

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA “FAMILIA GESTANTE” DE LA E.S.E HOSPITAL
SAN RAFAEL DE ANDES EN RELACIÓN A LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

MANUELA BOTERO ALZATE

MANUELA MARTÍNEZ TORO

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

ANDES, ANTIOQUIA

2018

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA “FAMILIA GESTANTE” DE LA E.S.E HOSPITAL
SAN RAFAEL DE ANDES EN RELACIÓN A LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

MANUELA BOTERO ALZATE

MANUELA MARTÍNEZ TORO

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE PSICÓLOGAS

Asesor:

VÍCTOR JULIÁN VALLEJO ZAPATA

Psicólogo U de A

Magíster en Psicolingüística U de A

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

ANDES, ANTIOQUIA

2018

Agradecimientos

Agradecemos en primera instancia a Dios por permitirnos culminar esta etapa de formación académica, el sacrificio fue grande, pero tú siempre nos diste la fuerza, la paciencia y la tolerancia necesaria para lograrlo. ¡Este triunfo también es tuyo!

Agradecemos principalmente una a la otra, por continuar con este proceso investigativo, pues fue un peldaño más alcanzado y culminado en nuestro proceso formativo.

De igual manera, y no menos importante nuestra gratitud va hacia nuestras familias y parejas quienes nos acompañaron en el camino de este largo y gratificante proceso de formación en la Universidad de Antioquia. Gracias por brindarnos su amor, paciencia, apoyo y motivación para alcanzar un logro más. ¡Lo logramos!

Así mismo, agradecemos a nuestro asesor académico Víctor Julián Vallejo Zapata por su ayuda, compromiso, paciencia, y dedicación, sin su apoyo no hubiera sido posible este logro. Gracias por compartir sus conocimientos y orientaciones pertinentes.

A la Universidad de Antioquia, a la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas y al Departamento de Psicología, agradecemos profundamente por brindaros la posibilidad de formación que nos han brindado.

Contenido

Resumen

1. Planteamiento del problema	8
2. Justificación	11
3. Objetivos	12
3.1 Objetivo general	12
3.2 Objetivos específicos	12
4. Antecedentes	12
5. Marco teórico	19
5.1 Depresión	21
5.2 Alteraciones emocionales relacionadas al postparto	21
5.3 Normalidad en el postparto	21
5.4 Depresión postparto	22
6. Metodología	24
6.1 Tipo de investigación	24
6.2 Diseño de investigación	25
6.2.1 Grupos y características	25
6.2.1.1 Primer grupo (grupo control)	25
6.2.1.2 Segundo grupo (grupo caso)	26
6.2.2 Diseño del estudio	26
6.3 Población y muestra	26
6.4 Criterios de inclusión y exclusión	27
6.4.1 Criterios de inclusión	27
6.4.2 Criterios de exclusión	27
6.5 Variables del estudio	28
6.5.1 Variables clínicas	28
6.6 Instrumentos de evaluación	28
6.6.1 Escala de Edimburgo para la depresión postparto	28
6.6.2 Inventario de Depresión de Beck	29
6.7 Procedimientos de recolección de información	30
6.7.1 Variables clínicas	30
6.7.2 Variables sociodemográficas	30
6.8 Plan de análisis	31
6.8.1 Análisis de datos cuantitativos	32
6.9 Consideraciones éticas	33
7. Resultados	34
7.1 Descriptivos	34
7.2 Comparación de la EPDS	41

8. Discusiones	48
9. Conclusiones	50
10. Referencias	52

Tabla de ilustraciones

Tabla 1. Edad agrupada.....	35
Tabla 2. Edad gestacional al momento de aplicar el primer instrumento.....	35
Tabla 3. Análisis descriptivo de la EPDS por ítems en las asistentes y no asistentes del programa.....	44
Tabla 4. Intensidad de los síntomas descriptivos (EPDS) en las asistentes y no asistentes del programa.....	46
Tabla 5. Síntomas depresivos según la EPDS.....	47
Figura 1. Edad.....	36
Figura 2. Estrato socioeconómico.....	37
Figura 3. Nivel educativo.....	37
Figura 4. Situación laboral.....	37
Figura 5. Estado civil.....	38
Figura 6. Apoyo del padre.....	38
Figura 7. Apoyo de la familia.....	39
Figura 8. Apoyo de los amigos.....	40
Figura 9. Número de embarazos.....	40
Figura 10. Número de hijos biológicos.....	41

Resumen

Antecedentes: Los trastornos depresivos representan un importante problema de salud pública, siendo más frecuente en las mujeres y con mayor riesgo durante el embarazo y puerperio.

Objetivo: evaluar la efectividad del programa “Familia Gestante” de la E.S.E Hospital San Rafael de Andes sobre la depresión postparto. *Método:* Se realizó una investigación cuantitativa, con diseño cuasiexperimental se incluyó una muestra de 33 mujeres en estado de gestación, divididas en dos grupos, uno conformado por las no asistentes al programa con 11 gestantes y finalmente el grupo de asistentes al programa conformado por 22 madres gestantes evaluadas mediante la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. *Resultados:* los resultados demostraron que 4 personas, entre estas tres de ellas pertenecientes al grupo de asistentes a “Familia gestantes” y una de ellas que no hizo parte presentaron síntomas relacionados a Depresión Postparto presentado mayor frecuencia de ideación suicida las madres quienes asistieron al curso psicoprofiláctico. *Conclusión:* El programa psicoprofiláctico “Familia Gestante” en relación a la prevención de la Depresión Postparto no tiene ningún efecto, sin embargo, para otras áreas pueden ser importantes.

Palabras claves: Depresión postparto, Escala de Depresión Postparto de Edimburgo.

GLOSARIO:

APA: Asociación Americana de Psiquiatría

EPDS: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

E.S.E: Empresa Social del Estado

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

OMS: Organización Mundial de la Salud

DPP: Depresión Postparto o Depresión Periparto

STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado Rango

BDI: Inventario de Depresión de Beck

PSI: Índice de estrés de los padres

DASC: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés.

RAE: Real Academia Española

ABSTRACT

Background: Depressive disorders represent an important public health problem, being more frequent in women and at higher risk during pregnancy and puerperium.

Objective: our research aims to evaluate the effectiveness of the program "Familia Gestante" of the E.S.E Hospital San Rafael de Andes on postpartum depression.

Method: we develop a quantitative investigation with a quasi-experimental design, a sample of 33 pregnant women was included, divided into two groups, one consisting of non-participants in the program with 11 pregnant women and the second group formed by 22 of attendees of the program, which were evaluated by the Edinburgh Postpartum Depression Scale.

Results: the results showed that 4 participants, among these three of them belonging to the group of assistants to "Pregnant Family" and 1 of them who did not participate, presented symptoms related to Postpartum Depression, the assistants to the course presented the higher frequency of suicidal ideation.

