En algunos tipos de análisis, lo que se busca es comprender algunos aspectos de la vida de la madre y su relación con el entorno, para explicar comportamientos tomados en este rol de “madre”. Esto ayuda para modificar patrones de conducta y entender el por qué los sentimientos presentados. Los autores hacen referencia a la importancia de este tipo de intervenciones y la necesidad de investigar más a fondo acerca de los aspectos retrospectivos e indagar acerca del tema.

Los masajes terapéuticos son una opción a la hora de hablar de la depresión postparto. Se ha observado el aumento de la satisfacción ante los masajes, sobre todo si éstos son realizados por la pareja. Podemos pensar que brindar atención y cuidado a la madre con depresión es beneficioso para el cuadro.

También existen masajes realizados para bebés, los cuales son guiados por

instructores capacitados para su realización. Constan de cinco sesiones que favorecen el vínculo ayudándolo a generar armonía y detección de las señales enviadas por los neonatos.

Las investigaciones realizadas demuestran que tratar la depresión postparto no mejora en todas las ocasiones la relación madre-hijo, pero si se evidencia que mejorar el vínculo genera un aumento significativo del ánimo. También se observa que la mayoría de los trastornos del vínculo materno están asociado con la depresión postparto.<sup>54</sup>

E. Rivera (2017) En su trabajo de investigación acerca de la prevención de la depresión postparto, se dividió el tema según los niveles de atención en salud.<sup>55</sup>

En lo que respecta a la atención primaria determino como ya mencionamos anteriormente que era beneficioso la realización de masajes, el contacto piel a piel, la realización de masajes terapéuticos entre otros. Pero también se hizo referencia a clases educativas (preparación para el parto y la maternidad), donde se abordaran temas sobre la DPP, la sintomatología y sus medidas preventivas.

Esto resulta beneficioso ya que si empoderamos a la usuaria sobre la patología y su sintomatología, la misma puede consultar de manera oportuna y realizarle un diagnóstico precoz.

Las visitas domiciliarias y las líneas telefónicas de ayuda resultan

beneficiosas para que las madres se sientan contenidas y apoyadas, esto disminuye el grado de ansiedad.

Existen pequeñas maneras de prevenir la DPP con hábitos saludables; el ejercicio físico moderado diario, poder despejar la mente y descansar, la buena comunicación con la familia y la pareja y poder pedir ayuda ante las diversas situaciones, son medidas a tener en cuenta para mejorar estilo de vida y prevenir la patología.

A lo que apunta en el segundo nivel de atención en salud es la detección temprana, y el correcto diagnóstico. Para ello sería importante y conveniente que el personal idóneo a cargo de la salud de la usuaria tenga conocimientos básicos acerca de las herramientas diagnósticas, como ya mencionamos el uso del test de Edimburgo como cribado mundial más aceptado. Se estima que el 50% de esta patología no es detectada por lo tanto no es diagnosticada, ni tratada.

Dicho esto último, es relevante destacar que se encuentran más datos investigativos sobre el tratamiento de las mismas que acerca de su prevención.

En lo que respecta al tratamiento farmacológico, se suele utilizar fármacos antidepresivos o benzodiazepinas. En lo que respecta al tratamiento farmacológico, se suele utilizar fármacos antidepresivos o benzodiazepinas. Habiendo expuesto anteriormente los riesgos de la depresión materna no tratada y su impacto a largo plazo en el desarrollo del niño es importante entender que el riesgo de no tratarla suele ser mayor que el de tratarla con

antidepresivos controlados por especialistas formados.

La prevención terciaria apunta a los “grupos de apoyo”, donde las madres puedan reunirse con otras madres que presentan o presentaron la misma sintomatología, y que puedan hablar de sus experiencias. Estas instancias pueden ser individuales entre madres o también que la familia sea partícipe.<sup>55</sup>

La lactancia materna es otra medida preventiva. La misma ha cursado por altibajos, si hacemos una retrospectiva en estos años, se observó, desde su práctica asidua con un gran valor a la alimentación natural, hasta las restricciones y complicaciones en el amamantamiento.<sup>56</sup>

Es recomendable el amamantamiento exclusivo a partir del comienzo de vida extrauterina, y hasta los seis meses de vida. Y luego hasta los dos años como complemento con la ingesta de alimentos sólidos. Según Castro, 2017, su prevalencia exclusiva es mayor en África, sur de Asia, y parte de América Latina.<sup>57</sup>

En Uruguay se realizó un estudio donde se buscó identificar si había relación entre la lactancia materna exclusiva en el primer mes de vida, los niveles de ansiedad y la vulnerabilidad al estrés materno. La muestra fue de 110 madres de Montevideo y sus recién nacidos.

Los resultados obtenidos demostraron que el 49,1 % de los niños recibieron lactancia materna exclusiva entre 4-5 meses y el 27,3 % por seis meses. Se pudo concluir que los resultados más exitosos fueron dados por aquellas madres con menor ansiedad y estrés, en contraposición con aquellas que

presentaban vulnerabilidad al estrés y ansiedad como estado.

Lo que el investigador quiere decir es que, cuanto mejor es el estado de la usuaria, en cuanto a serenidad para amamantar, confianza en sí misma, menor ansiedad y estrés, mejores van a ser los resultados de la lactancia exclusiva.<sup>58</sup>

El sentimiento materno hacia la lactancia es muy importante, pudiendo experimentar en general, ansiedad, temor, dolor, que no puede cumplir con las exigencias básicas de alimentar a su hijo. Como profesional debemos dar el apoyo adecuado ante estos síntomas independientes del cuadro depresivo, pero que si pueden verse agudizadas ante éste cuadro.

Se hace referencia a la incursión de la lactancia desde la niñez, continuando en la pubertad y haciendo su máximo enfoque en la etapa de la lactancia. Lo que se intenta expresar es que debería ser un aprendizaje continuo que se interiorice como algo natural y necesario para el cuidado de nuestros hijos.

Para ello es importante dar a conocer los beneficios de la lactancia materna, la prevención de enfermedades (digestivas, respiratorias), la muerte súbita la producción de anticuerpos, prevención de cáncer de mama y ovarios maternos entre otros beneficios.

En relación con el tema central del presente trabajo el apego es uno de los factores más relevantes, considerándose un factor protector para el

desarrollo de DPP. Como mencionamos anteriormente, la lactancia ayuda a generar y fortalecer el vínculo madre-hijo, además de generar una estimulación propicia para el recién nacido. El contacto piel a piel enseguida del parto va a favorecer la lactancia como también a generar el vínculo materno.

Es nuestro deber como profesional brindar contención al igual que herramientas para que se dé el amamantamiento, en el Centro Hospitalario Pereira Rosell se apoya y fomenta las prácticas de lactancia materna.<sup>56</sup>

Por otra parte H. Castro 2017, realizó un estudio investigativo en relación a la depresión postparto y la lactancia materna no natural. En este estudio hace referencia a la lactancia como una herramienta protectora ya que, fisiopatológicamente la prolactina disminuye de manera inversamente proporcional al estrés postparto, por lo que se observa un aumento en la producción de leche. Si mantenemos esta hormona en una producción estable o constante disminuiría el riesgo de DPP. Los resultados evidenciaron que el 54 % de las madres con lactancia no exclusiva presentaron DPP, mientras que el 23% de las madres con pecho exclusivo presentaron depresión.

El autor plantea a modo de conclusión implementar estrategias y concientización de su práctica, y sustenta de manera certera la prevención de la depresión postparto por medio de la lactancia.<sup>57</sup>

## 5.6 Tratamiento Farmacológico:

Haciendo un análisis más exhaustivo sobre el tratamiento farmacológico, la depresión ya sea durante el embarazo o en el puerperio ocasiona repercusiones detéreas para el desarrollo del futuro neonato. Por lo que es importante aclarar que el uso de fármacos busca mejorar el bienestar materno y minimizar las posibles consecuencias al feto o recién nacido, a través de la lactancia materna.

Si bien, diversos estudios afirman que son beneficiosas las terapias alternativas para el tratamiento de la DPP, continúan evidenciando mejores resultados el tratamiento con fármacos antidepresivos.<sup>60</sup>

Jadresic, 2010, en su artículo sobre depresión en el embarazo y puerperio, hace referencia en primera instancia a los riesgos de padecer la depresión durante el embarazo, pudiendo trascender en el abandono de los controles obstétricos, consumo de alcohol, tabaco, drogas e incluso al suicidio. Ante casos leves o que no requieran de un tratamiento farmacológico es conveniente implementar los tratamientos alternativos que se nombraron anteriormente.<sup>59</sup>

A la hora de utilizar fármacos debemos mencionar la categoría de la Food and Drug Administration, (FDA) de los Estados Unidos de América. (Se adjuntara la misma en el Anexo)



Se utiliza esta categorización para determinar el riesgo de determinados fármacos, los mismos se dividen en categoría:

A Estudios controlados revelan que no hay riesgo fetal

B No hay evidencia de riesgo en humanos

C No se puede excluir eventual riesgo fetal

D Existe evidencia positiva de riesgo, aunque los beneficios potenciales pueden superar los eventuales riesgos

X Contraindicación absoluta en el embarazo. (Jadresic, 2010. p272)<sup>59</sup>

El autor hace hincapié en no utilizar fármacos independientemente de la categoría antes de las doce semanas de gestación ya que se relaciona con mayor riesgo de malformaciones en el feto. Está comprobado que los fármacos pasan a través de la leche a razón del 1 a 2 % de la dosis materna ingerida.

Los fármacos que más se conocen en el campo de la depresión y la obstetricia son los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), dentro de éstos encontramos la Fluoxetina, Sertralina, Citalopram y Paroxetina. Todos los citados se encuentran con un riesgo categoría C, a excepción de la Paroxetina, que se encuentra dentro de una categoría D. 59 Es conveniente aclarar que el uso de los fármacos de elección varía según el país y la disponibilidad de los mismos.

En otros casos, se habla de sertralina y paroxetina como de primera línea ya que no se han detectado niveles sanguíneos significativos en lactantes.<sup>60</sup>

El tratamiento debe ser en función a la dosis indicada, en relación con el

efecto terapéutico y los efectos adversos. Se conoce que estos fármacos tienen un período ventana de dos a cuatro semanas, por lo que no se recomienda abandonar el tratamiento por no observar mejorías.<sup>60</sup> Y se recomienda el continuo del tratamiento hasta por lo menos 12 meses.<sup>59</sup>

Uno de los efectos adversos determinados fueron un menor aumento de peso del recién nacido en relación con los hijos de madres que no ingirieron antidepresivos.

En los casos de la psicosis puerperal el tratamiento es netamente farmacológico, debiendo ser suspendido el amamantamiento. El uso de antipsicóticos y el uso de moduladores del afecto son los utilizados. El autor refiere que la terapia electroconvulsiva es una medida utilizada y bien tolerada.<sup>60</sup>

## 5.7 Importancia de la Partería Profesional

Para comenzar un abordaje integral sobre el rol de la Partera y su implicancia en la usuaria, es conveniente definir a la Partera Profesional:

Una partera profesional es una persona que, habiendo ingresado de manera regular a un programa de educación en partería debidamente reconocido en el país en que está ubicado, ha terminado con éxito el curso prescripto de estudios en partería y ha adquirido las calificaciones que se exigen para obtener legalmente el registro y/o la certificación para ejercerla partería. Ella debe ser capaz de proveer a las mujeres la supervisión, atención y orientación necesaria durante el embarazo, el parto y el período post parto, atender los partos por su propia responsabilidad y atender al recién nacido y al lactante. Esta atención incluye medidas preventivas, la detección de las condiciones anormales en la madre y el hijo, la prestación de asistencia médica y la adopción de medidas de urgencia a falta de la ayuda médica.