Conclusion: The psycho-prophylactic program "Gestant Family" in relation to the prevention of Postpartum Depression has no effect, however, for other areas may be important.

Keywords: Postpartum Depression, Edinburgh Postpartum Depression Scale.

1. Planteamiento del problema:

Los trastornos depresivos son un grupo de cuadros clínicos que se caracterizan por la alteración del estado de ánimo, prevaleciendo síntomas negativos como: tristeza, ansiedad, disforia, irritabilidad, disminución o pérdida de interés, disminución o aumento de peso, insomnio o hipersomnía, sensación de fatiga, etc. (DSM-IV. TR CIE10). Según la OMS y la Organización Panamericana de la Salud, los trastornos depresivos afectan a 350 millones de personas en el mundo. En América Latina y el Caribe los sufre el 5% de la población adulta, pero seis de cada diez personas no reciben tratamiento. Y por último Colombia se ubica por encima del promedio mundial dado que afecta al 4,7 % de los colombianos.

Estos trastornos afectan en mayor medida a las mujeres, siendo estas dos veces más vulnerables de padecerlos respecto de los hombres con una prevalencia a lo largo de la vida entre el 10-20%. Estas alteraciones pueden presentarse en diferentes etapas del ciclo vital. En la vida de la mujer, la etapa reproductiva es el momento donde están más predispuestas a adquirir estos trastornos. El periodo postparto es una etapa en la que el riesgo de padecerlos es significativamente elevado dado que la madre experimenta diferentes cambios en los niveles hormonales durante y después del embarazo. (Peña y Calvo, 2011 p.420).

Según Hipócrates después del parto surgían en algunas mujeres enfermedades mentales graves a las cuales él denominó “locura de las parturientas”. Por otra parte, Sorano de Efeso (100 d.C) las define como una situación de “frenitis aguda” entendida como “enfermedad mental aguda, acompañada por fiebre aguda, movimientos sin sentido de las manos y pulso pequeño y pleno”. Sorano de Efeso (citado en Gómez, 2002).

Luz Fernández Mateos (citado en Paz, 2015, p 3.) afirma que:

La depresión es una de las alteraciones emocionales que pueden acompañar a la mujer gestante durante o después del proceso del embarazo. La evolución en el tiempo dependerá de factores personales (características psicológicas, estilos de afrontamiento, etc.) o socio demográficas fundamentalmente. Dicha alteración negativa repercute a su vez en el proceso de adaptación al embarazo y como consecuencia en el proceso de vinculación afectiva con el niño tanto antes como después del nacimiento.

Durante el puerperio, el estado anímico de la mujer puede verse afectado a raíz de múltiples variaciones, ya que la gestación es un proceso complejo en el cual la mujer sufre cambios tanto fisiológicos como psicológicos, algunos de estos cambios son: alteraciones en el aspecto físico, aumento de peso, falta de sueño, cambios en las relaciones laborales, sociales y sexuales; estas modificaciones en diferentes aspectos de la vida conllevan a que la madre empiece a manifestar sentimientos negativos, como lo son la tristeza, pérdida de ánimo, ansiedad, pérdida de apetito, ambivalencia e insomnio; pero todo esto en la gran mayoría de las mujeres desaparece en unos días después del parto y no necesitan tratamiento. (Bonilla, 2002). Por otra parte, hay mujeres a las cuales estos sentimientos son excesivos y perduran por un largo periodo de tiempo, hasta convertirse en depresión postparto. La depresión posparto (DPP) puede ocurrir dentro de los primeros días hasta un año después del nacimiento del niño, pero lo más usual es que ocurra dentro de los tres primeros meses (Aramburú et al).

Entre la población mundial se estima que la DPP está entre el 10% y el 20% del total de las puérperas, siendo esto de 30 a 200 casos de depresión postparto por cada 1000 nacimientos, teniendo una recurrencia entre 10 y 35%. También es importante especificar que la DPP tiene una frecuencia tres veces más alta en países en vía de desarrollo, que en los países desarrollados

y con más frecuencia en mujeres de niveles socioeconómicos bajos. A nivel nacional, se encontró que la prevalencia de la DPP fue de 12,9 %, siendo mayor en zonas urbanas 15,1 % que en zonas rurales 6,8 %; y en mujeres de 20 a 34 años 13,4 % (Pabón y Ramírez, 2014, p. 538).

Con respecto a Antioquia, no se encontró información en cuanto a estadísticas sobre el tema.

La DPP se considera un problema de salud pública, dado que, durante la gestación, las madres tienen necesidades específicas de atención en salud, por lo cual se hace necesario el abordaje interdisciplinario para la atención a tiempo de situaciones que pongan en riesgo la salud física y mental de la madre y el hijo. Se evidencia que, en el Hospital San Rafael de Andes, Antioquia no se les hace énfasis a estas necesidades en cuanto a la salud mental, dado que en este contexto sólo se cuenta con atención de primer nivel, donde existe un programa de promoción y prevención de madres gestantes, que sólo se enfoca en la salud física tanto de la madre como la del bebé, pero no hay componentes de salud mental en este programa y mucho menos apoyo en cuanto a DPP.

Se consideró que el tema propuesto es un problema de investigación, ya que como antes se menciona, no se cuenta con un programa de intervención en cuanto a prevención de la DPP en el hospital mencionado. De igual modo, se observó que el tema de la salud mental está un poco descuidado y luego del parto de las madres, éstas no cuentan con el acompañamiento necesario a nivel psicosocial, pues solo se enfatiza la atención médica a aspectos físicos y no mentales lo cual podría conllevar a manifestar una DPP. Se considera que los profesionales encargados de los aspectos físicos pueden caer en el error de no interrogarse por los aspectos psicológicos y emocionales de la madre y las posibles consecuencias que esto representa.

Por todo lo anterior se generan las siguientes inquietudes, ¿qué efectividad tendría un programa de intervención en un grupo de puérperas que posibilite la prevención de la DPP? y ¿existen diferencias en los resultados de los diferentes grupos participantes de esta investigación?

2. Justificación:

Esta investigación se realizó con el fin de acompañar el proceso en el que se encontraban las madres gestantes del municipio de Andes, Antioquia en el Hospital San Rafael, y así identificar la población de mujeres que desarrollaron DPP o que estuvieran predispuestas a la DPP, de igual manera, con esto aportar información que sea útil para futuros proyectos e intervenciones con las madres que se encuentran en esta etapa. La detección temprana de esta problemática conlleva a una intervención oportuna y disminución de las complicaciones asociadas a este trastorno emocional. También es importante recalcar que teniendo en cuenta los resultados de esta investigación se podría utilizar este programa o un proyecto preventivo frente a la DPP.

Esta investigación busca generar que los hospitales implementen programas de prevención de la DPP con el fin de reducir los índices de este trastorno en la comunidad. Por otro lado, se justifica esta investigación con el fin de ofrecer un modelo de desarrollado para prevenir la DPP y conseguir que las mujeres logren identificar y definir este problema a través de las orientaciones brindadas con respecto a su salud mental, y obtener reconocimiento y apoyo tanto familiar como social, a la vez que se forman a profesionales y a la sociedad en cuanto a este trastorno que es tan frecuente en las mujeres que acaban de dar a luz.

Por otra parte, este trabajo permitirá aportar nuevas perspectivas sobre la DPP, tanto en Antioquia como en Colombia, y de acuerdo a los resultados obtenidos en esta población se logrará contribuir o refutar algunas teorías. También se pretende contribuir a la posible solución

de una problemática social en este contexto, la cual se identifica como: “la falta de apoyo psicológico frente a las necesidades específicas de atención de salud mental en las mujeres maternas en cuanto a la DPP”.

La elaboración de esta investigación cuenta con una revisión bibliográfica detallada para determinar la evidencia frente al tamizaje de la depresión postparto, con el fin de emitir recomendaciones claras al respecto.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General:

- Evaluar la efectividad del programa “Familia Gestante” de la E.S.E Hospital San Rafael de Andes sobre la DPP.

3.2. Objetivos Específicos:

- Describir las características de la depresión en las madres gestantes, tanto las que acuden a grupos de Promoción y Prevención del Hospital de Andes como aquellas que no lo hacen.
- Comparar los resultados obtenidos sobre la DPP de las madres del municipio de Andes: con grupos de madres que no asisten a cursos psicoprofilácticos y el que es intervenido por el programa del hospital.
- Indagar por la diferencia según los factores sociodemográficos en cuanto a la DPP en mujeres.
- Describir la variación en el estado de ánimo de la mujer de antes y después de la intervención.
- Caracterizar variables sociodemográficas de redes de apoyo.

4. Antecedentes

Los trastornos afectivos constituyen, en todo el mundo, la segunda alteración más común entre las enfermedades mentales. Para el año 2020 el trastorno de depresión será entonces la segunda causa general de discapacidad según el estudio de Carga Global de la enfermedad. OMS/Banco Mundial (Murray, 1996, p 2). La DPP se constituye como uno de los trastornos de alta prevalencia en las mujeres, este con repercusiones negativas sobre la madre y en consecuencia con el bebé y su posterior desarrollo infantil.

La Asociación Americana de Psiquiatría cambió la denominación de DPP a “Depresión Periparto (DPP)” en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ta Edición (DSM-V). De acuerdo a esto, la DPP implicaría que el desarrollo de un episodio de depresión mayor puede tener su inicio durante el último periodo del embarazo o dentro de las cuatro primeras semanas después de dar a luz (APA, 2013).

La búsqueda de antecedentes de esta investigación: “Efectividad del programa de intervención frente a la DPP en madres del Hospital San Rafael de Andes, Antioquia” se realizó a través de las siguientes bases de datos: Scielo, Redalyc, Proquest, Medline, Pubmed y Cinhal.

Los estudios encontrados comprenden mujeres gestantes y en puerperio. En la mayoría de estos estudios se utilizaron instrumentos de evaluación como la Escala de Depresión Postparto Natal de Edimburgo, auto registros, Escala de Apoyo Social, Índice de Calidad de Vida, Escala de Depresión, Cuestionario de Factores de Riesgo, Test de Depresión de Beck, Escala de Depresión Geriátrica y el MINI-Mini International Neuropsychiatric Interview: sistemas funcionales y las secciones de depresión, psicosis y dependencia al alcohol y droga. En esta búsqueda de investigaciones y estudios sobre el tema definido, se encontraron en mayor medida

estudios de tipo descriptivo observacional, correlacionales, con metodología cuantitativa y diseño de antes-después y diseño cuasiexperimental (grupos experimentales y control) longitudinal, descriptivo y comparativo. Entre los criterios de inclusión de los mencionados estudios e investigaciones están los siguientes: haber tenido un parto ocho a doce semanas antes de la evaluación postnatal, otorgar consentimiento de participación en el estudio. Y, entre los criterios de exclusión, el más relevante es no haber recibido tratamiento antidepresivo en los últimos 6 meses. Las palabras claves, tanto en español como en inglés, que fueron utilizadas con el fin de encontrar los estudios e investigaciones más adecuados consecuentes con nuestro interés, fueron: depresión postparto, trastornos del estado del ánimo del puerperio, factores de riesgo, factores protectores, puerperio, Escala de Depresión de Edimburgo, licencia materna, apego, tratamientos antidepresivos, madres gestantes, embarazo y redes de apoyo; todas estas palabras antes mencionadas se utilizaron en diferentes combinaciones para así obtener mejores resultados. De igual modo, las variables o información analizada en la búsqueda de estos estudios o investigaciones fueron: cuadros clínicos, factores de riesgo y factores protectores, diagnóstico, tratamiento farmacológico y no farmacológico, embarazo, calidad de vida de la madre y su familia, tamaño de las redes de apoyo, conflictos en las redes de apoyo, necesidad de apoyo, y satisfacción con el apoyo social. Al leer las investigaciones o los estudios referentes al tema de interés, se pudo observar cómo frente a la DPP existen factores de riesgo y factores protectores, entre los primeros, se puede nombrar: Antecedentes personales de baja autoestima, depresión y DPP previos, relaciones maritales tormentosas, escasas redes de apoyo, cuadros ansiosos y estrés durante el embarazo; Y entre los segundos, factores protectores, encontramos: estilos cognitivos positivos, niveles elevados de autoestima, buenas relaciones afectivas, participación religiosa, uso efectivo de las redes de apoyo y alimentación del bebé con leche

materna. En la mayoría de los estudios encontrados el análisis de los datos se realizó mediante el SPSS, STATA 8.0, el programa S-PLUS 2000, T-test, Test de Chi-cuadrado y el ENE 2.0.

Se reconocen falencias al determinar la prevalencia real de la DPP, ya que los estudios encontrados difieren en gran medida en lo que se refiere a metodologías y poblaciones analizadas, pero puede establecerse a grandes rasgos que un 10% o 20% de las mujeres que dan a luz son diagnosticadas con depresión postparto. Tomando como ejemplo, el artículo de (Moreno Zaconeta, Alberto, Domingues Casulari da Motta, Lucília, & França, Paulo Sergio, 2004, p. 209) en el que se establece que su estudio muestra una prevalencia de la DPP de rastreo positivo alto (22,2%) que se aproxima al límite superior del relatado por otros autores y literatura internacional, también aclaran que esta prevalencia relativamente alta puede ser explicada en alguna medida porque fue realizado en un hospital público donde se atienden principalmente personas de muy bajos recursos, y como se ha dicho anteriormente, este es uno de los mayores factores de riesgo para la aparición de DPP.