Cumple una tarea importante en la orientación y educación sanitarias, no solo de las mujeres, sino también de la comunidad. El trabajo debe incluir la educación prenatal y la preparación para la paternidad, y se extiende a ciertas áreas de la ginecología, la planificación de la familia y el cuidado de los hijos. Puede practicar en Hospitales, consultorios, Centros de salud, en condiciones domiciliarias o en cualquier otro servicio. (p.16)<sup>61</sup>

En el libro de Herramientas para el fortalecimiento de la Partería

Profesional (2010). Se reconoce a las parteras y su ejercicio como el “eje de la maternidad segura”, siendo personas capacitadas en la promoción de la salud reproductiva.

La definición, nos define y resume en todas nuestras áreas de trabajo y manejo, pero lo que no se muestra reflejado es la humanización y dedicación que le debemos adjudicar las Obstetras Parteras (OP) a nuestro desempeño y labor diaria.

Los profesionales competentes son aquellos, “...*que han adquirido un conjunto de aptitudes y conocimientos suficientes...*” “... *Un profesional capaz es alguien que puede hacer uso de ese repertorio de aptitudes y conocimientos, de diferentes maneras y en distintas situaciones, para desempeñar su función de un modo que se juzga competente.*” (p.63)<sup>61</sup>

A lo que apunta esta definición es que la partera profesional debe actuar de manera inteligente ante las adversidades que se le presenten, desplegando el abanico de destrezas y experiencias que adquirió durante su carrera. Es por ello que es preciso mencionar algunas de las aptitudes que debe tener la OP en su formación.

En el año 1997 la OMS, la revista “La Salud en el Mundo”, publicó un artículo sobre la esencialidad de la partera profesional

“...las personas más aptas para prestar atención tecnológicamente apropiada y económica a las mujeres durante sus vidas reproductivas son

las que tienen aptitudes de partería y viven en la comunidad, cerca de las personas a las que atienden. En casi todas partes son las parteras profesionales...” (p.23)<sup>61</sup>

El mensaje de esta cita es demostrar el beneficio proporcionado a la usuaria cuando la OP realiza en condiciones óptimas su trabajo. Por lo que se considera necesario continuar cultivando y fortaleciendo los servicios de la partería profesional al igual que sus conocimientos en función a los cambios recientes.

Tanto en el libro de Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional como en el perfil y competencias de la obstetra partera. Nos remiten al abordaje desde diferentes aristas:

Desde un punto de vista académico la OP debe haber culminado sus estudios pertenecientes a la Facultad de Medicina, Universidad de la República con sus calificaciones correspondientes para la obtención del título. Esto nos permitirá el libre ejercicio de la profesión en nuestro país.

(61,62)

Desde el punto de vista profesional una vez presentes los conocimientos y el título que lo avale, podrá realizar actividades de promoción y prevención en salud, una vez presentados los procesos patológicos brindar el diagnóstico y tratamiento oportuno. Y la atención hacia la mujer, embarazo, parto y puerperio normal, asistencia del recién nacido sano.

La educación para la salud, planificación familiar y clases de preparación para la maternidad y paternidad son algunas de las actividades que nos

competen asiduamente.

Desde el punto de vista laboral la OP puede realizar sus prácticas laborales en todo el territorio Uruguayo, en los centros de salud públicos y privados y en todas las áreas por las cuales está capacitada para realizar, ya sea educativas, administrativas, investigativas o de docencia.

Desde el punto de vista ético debemos poder relacionarnos con las mujeres, otros profesionales del equipo de salud, colegas OP entre otros. Para ello es preciso presentar y brindar; seguridad para la madre o usuarias durante todo momento, empoderamiento de información, herramientas y destrezas para su propio cuidado y de su embarazo y respetar las obligaciones como personal profesional (confidencialidad, responsabilidad ante los hechos y acciones realizadas, promulgar la investigación en relación a la partería y preservar el derecho de la mujer).<sup>62</sup>

“Cada vez que una mujer se embaraza existe una probabilidad variable de que ella o su futuro hijo sufran un fenómeno adverso durante el proceso reproductivo, esto se conoce como Riesgo Reproductivo.”<sup>61</sup>

La partera es uno de los profesionales de salud encargados de realizar la Consulta Preconcepcional, estando capacitada para brindar información pertinente a la usuaria y su pareja de manera eficaz y eficiente para el futuro embarazo. Los factores de riesgo están divididos en antecedentes familiares, antecedentes propios de los padres, obstétricos (embarazos previos), inmunológicos, hábitos tóxicos, entre otros.<sup>41</sup>

Ya durante el proceso del embarazo “Las Parteras brindan atención prenatal de gran calidad para optimizar la salud de la mujer durante el embarazo, prevenir la morbilidad perinatal, y detectar y tratar oportunamente cualquier complicación y, si es necesario, remitir a la mujer con un especialista” (p70)<sup>61</sup>

La partera al igual que el personal que controle el embarazo busca vigilar este proceso fisiológico, evitando y reduciendo complicaciones y brindando la atención adecuada en caso de que las mismas se presenten.<sup>62</sup>