Por otra parte, en las investigaciones observadas no se encuentra evidencia de que la edad en la que las mujeres quedan en embarazo, la forma en la que dan a luz, los antecedentes de aborto o embarazo accidental; sean factores de riesgo significativos para la DPP.

Teniendo en cuenta un meta análisis revisado: “Actualizaciones en DPP” realizado por Dois (2012) en la que se revisó la literatura relacionada al tema de la DPP entre los años 2001 y 2011 en español e inglés en distintas bases de datos; se encontró que:

La DPP afecta aproximadamente al 19,2% de las mujeres que acaban de parir entre los tres primeros meses de postparto con prevalencias que varían entre un 3% y 30% durante el primer año. También se aclara como no es posible distinguir una causa única de la

DPP, y que estas varían entre varias razones (información que se verifica y se equivale al revisar otras investigaciones y artículos), entre estas razones podemos encontrar las siguientes: cambios en los niveles hormonales, cambios en el cuerpo a raíz del embarazo y el parto, cambios en las relaciones laborales y sociales, tener menos tiempo y libertad para sí misma, falta de sueño, preocupaciones acerca de su capacidad para ser una buena madre, el consumo de alcohol y sustancias ilegales (también ocasionan riesgos serios para la salud del bebé), sentimientos contradictorios acerca del embarazo o el bebé, depresión, trastorno bipolar o un trastorno de ansiedad antes del embarazo o en un embarazo anterior, haber vivido un hecho estresante durante el embarazo o el parto, por ejemplo, una enfermedad, muerte o padecimiento de un ser querido, un parto difícil o de emergencia, un parto prematuro, una enfermedad o anomalía congénita en el bebé, tener un familiar cercano que haya experimentado depresión o ansiedad, tener una mala relación con la pareja o ser soltera, tener problemas financieros o de vivienda, tener poco apoyo de la familia, de los amigos o de la pareja.

Según Olhaberry *et al*, se han encontrado diferentes estudios y modelos de intervención que permiten una disminución en la depresión. Desde el modelo cognitivo-conductual que es uno de los más utilizados frecuentemente en aquellas intervenciones enfocadas en la reducción de esta, se encuentra el estudio de (Austin et al., 2008) que por los resultados obtenidos considera que las modalidades grupales y las visitas domiciliarias son intervenciones exitosas. Este estudio implementa en el contenido de las intervenciones grupales la entrega de información pertinente sobre la DPP, activación en redes de apoyo, desarrollo de actividades que generen placer en las madres y la promoción en la importancia de los pensamientos positivos. Este estudio fue realizado con 132 madres gestantes, se evaluaron las variables de depresión y ansiedad, la

intervención se realizó mediante la intervención grupal cognitivo conductual, mediante los instrumentos: EDPE, STAI, MINI y los resultados obtenidos fueron: no existen diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental, y las mujeres con ansiedad disminuyen síntomas en el grupo experimental.

De igual manera y siguiendo la línea del modelo cognitivo conductual se encuentran (Honey, Bennet y Morgan. 2002), quienes también consideran que la intervención psicoeducativa grupal y las visitas domiciliarias contribuyen a la disminución de la depresión. Este estudio fue realizado con 45 madres que se encuentran en periodo postparto y niños de 1 año, la variable evaluada fue la depresión mayor, la intervención se realizó con PEG de 8 sesiones semanales de 2 horas, mediante el instrumento EDPE y los resultados obtenidos fueron: se encontraron diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en sintomatología depresiva.

Por otra parte, Milgrom (2011) desde este mismo modelo cognitivo conductual propone un abordaje diferente al implementar un programa que cuenta con 9 unidades correspondientes a un libro de auto-ayuda y un apoyo psicológico mediante llamadas telefónicas semanalmente. “Los contenidos abordados mediante este programa son: la resolución de problemas, pensamientos saludables, cuidados del bebé, equilibrio y bienestar, maternidad y paternidad, entre otros”. Olhaberry *et al.* Estas intervenciones se realizan durante el embarazo y posterior al nacimiento del bebé. Este estudio fue realizado con 143 madres embarazadas con riesgo de DPP, las variables evaluadas fueron la DPP y la ansiedad, la intervención se realizó con el libro de autoayuda y apoyo telefónico semanal, mediante los instrumentos: EDPE. RAC (riesgo), BDI-II, PSI, DASS y los resultados obtenidos fueron: puntajes significativamente inferiores en la depresión, estrés y ansiedad en el grupo experimental.

Otro estudio lo realizó Latorre (2006) con el fin de determinar la cifra de incidencia de DPP y sus factores de riesgo asociados en mujeres de la ciudad de Bucaramanga, Colombia. Este trabajo contó con un diseño de estudio cohorte, con la participación de 286 mujeres puérperas seleccionadas entre mayo 2003 y abril 2004. Fue realizado en 11 centros asistenciales de diferentes niveles de complejidad del área metropolitana de Bucaramanga. En esta investigación se tuvieron en cuenta las siguientes variables: Sociodemográficas, obstetricias, antecedentes psiquiátricos, variables relacionadas con el bebé, satisfacción con el nacimiento y lactancia materna. Es importante resaltar que el diagnóstico clínico lo realizó un psiquiatra de acuerdo a los criterios del DSM-IV. También, se estableció la tasa de incidencia y, mediante la construcción de un modelo de regresión, los factores asociados. Los resultados obtenidos fueron: La tasa de incidencia de DPP fue de 1 caso por cada 1.000 días/persona de seguimiento (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,5-1,7). A las conclusiones que se llegaron fue que la DPP es un trastorno poco reconocido que en Bucaramanga puede considerarse como un problema de salud pública y su frecuencia podría reducirse si se realizan controles prenatales adecuados y con un estrecho detenimiento con las mujeres puérperas durante las primeras semanas después del parto.

Dentro de los antecedentes que se tuvieron en cuenta en este trabajo se encontró la tesis de maestría de Amaia Ugarte (2015), la cual fue un estudio con metodología Screening con 572 mujeres en el tercer trimestre de embarazo de las que 290 contaban con mínimamente un factor de riesgo para presentar DPP, se descartaron algunas teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y por último estas mujeres se aleatorizaron en dos grupos. El primer grupo contaba con un tratamiento con psicoterapia orientada a la resolución de problemas con 6 sesiones, una individual y 5 grupales. Y el segundo grupo control contaba con tratamiento puerperal habitual,

sin tratamiento adicional y por último ambos grupos fueron evaluados luego de la intervención. Los resultados obtenidos en este estudio fueron: no se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental en cuanto a la efectividad del tratamiento psicoeducativo, pero, sí se encuentran diferencias significativas entre antes y después del tratamiento del grupo experimental. La conclusión principal de este estudio es que el tratamiento psicoeducativo sí mejora el estado de ánimo de las mujeres con riesgo a padecer DPP.

5. Marco teórico

5.1. Depresión:

Según la RAE (Real Academia Española) la depresión es “el síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos”. Teniendo en cuenta la OMS (Organización Mundial de la Salud) define la depresión como “trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. Por otra parte, en el DSM-IV, entre los trastornos del estado de ánimo se evidencia una clasificación como “de inicio en el postparto”, de esta manera la DPP abarca trastornos depresivos mayores, trastornos bipolares y trastornos psicóticos breves, desde que estos se hayan producido dentro de las cuatro primeras semanas del postparto. Recurriendo a la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) la DPP se encuentra en los “trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar”.

Para establecer lo que es la DPP, se debe empezar hablando sobre la depresión; ya que estas dos patologías sólo se diferencian por un evento específico que es el nacimiento de un ser

humano. Se debe mencionar a Campbell quien en 1995 describe la depresión como un término el cual se utiliza para argumentar el mal humor y los sentimientos de tristeza, desesperación o aflicción; también escribe que cuando el término de la depresión se usa en un diagnóstico, este puede indicar un componente de enfermedad.

En la década de los 50 Albert Ellis y Aaron Beck demostraron la gran relación que tiene la forma de interpretar la información del medio sobre el estado de ánimo de los individuos, esto lo hicieron partiendo desde modelos cognitivos, ellos plantean que en la vida se van incorporando “ideas irracionales” que se toman como verdades absolutas y hacen ver todo de una forma subjetiva y limitada, impidiendo dar respuestas adecuadas a los obstáculos a los que nos enfrentamos a diario, haciéndolo todo mucho más complejo de lo que es. Esto mismo Beck lo denomina “Triada Cognitiva Negativa”, lo que significa que se tiene un concepto negativo sobre sí mismo, el mundo y el futuro. También en 1967, Aaron Beck, hablando desde el paradigma cognitivo, establece que las personas “seleccionan” focalmente los problemas identificándolos como “muy negativos”, se considera el mundo como negativo y de igual modo el futuro también se evidencia negativo. Este mismo año, Beck publica el libro “Terapia cognitiva de la depresión” que expone su modelo cognitivo de la psicopatología y de la psicoterapia. En 1976 Beck propone otra teoría cognoscitiva importante referente a la depresión, esta dice que la depresión es un trastorno primario en el pensamiento, y la forma de interpretar las experiencias por cada uno es lo que determina los estados afectivos futuros. Esta teoría plantea que las personas tienen esquemas que los preparan para estados que puedan desarrollar posteriormente.

Por otra parte, se encuentra la teoría de Fester Lazarus, quien en 1973 explica la depresión como una deficiencia en el refuerzo social, la atención, el aprecio, lo que conlleva a alejarse con una actitud malhumorada; también es frecuente la baja autoestima y el rechazo por

sí mismos. Fester Lazarus citado en (Álvaro, E.J., Garrido, L.A., Schweiger, G. I. 2010) Por este mismo camino, está el autor Lewinsohn quien propone una teoría que hace referencia a la ausencia del refuerzo positivo en cualquier ámbito de la vida y frecuentemente produciendo castigo, lo que conlleva al evitamiento de toda relación social y familiar, y por ende esto generará depresión, es decir, este autor consideraba que la causa para la depresión era la falta de emociones positivas para cualquier persona, porque el entorno no se los proporciona o porque el individuo no tiene las habilidades para obtenerlas.

5.2. Alteraciones emocionales relacionadas al postparto:

Las alteraciones o trastornos psíquicos relacionados al postparto aparecen desde el comienzo de la historia médica, (700 a.C). Hipócrates empieza a hablar de la existencia de la patología psicótica en mujeres después de haber dado a luz; y Sorano de Efeso (100 d.C) define este tipo de trastornos como “frenitis aguda” entendida como “enfermedad mental aguda, acompañada por fiebre aguda, movimientos sin sentido de las manos y pulso pequeño y pleno”. Pero, solo es hasta el siglo XIX cuando empieza a aparecer la sintomatología definida con criterios científicos, los cuales son: Rápidos cambios emocionales, manía o depresión y alucinaciones; en relación a la maternidad. Por otra parte, Celcio y Galeno escriben en sus textos los problemas emocionales que se presentan en el postparto. Del mismo modo, la doctora Trótula en Salerno habla de la “depresión postparto”.

5.3. Normalidad en el postparto

En los primeros días del postparto, según Kendell *et al* (2003) aparece la disforia postparto que es muy común, y consiste en un trastorno de poca duración, entre horas o días, en el que aparecen estados de ánimo depresivos, ansiedad y tristeza; síntomas que por lo general son

pasajeros y no requieren ningún tipo de tratamiento. Durante los primeros días y meses después de haber estado en trabajo de parto, las mujeres son muy vulnerables a padecer ideas de culpa, minusvalía, sentimientos de incapacidad para asumir el rol de la maternidad, etc. Pero esto no debe confundirse con depresión, ya que esta es mucho más duradera y necesita tratamiento. Si estos síntomas persisten en el tiempo, al menos dos semanas, y son exacerbados debe considerarse la posibilidad de estar padeciendo DPP.

5.4. Depresión postparto

En el siglo XX Esquirol (1918) hace referencia a una materna quien tuvo depresión en sus cinco embarazos, Victoroff en 1952 crea el término “Maternity Blues” que su traducción en español sería “melancolía”, luego de esto, en 1958 Luis Victor Marcé redacta el texto “Tratado sobre la locura de las mujeres embarazadas, recién paridas y nodrizas” que es el primer tratado de psiquiatría perinatal. Y por último está Pitt quien en 1968 describe la DPP como una depresión atípica.

La DPP se trata de un trastorno cuya sintomatología es bastante parecida a la que se produce tras episodios de depresión mayor; contrario a lo que piensa la mayoría de personas, la DPP es bastante común, aunque existen diferencias entre los datos de la prevalencia de la DPP, se encuentra que: según la Organización Mundial de la Salud esta afecta a una de cada seis mujeres que dan a luz, en otras investigaciones como la de Pardo *et al* (2012) dicen que la prevalencia de este trastorno varía entre un 10 y 13%, esto pudiendo reducirse con una detección previa y tratamientos efectivos para la madre, mientras Urdaneta, *et al* (2010) argumentan que esta prevalencia puede fluctuar entre un 20 y 25%; aunque todos los estudios y artículos revisados, coinciden en que la DPP es un importante problema de Salud Pública que está en aumento.