Son preparadas con conocimientos básicos para el seguimiento del embarazo, anamnesis correspondiente, realización de exámenes determinantes a descartar afecciones, promoción de salud y medidas saludables, preparación física y psicológica para el parto y puerperio. <sup>61</sup>

Las parteras profesionales presentan atención de calidad y adaptada culturalmente durante el parto; atienden un parto sin riesgo y en condiciones higiénicas; dan atención inmediata al recién nacido y tratan eficazmente las urgencias para prevenir mortalidad y la morbilidad maternas y neonatales. (p73) <sup>61</sup>

Es el personal idóneo para la asistencia del parto vaginal, cuenta con las aptitudes correspondientes para brindar técnicas que alivien a la madre, sin fármacos, acompañarla en el proceso contráctil, determinar condiciones anormales del parto. Realización de episiotomía y sutura de desgarros de primer y segundo grado (según el reglamento del libre ejercicio de la profesión estipulado por el presidente, 2007). Así como fomentar el apego

y vínculo madre-hijo, y atender el cuidado del recién nacido al momento del parto.<sup>62</sup>

*“En el puerperio, la partera profesional ofrece a la madre una atención integral, de calidad y culturalmente aceptada.” p (77)<sup>61</sup>*

Ya en esta etapa la OP está capacitada para valorar todos los cambios fisiológicos que son esperables en cada día del puerperio, al igual que actuar ante todo síntoma que se aleje de la normalidad. Presenta conocimientos sobre la lactancia, técnicas de amamantamiento para apoyar a la madre y lograr una lactancia exitosa.

*“La Partera presta atención de alta calidad al recién nacido y lleva a cabo la vigilancia y el cuidado del niño preescolar” (p79)*

Según el reglamento del libre ejercicio de la profesión, mencionado anteriormente, toda partera luego de realizado la asistencia del parto, deberá contar con la presencia de un apoyo profesional en el área de la neonatología para la atención del recién nacido.<sup>61</sup>

En todo lo dicho anteriormente reafirmamos el compromiso que presenta la Obstetra Partera para con la usuaria y la comunidad, el poder brindarse enteramente a acompañar y apoyar los procesos.

En este trabajo monográfico nos enfocamos desde una patología que si bien



esta fuera de nuestra labor el tratamiento o abordaje de la misma, es de nuestra competencia su detección y derivación para tratamiento de la misma.

Según Defey (1996) en el libro *Los bebés y sus padres en situaciones difíciles*, al abordar el tema acerca del personal de salud y la madre “psiquiátrica”, hace referencia a que en ocasiones el personal profesional, si bien es imparcial ante las situaciones, puede generar un escasa empatía para con el usuario psiquiátrico y observan un vínculo deficitario entre madre y recién nacido.

Esto se observa en trastornos afectivos graves, y se aplica un paradigma por parte del personal de salud sobre ser buena o mala madre poniendo en tela de juicio la capacidad materna de poder velar por los cuidados de su hijo.

Forma parte de nuestra labor como profesional brindar apoyo así como tomar medidas apropiadas y oportunas, tales como la derivación al profesional correspondiente.

Defey hace hincapié en que hay elementos de detección precoz que nos permiten detectar la patología.<sup>63</sup>

# Conclusiones

Al finalizar el trabajo monográfico, realizaremos algunas puntualizaciones a modo de conclusión.

Para comenzar, en primera instancia debemos mencionar que realizamos un análisis más extendido en el tiempo, ya que se encontraron escasas investigaciones e informes relevantes acerca del tópico tratado. Si bien si se halló material sobre la depresión postparto, no se encontraron relaciones relevantes a el embarazo adolescente.

Como otro punto importante a hacer hincapié es que mucho de los factores de riesgo están presentes en cualquier mujer sin que la misma curse una depresión postparto, como también se observan los mismos ante este diagnóstico. En conclusión, existen mujeres más susceptibles o vulnerables a padecer DPP que se ven predispuestas ante los factores de riesgo mencionados anteriormente.

Si relacionamos los factores de riesgo de la depresión postparto, encontramos un incremento del mismo con la puérpera adolescente, por lo que podemos pensar que ser puérpera adolescente es un factor de riesgo e incrementa al resto de los mismos.

Un dato curioso es que se recaudaron más datos sobre el tratamiento de la patología que sobre prevención de la misma. Por lo que sería conveniente a futuro la proyección de esta monografía o con el afán de realizar un trabajo de investigación del tema, plantear medidas de prevención e implementarlas para observar los resultados.

## Referencias Bibliográficas:

1. OMS (2010) *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en nivel de salud de atención no especializada*. (2010). 2(84): p10-12. Disponible en: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwin-JXWg6PVAhUEFJAKHYeXCC0QFggsMAE&url=http%3A%2F%2Fwhqlibdoc.who.int%2Fpublications%2F2011%2F9789243548067\\_spa.pdf&usg=AFQjCNESr4FBLFTJn84t37h42auwJlx-EQ](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwin-JXWg6PVAhUEFJAKHYeXCC0QFggsMAE&url=http%3A%2F%2Fwhqlibdoc.who.int%2Fpublications%2F2011%2F9789243548067_spa.pdf&usg=AFQjCNESr4FBLFTJn84t37h42auwJlx-EQ)
2. Aliño, Lopez, American Psychiatric Association. (2008). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Pub. Barcelona, España. Disponible en: [https://books.google.com.uy/books?hl=es&lr=&id=m6Wdcfn80DwC&oi=fnd&pg=PR9&dq=manual+diagn%C3%B3stico+y+estad%C3%ADstico+de+los+trastornos+mentales&ots=P8HaS1A\\_El&sig=yqUTSIUT01\\_1zlmh2ZZuCdZDp-w&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.uy/books?hl=es&lr=&id=m6Wdcfn80DwC&oi=fnd&pg=PR9&dq=manual+diagn%C3%B3stico+y+estad%C3%ADstico+de+los+trastornos+mentales&ots=P8HaS1A_El&sig=yqUTSIUT01_1zlmh2ZZuCdZDp-w&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
3. Abello, D. L. (2016). *Depresión y la vulnerabilidad femenina*. Cultura Educación y Sociedad, 1(1): 11-21 Disponible en: <http://revistascientificas.cuc.edu.co/index.php/culturaeducacionysociedad/article/view/909>
4. R. Acuña, S.M Sánchez. (2014). *Bases para el diseño de un plan*