También se encuentra la autora Cheryl Tatano Beck, citada por Maeve K (2018) quien plantea una teoría sobre este tema. Esta autora establece que el cerebro de la mujer en su postparto es mucho más vulnerable ante los trastornos del estado de ánimo. Ella afirma que la DPP es el resultado de la mezcla entre factores biológicos, psicológicos, sociales, relacionales, económicos y situacionales. También establece que esta patología no es un trastorno homogéneo y que las madres pueden padecer este trastorno con solo un síntoma, pero lo más frecuente es que tengan variedad de síntomas. Esto sucederá de acuerdo a la subjetividad de cada una y a los estresantes a los que se encuentren expuestas. La teoría de Cheryl Tatano Beck se enfoca de igual medida en la prevención de la DPP, de esto se puede decir que esta problemática se puede prevenir por medio de la identificación y el alivio de los factores de riesgo durante el período preparto. La DPP se puede identificar previamente con una observación por parte de los profesionales y de esta manera intervenir adecuadamente para así brindarles un mayor bienestar a las mujeres, sus hijos y sus familias.

Por otro lado, la psicoeducación constituye una parte muy importante para este trastorno, que siempre se debe tener presente, los profesionales de la salud se encargarán de explicar la patología en cuestión para que el paciente pueda comprenderla, así como brindar información sobre características, factores y prevalencia que de ella hacen parte. La atención para la DPP es importante que se haga con la madre que la padece, pero también con su familia y redes de apoyo. Según Barakat *et al* (2013), se encuentran resultados positivos con el ejercicio físico en la DPP, ya que en la actividad física hay una liberación de endorfinas, lo que puede mejorar el estado de ánimo; se pueden implementar variados planes en cuanto a este tema, como paseos en grupo, ejercicios de acondicionamiento físico en casa, ejercicios para la madre junto al bebé, con

lo anterior se busca mejorar las relaciones sociales de la madre con su entorno y una protección frente al sentimiento de soledad.

6. Metodología

Fundamentalmente, la estrategia metodológica empleada en esta investigación se apoya en una labor de revisión exhaustiva de las fuentes primarias y secundarias relacionadas con el tema de DPP. En primer lugar, la tarea consistió en recolectar bibliografía de referencia, constituida por libros, artículos de revista, tesis de grado y documentos extraídos de internet; para realizar, posteriormente, un ejercicio de clasificación y de selección de los textos en función de la pertinencia y del alcance de sus contenidos. Una vez efectuado este proceso, se procedió al análisis documental, con el fin de identificar los conceptos y las teorías desde las cuales se ha venido trabajando el tema de estudio. El resultado de esta etapa fue la construcción de un texto en el que se da cuenta de los diversos matices y orientaciones que, hasta el momento, han servido de guía para elaborar y evaluar la efectividad de un programa de intervención en madres gestantes con la DPP; desarrollando, finalmente, una propuesta metodológica para realizar dicho programa en el Hospital San Rafael de Andes.

6.1. Tipo de Investigación:

Con el objetivo de evaluar la efectividad de un programa de intervención en madres gestantes con la DPP en el Hospital San Rafael de Andes, esta investigación pretende tener un nivel de alcance de tipo descriptivo ya que se encontró información suficiente y detallada en diferentes contextos y poblaciones sobre la variable a estudiar “Depresión postparto”.

Se llevará a cabo una investigación de tipo cuantitativa, correspondiendo a instrumentos de medición que permitan una buena recolección de información y un posterior análisis. Esta

investigación también es cuasi experimental ya que se manipula la variable y posteriormente se evalúa.

6.2 Diseño de investigación:

El diseño de una investigación hace referencia al plan general y estructuración de un estudio, es decir, direcciona y sistematiza la investigación con el fin de lograr los objetivos planteados dándoles así respuesta a sus interrogantes o comprobando la hipótesis planteada. Es fundamental para determinar la calidad de una investigación que su diseño sea el apropiado ya que estos diseños son las estrategias con las que se intenta responder a la pregunta de investigación.

Como se mencionó anteriormente esta investigación contará con diseño de tipo cuantitativo. El enfoque cuantitativo tiende a ser un diseño un poco más estructurado ya que el investigador especifica las características principales del diseño antes de obtener los datos. Esta investigación contará con un diseño cuasi-experimental ya que no se va a manipular la variable independiente de manera intencional con presencia o ausencia de la variable independiente, es decir, disponerla en un grupo de participantes mientras que en otros no para luego medir su efecto en la variable dependiente. Posteriormente se evaluará mediante un instrumento y se compararán los resultados obtenidos entre los grupos. Este es un diseño pre y pos de casos y control. El grupo caso es aquel que estará expuesto al programa “Familia gestante” (X1) es el programa habitual dictado por el Hospital San Rafael de Andes.

Este tipo de diseño se utilizará para evaluar la efectividad de una intervención comparando los dos grupos y sus efectos posteriores al final de todo el proceso.

6.2.1 Grupos y características:

6.2.1.1 Primer grupo (Grupo control):

Este grupo contará con aquellas madres que reciban sólo acompañamiento habitual por parte del Hospital San Rafael de Andes, este acompañamiento solo cuenta con cuidados y controles necesarios. Por indagaciones realizadas en dicha institución son numerosas las madres que solo acuden a esta atención y no participan de actividades propuestas como lo es “Familias gestantes”, una formación complementaria sobre los cuidados en la gestación. Este grupo no cuenta con acompañamiento psicológico.

6.2.1.2 Segundo grupo (grupo caso):

Este grupo está constituido por madres que participan de manera activa en el programa habitual que ofrece el Hospital San Rafael de Andes, este programa está enfocado en darle atención primaria y necesaria a las madres, como los controles médicos durante la gestación, de igual manera se tiene en cuenta dentro de este grupo un segundo programa “Familias gestantes” con el que cuenta el Hospital, este programa se enfoca en brindarle 10 sesiones grupales (1 semanal) con una duración de aproximadamente 2 horas, en el cual brindan información y cuidados necesarios durante el proceso de gestación contando con profesionales como: médicos, enfermeras, nutricionistas, servidores públicos, psicólogos, etc.

6.2.2. Diseño del estudio:

GRUPO	EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN	EVALUACIÓN
G1	--	--	--	--	Yd
G2	Ya	X1	Yd	--	Yd

6.3 Población y Muestra:

La población de referencia es delimitada a mujeres que se encontraban en el tercer trimestre de gestación en el Municipio de Andes.

El grupo de estudio fue conformado por aquellas madres gestantes pertenecientes al Municipio de Andes y que se encontraban realizando los controles habituales en el Hospital San Rafael de Andes. Las participantes debían tener un rango de edad aproximadamente entre 15 y 40 años, y pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo, medio o alto. La muestra se delimitó con estas variables sociodemográficas según la prevalencia en los estudios encontrados ya que se evidenció diferencias significativas entre los niveles sociodemográficos y las edades correspondientes a las madres.