*Integral de Salud Mental Uruguay (PISMU)*. Revista Psiquiátrica Uruguay. 78(2): 196-219. [Citado 27 jul de 2017] Disponible en: [http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2014/11/07\\_ASM\\_01.pdf](http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2014/11/07_ASM_01.pdf)

5. Schwartz, Fescina & Duverges. (2005). *Obstetricia*. 6° edición. Buenos Aires, Argentina; El Ateneo.
  
6. Abdulhamid, Álvarez A, Álvarez M, Bustin, Cardona, Cetkovich, et.al. (2012). *Cuerpo, mente y psiquiatría. Detección de síntomas depresivos durante el postparto inmediato y el seguimiento a largo plazo: estabilidad temporal y factores asociados*, 23(106): 480. Disponible en: <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex106.pdf#page=10>
  
7. Churio, Charry, Milanés, Parra, Díaz, Fiesco. et.al. (2010). *Obstetricia Integral siglo XXI*. Colombia. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/>
  
8. Delgado. (2016). Depresión postparto y tratamiento. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 73(620), 511-514. Disponible en: <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/24784>
  
9. Melguizo, Osorio, Velasco. (2014). *Revisión teórica y empírica: Depresión postparto*. Bachelor's thesis, Universidad de La Sabana, Venezuela. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10818/10297>

10. Acuña, Miño. (2016). *Validación del inventario de depresión de Beck como prueba de tamizaje para la depresión posparto en mujeres cursando el puerperio tardío, atendidas en el Hospital San Francisco de Quito en el periodo noviembre 2015 – enero 2016*. Quito, Perú. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/10438>
11. Asencio. (2017). *Aspectos Psicológicos en la Depresión Postparto*. Valladolid, México. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/23925>
12. Romero, Dueñas, Regalado, Ponce. (2010). *Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados*. 78(1): 53-57 Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwibgpmg26TVAhVMGJAKHezGCnYQFgg0MAE&url=http%3A%2F%2Fwww.medigraphic.com%2Fpdfs%2Fginobsmex%2Fgom-2010%2Fgom101i.pdf&usg=AFQjCNED4GJVziOAcTAhLiLb26lEKULR3w>
13. Borbalán. (2013) *Depresión Postparto*. Universidad de Almería, España. Disponible en: <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2495/Trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Sierra, García, Ladrón. (2002). *Variables asociadas al riesgo de*

*Depresión Postparto. Edimburg Postnatal Depression Scale.* Soria, España. 30(2): 103-111. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656702789798>

15. Urdaneta, Rivera, García, Guerra, Baabel, Contreras. (2011). *Factores de riesgo de Depresión postparto en puérperas venezolanas por medio de la escala de Edimburgo.* Chile. 76(2): 102-112. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262011000200007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262011000200007&script=sci_arttext&tlng=pt)

16. González, M. (2016.). *Estudio de prevalencia de la depresión materna en el primer año postparto.* Pre-proyecto de investigación. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/7743>

17. Corbo, Defey, De Oliveira. (2007). *Depresiones Maternas. Un trastorno que afecta a toda la familia.* Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. Disponible en: <http://www.meses.com.uy/depresiones-maternas>

18. Beruti. (2009). *Depresión Postparto, Investigación sobre prevalencia de la depresión materna en el primer año postparto en población usuarias de un centro de salud periférico de Montevideo.* Escuela de Parteras, Universidad de la República, Uruguay.

19. Ministerio de salud pública (2011). *Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado en Salud*. Disponible en: [www.msp.gub.uy/sites/.../Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/.../Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf)
20. González, G., Moraes, M., Sosa, C., Umpierrez, E., Duarte, M., Cal, J., & Ghione, A. (2017). *Depresión materna postnatal y su repercusión en el neurodesarrollo infantil: estudio de cohorte*. *Revista chilena de pediatría*, 88(3), 360-366. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062017000300008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062017000300008&script=sci_arttext)
21. C. Zhuzhingo. (2015), *Incidencia de la depresión postparto en pacientes puérperas del Hospital San Vicente de Paúl*. Universidad de Machala, Ecuador. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/3337>
22. Castañón, Pintos. (2008) *Mejorando la pesquisa de depresión postparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión postparto de Edimburgo*. *Chile* 1(135) 851-858. Disponible en: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiSqu3gabVAhXCiJAKHeRiC7oQFggpMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.cl%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci\\_arttext%26pid%3DS0034-98872008000700005&usg=AFQjCNHplYBjPkN6czZYi\\_UZ7drejx0igQ](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiSqu3gabVAhXCiJAKHeRiC7oQFggpMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.cl%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0034-98872008000700005&usg=AFQjCNHplYBjPkN6czZYi_UZ7drejx0igQ)



23. Urdaneta, Rivera, García, Guerra, Baabel, Contreras. (2010). *Prevalencia de Depresión Postparto en Primigestas y Multíparas Valoradas por la Escala de Edimburgo*. 75 (5): 312-320. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262010000500007&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262010000500007&script=sci_arttext&tlng=en)
24. Gonzalez, Wagner, Jiménez. (2012). *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)*. 35(1) 13-20. Disponible en: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwIemOeRh6bVAhXCGpAKHQC0D\\_QQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.mx%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci\\_arttext%26pid%3DS0185-33252012000100003&usg=AFQjCNGsC8PrYGo\\_UXO5EgrBFyLUyc5fwQ](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwIemOeRh6bVAhXCGpAKHQC0D_QQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.mx%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0185-33252012000100003&usg=AFQjCNGsC8PrYGo_UXO5EgrBFyLUyc5fwQ)
25. Lara. Navarrete. (2012). *Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D*. 35(1) 57-62. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000100009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100009)
26. Medina. (2013). *Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y tristeza postparto*. 27(3). 186-193 Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372013000300008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372013000300008&script=sci_arttext&tlng=pt)

27. Mazaira. (2014). *Trastornos Psiquiátricos del Puerperio*. 25(117): 347-356. Disponible en: <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex117.pdf#page=28>
28. Rodríguez. (2010). *La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina*. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/36853>
29. Borrás. (2014). *Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad*. 18(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812014000100002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812014000100002&script=sci_arttext&tlng=pt)
30. Unicef. (2012). *Estado Mundial de la Infancia. Niñas y niños en un mundo urbano*. Disponible en: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwis0pvQ98DVAhXMk5AKHT4fC1IQFgg5MAI&url=https%3A%2F%2Fwww.unicef.org%2Fspanish%2Fsowc2012%2Fpdfs%2FSOWC-2012-Main-Report-LoRes-PDF\\_SP\\_01052012.pdf&usg=AFQjCNGtigKCU8dHc4C9wcchXSkrXTuFTw](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwis0pvQ98DVAhXMk5AKHT4fC1IQFgg5MAI&url=https%3A%2F%2Fwww.unicef.org%2Fspanish%2Fsowc2012%2Fpdfs%2FSOWC-2012-Main-Report-LoRes-PDF_SP_01052012.pdf&usg=AFQjCNGtigKCU8dHc4C9wcchXSkrXTuFTw)
31. Schuttanie, Maddaleno. (2003). *Salud Sexual y Desarrollo de Adolescentes Y Jóvenes en las Américas: Implicaciones en Programas y Políticas*. OPS, Washinton DC. Disponible en:

32. Mafla. (2008). *Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral*. Colombia. 39(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/283/28339106/>
33. Iglesias. (2013). *Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Santiago de Compostela 17(2): 88-93. Disponible en: <https://scp.com.co/descargasmedicinaadolescentes/Desarrollo%20del%20adolescente,%20aspectos%20f%C3%ADsicos,%20psicol%C3%B3gicos%20y%20sociales.pdf>
34. MSP. *Guías para el abordaje integral de salud del adolescente en el primer nivel de atención*. (2009). Uruguay. Disponible en: [https://www.google.com.uy/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj8Z\\_YzufXAhUDIZAKHbVXAhYQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.msp.gub.uy%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Farchivos\\_adjuntos%2FGuia\\_abordaje\\_salud\\_adolescente\\_\\_08\\_10%255B1%255D.pdf&usg=AOvVaw2Z6yzNr20hP4hplDxclNjt](https://www.google.com.uy/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj8Z_YzufXAhUDIZAKHbVXAhYQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.msp.gub.uy%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Farchivos_adjuntos%2FGuia_abordaje_salud_adolescente__08_10%255B1%255D.pdf&usg=AOvVaw2Z6yzNr20hP4hplDxclNjt)
35. Barbón. (2012) *Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente*. 50(2) 245-249. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032012000200013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000200013)
36. Varela, Lara. (2015). *Jóvenes de hoy, adolescentes de ayer en Uruguay: maternidad y desempeños*. 29(1): 15-37. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/html/996/99639245003/>

37. Díaz.A, Sanhueza R, Yaksic B. (2002), *Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas*. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia. 67(6): 481-487. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000600009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000600009&script=sci_arttext)
38. UNICEF, CEPAL (2007), *Maternidad Adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos*.1 (1): 1-12. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/35990>
39. León. P, Minassian. M, Borgoño. R, Bustamante. F. (2008). *Embarazo Adolescente*. Revista Pediátrica Electrónica. 5(1): 42-51. Disponible en: [http://clasev.net/v2/pluginfile.php/37834/mod\\_resource/content/1/5\\_EMBAZAZO%20ADOLESCENTE.pdf](http://clasev.net/v2/pluginfile.php/37834/mod_resource/content/1/5_EMBAZAZO%20ADOLESCENTE.pdf)
40. Carvajal. B, Valencia. O, Rodríguez. A. (2017). *Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia*. Revista de la Universidad Industrial de Santander. 49(2): 290-300. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/6230/6449>
41. Fescina. RH, De Mucio. B, Díaz. R, Martínez. G, Serruya. S, Durán.

P. (2011). *Guías para el Continuo de Atención de la Mujer Embarazada y el Recién nacido Focalizadas en APS*. Montevideo, Uruguay. Centro de impresiones Ltda. P-107.