Se pretende agrupar el mayor número de mujeres que cumplan con los criterios anteriormente mencionados para que la muestra sea representativa a la población y sea significativa, es decir, que genere varianza en los resultados. Las participantes debieron autorizar por medio del consentimiento informado la participación en dicho estudio y finalmente que ellas cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión tenidos en cuenta para esta investigación.

6.4 Criterios de Inclusión y Exclusión:

6.4.1. Criterios de inclusión:

- Mujeres en estado de gestación y hasta su postparto. En el caso de inclusión de menores de edad dentro del estudio se tendrá en cuenta el consentimiento informado por sus padres o acudientes que notificará su participación voluntaria.
- Consentimiento o asentimiento informado.
- Ser habitantes del Municipio de Andes.

6.4.2. Criterios de exclusión:

- Haber recibido algún tratamiento antidepresivo durante los 6 meses anteriores.
- Mujeres que presenten analfabetismo.

-Mujeres con comorbilidad en trastornos.

6.5. Variables del Estudio:

En esta investigación la variable independiente (X) son los programas de intervención que se realizarán en el transcurso de la investigación, (X1) correspondiendo al programa habitual que ofrece el Hospital San Rafael de Andes y (X2) el cual hace referencia a la intervención que realizarán las estudiantes Manuela Botero y Manuela Martínez.

La variable dependiente (Y) hace referencia a la depresión postparto, (Ya) hace referencia a la primera evaluación a los grupos experimentales (Yd) indica la evaluación final que será realizada a los tres grupos de la investigación.

6.5.1. Variables clínicas:

Enfermedades médicas concomitantes asociadas a depresión como la diabetes, enfermedades cardiacas u obesidad. ¿Cómo es la percepción con respecto a su capacidad para enfrentarse a los cambios en su vida ante el nacimiento de su hijo? ¿Antes, durante y después del parto tuvo complicaciones? ¿De qué tipo? ¿Su hijo tuvo que ser intervenido de alguna manera?

6.6. Instrumentos de Evaluación:

Los instrumentos que se van a implementar durante la investigación han sido los más utilizados tradicionalmente para evaluar la existencia de alteraciones mentales en el postparto especialmente Depresión, se seleccionaron los siguientes: La Escala de Edimburgo para la Depresión Postparto (EPDS), el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Los dos instrumentos se aplicarán en momentos diferentes, en un primer momento se aplicará el BDI (días antes del parto), a la tercera semana después del parto se aplicará la EPDS.

6.6.1. Escala de Edimburgo para la Depresión Postparto

(Edimburg Postnatal Depression Scale, EPDS) de Cox, Holden y Sagovsky (1987). El objeto de análisis es examinar la sintomatología depresiva en el postparto por lo tanto se utilizará este cuestionario, específicamente diseñado para tal fin. Las diversas publicaciones centradas en la validación del EPDS en distintas poblaciones y culturas muestran valores elevados tanto en sensibilidad como en especificidad para evaluar la DPP en mujeres (Arelas, Kumar, Barros y Figueiredo, 1996; Ghubash y Abou-saleh, 1997). Es un instrumento de fácil administración que puede realizarse en poco tiempo. Consta de diez items con cuatro alternativas de respuesta (rango de 0 a 3) y existe una versión en español traducida y validada por Jadresic, Araya y Jara (1995) en población chilena, donde se confirman sus buenas cualidades psicométricas, respecto a los índices de consistencia interna ($\alpha = 0.77$) y de validez externa comparada con los criterios de clasificación de Spitzer, Endicott y Robins [Research Diagnostic Criterio RDC, 1978]. Los puntos de corte clínicos para diferenciar entre mujeres con y sin depresión post-parto se han establecido en el umbral de 9/10 y reflejan una sensibilidad del 100% y una especificidad del 80%. (Martínez, 2000).

6.6.2. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Es una de las herramientas de evaluación más utilizadas para cuantificar los síntomas depresivos, así como su intensidad en poblaciones normales y clínicas y presenta buenas propiedades psicométricas en los distintos trabajos publicados tanto en la versión original como en la traducida al castellano (Beck, Steer y Garbín, 1988; Vázquez y Sanz, 1997, 1998).

Las mujeres fueron quienes diligenciaron los cuestionarios EPDS y BDI puesto que el formato es de auto informe. En aquellas situaciones en las que existió la necesidad de mayor

explicación de algún ítem por falta de comprensión del mismo, se procuró no sesgar la información. Para ello, se contó con la colaboración de un profesional en psicología que supervisó la aplicación de los instrumentos en los distintos momentos del estudio.

6.7 Procedimiento de Recolección de Información:

Se buscó recolectar información por medio de diferentes fuentes, la principal de ellas fue el Hospital San Rafael De Andes, se realizó contacto con esta institución con el fin de solicitar una base de datos que permitiera dar cuenta de quienes son las madres gestantes del municipio, posteriormente se realizó el contacto con cada una de ellas y se les propuso hacer parte de la investigación, se concretó una cita y se explicó de manera clara la naturaleza del proceso. Quienes se encontraron interesadas y cumplieron con los criterios de inclusión se les presentó el consentimiento informado, el cual autorizaron de manera voluntaria. Uno de los procesos con el cual contó la recolección de información fue mediante una entrevista semiestructurada que permitió obtener datos sociodemográficos y diferentes variables que se tuvieron en cuenta para esta investigación. Los datos recolectados fueron:

6.7.1. Variables clínicas:

Enfermedades médicas concomitantes asociadas a depresión como la diabetes, enfermedades cardíacas u obesidad. ¿Cómo es la percepción con respecto a su capacidad para enfrentarse a los cambios en su vida ante el nacimiento de su hijo? ¿Antes, durante y después del parto tuvo complicaciones? ¿De qué tipo? ¿Su hijo tuvo que ser intervenido de alguna manera?

6.7.2. Variables sociodemográficas:

- Edad
- Nivel socioeconómico: bajo, medio, alto.