42. Petito, C. V., & Fostik, A. (2015). *Maternidad adolescente en el Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez?* Revista Latinoamericana de Población, (8), 115-140. Disponible en: <http://revistarelap.org/ojs/index.php/relap/article/view/55/56>

43. MIDES. *Jóvenes en Red*. (2015). disponible en: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=wb&cd=3&ved=0ahUKEwiwrJDC4vXVAhXEi5AKHc03CdYQFggyMAI&url=http%3A%2F%2Fdinem.mides.gub.uy%2F61523%2Fjovenes-en-red-informe-sobre-inserciones-educativas-y-laborales-de-la-generacion-2013-2015&usg=AFQjCNGNxUYrtR2\\_05mIZusgPmNWqRXuw](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=wb&cd=3&ved=0ahUKEwiwrJDC4vXVAhXEi5AKHc03CdYQFggyMAI&url=http%3A%2F%2Fdinem.mides.gub.uy%2F61523%2Fjovenes-en-red-informe-sobre-inserciones-educativas-y-laborales-de-la-generacion-2013-2015&usg=AFQjCNGNxUYrtR2_05mIZusgPmNWqRXuw)

44. Poder legislativo. *ley n° 18.987 Interrupción voluntaria del embarazo* (2012). disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp8346461.htm>

45. B. Vargas. (2011) *Depresión Posparto en madres adolescentes y sus repercusiones maternas perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el período de Agosto del 2010 a Enero del 2011*. Tesis de grado para el título de Médico Cirujano. Perú. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-)

75262012000200008

46. ADES. (2012) *Indicadores de Natalidad en Concepción del Uruguay 2009-2012*. Uruguay. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Leandro\\_Marco/publication/303950665\\_Indicadores\\_de\\_Natalidad\\_en\\_Concepcion\\_del\\_Urugua\\_y\\_2009\\_-\\_2012/links/575ffd8208aec91374b631e6.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Leandro_Marco/publication/303950665_Indicadores_de_Natalidad_en_Concepcion_del_Urugua_y_2009_-_2012/links/575ffd8208aec91374b631e6.pdf)
47. A. Mora, M. Hernandez. (2015) *Embarazo en la Adolescencia*. *Rev Ginecol Obstet Mex* 83(1): 294-301. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000175>
48. K. Molero, J. Urdaneta, C. Sanabria, N. Baabel, A. Contreras, E. Azuaje. (2014). *Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas*. *Rev. chil. obstet. Ginecol.* 79(4): Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000400008>
49. C.wolff, P. Valenzuela, K. Esteffan, D. Zapata. (2009) *Depresión Posparto en el Embarazo Adolescente: Análisis del Problema y sus Consecuencia*. *REV CHIL OBSTET.* 74(3): 151 – 158. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000300004>
50. C. Mendoza, S. Saldivia. (2015). *Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje*. *Rev. méd.Chile.* 143 (7). Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000700010>

51. P. Castro. (2011) *Depresión materna y desarrollo infantil*. Revista del instituto chileno de terapia familiar. Disponible en: <http://www.terapiafamiliar.cl/web/UserFiles/Pdf/Depresion%20materna%20y%20desarrollo%20infantil.pdf>
52. G. Rivara, P. Rivara, K. Cabrejos, F. Quiñones, K. Ruiz, K. Miñano, F. Rusca, J. Valdivia, J. Samame. (2007) *Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna postparto, y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz*. Revista peruana de pediatría. 60(3); 140-149. Disponible en: [http://www.pediatriaperu.org/files/Revista/v60\\_n3\\_2007/v60\\_n3\\_2007.pdf#page=8](http://www.pediatriaperu.org/files/Revista/v60_n3_2007/v60_n3_2007.pdf#page=8)
53. M. Santamaría, A. Cebolla, P. Rodríguez, M. Miró. (2006) *La Práctica de la Meditación y la Atención plena: Técnicas milenarias para padres del siglo XXI*. Revista de Psicoterapia. 2(17); 157- 175. Disponible en: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/56496/114802.pdf?sequence=>
54. M. Olhaberry, M. Escobar, P. San Cristobal, MP. Santelices, C. Farkas, G. Rojas, V. Martinez. (2013) *Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistémica*. Rev. Terapia Psicológica 31(2); 249-261. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082013000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082013000200011&script=sci_arttext)

55. E. Rivera (2017), *Niveles de Prevención en Depresión Postparto*. Trabajo final de Grado, Facultad de Enfermería. Valladolid. España. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/23951>
56. M. Castro, N. De Oliveira. *Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y del Niño/a Pequeño/a en Maternidades Guía de orientación para equipos técnicos*. Recopilación.
57. C. Ramos, H. Anderson (2017). *Asociación entre lactancia materna no exclusiva y depresión en madres de un hospital público en el Perú*. Universidad Privada Antenor Orrego. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2608>
58. R. Pérez, E. Hernández, L. Hernández. (2017) *Lactancia materna exclusiva durante el primer semestre de vida, estrés y ansiedad maternos*. 24(1); 37-52. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1042>
59. E. Jadresic (2010) *Depresión en el embarazo y el puerperio*. 48(4); 269-278. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272010000500003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272010000500003&script=sci_arttext)
60. G. Oviedo, V. Jordán (2006). *Trastornos Afectivos Postparto*. 47(2); 131-140 Disponible en: 120



<http://www.redalyc.org/html/2310/231018675004/>

61. R Fescina, G. Tambini. (2010) *Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional: Lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las Parteras profesionales*. 2da edición Montevideo: CLAP/SMR. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1578). Edición revisada y aumentada por el CLAP/SMR.
  
62. Reglamento de ejercicio de la Profesión. (2007) Asociación obstétrica del Uruguay. Disponible en: <http://www.asociacionobstetrica.com.uy/reglamento/>
  
63. D. Defey. (1996) *Los bebés y sus padres en situaciones difíciles*. Montevideo, Uruguay: Roca viva.
  
64. DSM-V. (2014) Asociación Americana de Psiquiatría. Disponible en: [https://books.google.com.uy/books?id=J8TPIdIUldoC&printsec=frontcover&dq=dsm+v&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjz9d3C3\\_HXAhVJkpAKHRskCsqQ6AEIKDAA#v=onepage&q=dsm%20v&f=false](https://books.google.com.uy/books?id=J8TPIdIUldoC&printsec=frontcover&dq=dsm+v&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjz9d3C3_HXAhVJkpAKHRskCsqQ6AEIKDAA#v=onepage&q=dsm%20v&f=false)
  
65. K. Molero, J. Urdaneta, C. Sanabria, N. Baabel, A. Contreras, E. Azuaj. *Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas*. Rev. chil. obstet. Ginecol. 79 (4) Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262014000400008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262014000400008&script=sci_arttext)

# Anexos:

## Anexo1: Escala de Edimburgo

### ANEXO 1 - HERRAMIENTA DE TAMIZAJE

Escala de Edimburgo. Versión validada por Jadresic E, Araya R, Jara C. (*J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91)

#### ESCALA DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

- |   |  |
|---|--|
| 1) <i>He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</i><br>tanto como siempre<br>no tanto ahora<br>mucho menos ahora<br>no, nada                              | 6) <i>Las cosas me han estado abrumando:</i><br>sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto<br>sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre<br>no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien<br>no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre |
| 2) <i>He disfrutado mirar hacia delante:</i><br>tanto como siempre<br>menos que antes<br>mucho menos que antes<br>casi nada   | 7) <i>Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:</i><br>sí, la mayor parte del tiempo<br>sí, a veces<br>no con mucha frecuencia<br>no, nunca   |
| 3) <i>Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:</i><br>sí, la mayor parte del tiempo<br>sí, a veces<br>no con mucha frecuencia<br>no, nunca | 8) <i>Me he sentido triste o desgraciada:</i><br>sí, la mayor parte del tiempo<br>sí, bastante a menudo<br>no con mucha frecuencia<br>no, nunca  |
| 4) <i>He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</i><br>no, nunca<br>casi nunca<br>sí, a veces<br>sí, con mucha frecuencia   | 9) <i>Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:</i><br>sí, la mayor parte del tiempo<br>sí, bastante a menudo<br>sólo ocasionalmente<br>no, nunca   |
| 5) <i>He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</i><br>sí, bastante<br>sí, a veces<br>no, no mucho<br>no, nunca   | 10) <i>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</i><br>sí, bastante a menudo<br>a veces<br>casi nunca<br>nunca   |

## Anexo N° 2: Test de CES

<b>Anexo</b>					
<b>VERSIÓN REVISADA DE LA CES-D-R</b>					
A continuación hay una lista de emociones y situaciones que probablemente hayas sentido o tenido. Por favor escribe durante cuántos días en la semana pasada te sentiste así, o si te ocurrió casi diario en las últimas dos semanas					
Durante cuántos días...	En la semana pasada			Últimas dos semanas	
	Escasamente (0 a 1 días)	Algo (1 a 2 días)	Ocasionalmente (3 a 4 días)	La mayoría (5 a 7 días)	Casi diario (10 a 14 días)
1. Tenía poco apetito	0	1	2	3	4
2. No podía quitarme la tristeza	0	1	2	3	4
3. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo	0	1	2	3	4
4. Me sentía deprimido(a)	0	1	2	3	4
5. Dormía sin descansar	0	1	2	3	4
6. Me sentía triste	0	1	2	3	4
7. No podía seguir adelante	0	1	2	3	4
8. Nada me hacía feliz	0	1	2	3	4
9. Sentía que era una mala persona	0	1	2	3	4
10. Había perdido interés en mis actividades diarias	0	1	2	3	4
11. Dormía más de lo habitual	0	1	2	3	4
12. Sentía que me movía muy lento	0	1	2	3	4
13. Me sentía agitado(a)	0	1	2	3	4
14. Sentía deseos de estar muerto(a)	0	1	2	3	4
15. Quería hacerme daño	0	1	2	3	4
16. Me sentía cansado(a) todo el tiempo	0	1	2	3	4
17. Estaba a disgusto conmigo mismo(a)	0	1	2	3	4
18. Perdí peso sin intentarlo	0	1	2	3	4
19. Me costaba mucho trabajo dormir	0	1	2	3	4
20. Era difícil concentrarme en las cosas importantes	0	1	2	3	4
21. Me molesté por cosas que usualmente no me molestan	0	1	2	3	4
22. Sentía que era tan bueno(a) como otra gente	0	1	2	3	4
23. Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo	0	1	2	3	4
24. Me sentía esperanzado(a) hacia el futuro	0	1	2	3	4
25. Pensé que mi vida ha sido un fracaso	0	1	2	3	4
26. Me sentía temeroso(a)	0	1	2	3	4
27. Me sentía feliz	0	1	2	3	4
28. Hablé menos de lo usual	0	1	2	3	4
29. Me sentía solo(a)	0	1	2	3	4
30. Las personas eran poco amigables	0	1	2	3	4
31. Disfruté de la vida	0	1	2	3	4
32. Tenía ataques de llanto	0	1	2	3	4
33. Me divertí mucho	0	1	2	3	4
34. Sentía que iba a darme por vencido(a)	0	1	2	3	4
35. Sentía que le desagradaba a la gente	0	1	2	3	4

Anexo N° 3: Categoría FDA

**Tabla 2. Grado de riesgo que representa para el feto el uso de fármacos durante el embarazo\***

<b>Categoría</b>	<b>Interpretación</b>
A	Estudios controlados revelan que no hay riesgo fetal
B	No hay evidencia de riesgo en humanos
C	No se puede excluir eventual riesgo fetal
D	Existe evidencia positiva de riesgo, aunque los beneficios potenciales pueden superar los eventuales riesgos
X	Contraindicación absoluta en el embarazo

\* Según la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos de América.