- Educación: básica incompleta, básica completa, media incompleta, media completa, superior.
- Estado civil: Soltera, conviviente, casada, separada, viuda.
- Número de hijos
- Patología depresiva durante el embarazo
- Antecedentes personales o familiares de enfermedad mental severa.
- Apoyo psicosocial y familiar
- Horas de intervención en los programas

Durante el proceso de recolección de información las madres gestantes que desearon hacer parte de la investigación firmaron el consentimiento informado. También se tomaron algunas fotografías en los procesos de intervención con el fin de recolectar evidencia de las prácticas realizadas, esto se llevó a cabo por la autorización de las madres. Este estudio también permitió recolectar la información mediante evaluaciones, estas consistieron en dos instrumentos que evaluaron la depresión. La primera evaluación se realizó una semana después de haber conformado la muestra del estudio y constituidos en los grupos correspondientes. Esta evaluación consistió en aplicarle al grupo caso el BDI, es importante informar que al grupo control no se le realizó una evaluación inicial. A la semana siguiente se dio inicio a las intervenciones por parte del Hospital San Rafael de Andes con el programa “Familias gestantes”, estas intervenciones fueron cada semana durante 10 sesiones, cuando las madres se encontraban en la semana 5, es decir, lleven las 5 sesiones por parte del hospital se realizó una nueva evaluación mediante la EPDS. Posteriormente, una vez las madres dieron a luz se evaluó en dos ocasiones, primero en el postparto temprano (primer mes) y finalmente en el postparto tardío (3 meses).

6.8 Plan de análisis:

Como se mencionó anteriormente esta investigación se realizó con instrumentos de tipo cuantitativo, estos fueron analizados de manera independiente ya que cada uno presenta un tipo requerido de criterios para analizar los datos, esto permitió que los resultados dieran una mejor comprensión del fenómeno a estudiar.

6.8.1. Análisis de datos cuantitativos:

Para realizar el análisis de los datos cuantitativos en primer lugar se ordenaron los datos obtenidos de los dos instrumentos implementados: BDI- Inventario de Depresión de Beck, Escala de Edimburgo para la Depresión Postparto (Edimburg Postnatal Depression Scale, EPDS) en una matriz de Excel los cuales comprendieron cada variable de acuerdo a cada ítem. Posteriormente se procedió a analizar las variables sociodemográficas tales como, edad, nivel de escolaridad, nivel socioeconómico, etc. Este procedimiento también fue realizado mediante una matriz de Excel. Cuando la información se encontraba organizada se dio inicio a analizar estadísticamente los datos por medio del programa SPSS el cual es un programa estadístico especialmente para las ciencias sociales, mediante este programa se obtuvieron los siguientes datos:

-Las comparaciones de las características de los grupos se hicieron mediante las puntuaciones de las pruebas con el fin de observar si se presentaron diferencias o no en los diferentes procesos de evaluación por medio de los dos análisis tanto intergrupales como intragrupal.

-Se implementó un análisis descriptivo general que permitió obtener la puntuación media, desviación típica, puntuación mínima y máxima de los puntajes obtenidos por el total de la

muestra poblacional, por puntaje total de cada instrumento y de cada uno de los factores evaluados

-Análisis de frecuencia con respecto: número de veces en que se repiten los datos, es decir, cuantas veces se repiten los datos como edad, nivel de escolaridad, etc. También se realizó un análisis de frecuencia de porcentaje con respecto al estrato sociodemográfico

-Análisis de fiabilidad de cada uno de los instrumentos implementados.

Posteriormente se analizaron todos los datos obtenidos para llegar a conclusiones que permitieron ultimar la investigación determinando si fue efectivo el programa de intervención.

6.9 Consideraciones éticas:

Dentro de esta investigación solo se incluyeron aquellas mujeres que de manera voluntaria firmaron el asentimiento informado tras la explicación de la naturaleza del estudio, de igual manera, aquellas madres que se tenían una edad menor de 18 años se incluyeron dentro del estudio sí de manera voluntaria desearon participar de la investigación bajo el consentimiento informado por parte de sus padres o acudiente.

La confidencialidad es una de las consideraciones éticas que se tuvo en cuenta dentro de esta investigación ya que es de suma importancia propiciar un ambiente tranquilo, seguro y confidencial para cada participante, esto de acuerdo al cumplimiento de los procesos legales y éticos con los cuales debe cumplir una investigación, de igual manera se buscó indagar por diferentes aspectos personales que se deben salvaguardar durante todo el proceso.

La realización de una intervención siempre contará con un riesgo, esto ocurre cuando no se toman las medidas necesarias para controlar o llevar a cabo un proceso de intervención psicológica la cual debe contar con el acompañamiento de un profesional en esta área de estudio.

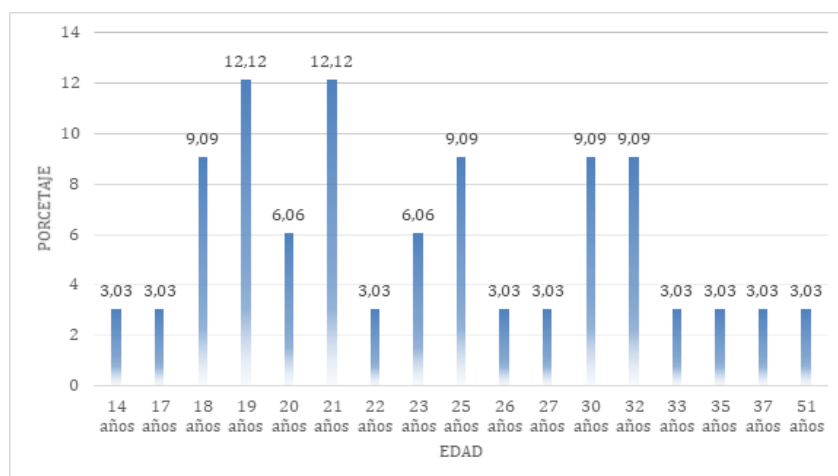
Análisis de datos: El software utilizado para el análisis de datos fue SPSS versión 22.00.

7. Resultados

7.1 Descriptivos:

La muestra de este estudio la conformó un total de 33 mujeres, las participantes dieron su consentimiento informado con el fin de hacer parte de la investigación, estas tenían un promedio de edad de 24 años, en un rango de 14 a 51 años, en su mayoría en unión libre (54,5%), en estrato socioeconómico uno (48,5%) donde el 42,2 % fueron primíparas. El 70 % de las evaluadas cuentan con un nivel de escolaridad básica secundaria, el 75 % son desempleadas de las cuales el 57, 58% no busca trabajo y el 18,18 % buscan empleo. En el presente estudio también se hizo énfasis en la red de apoyo que tenían cada una de las gestantes y se encontró lo siguiente: el 69,70 % cuenta con el apoyo del padre, el 78, 79 % con el apoyo de sus familias y finalmente el 60,61 % con el apoyo de sus amigos, esto podría ser un factor protector que estaría actuando frente al cuadro depresivo. Las variables sociodemográficas se analizaron mediante un análisis estadístico descriptivo, en el cual no se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental en ninguna de las variables estudiadas.

Figura 1: Edad



El grupo de maternas que participaron en esta investigación contaban con edades de entre 14 a 51 años. Entre estas, la mayor frecuencia (24,24%) corresponde a 19 y 21 años, seguida por 18, 25, 30 y 32 (36,36%).

Tabla 1: Edad agrupada

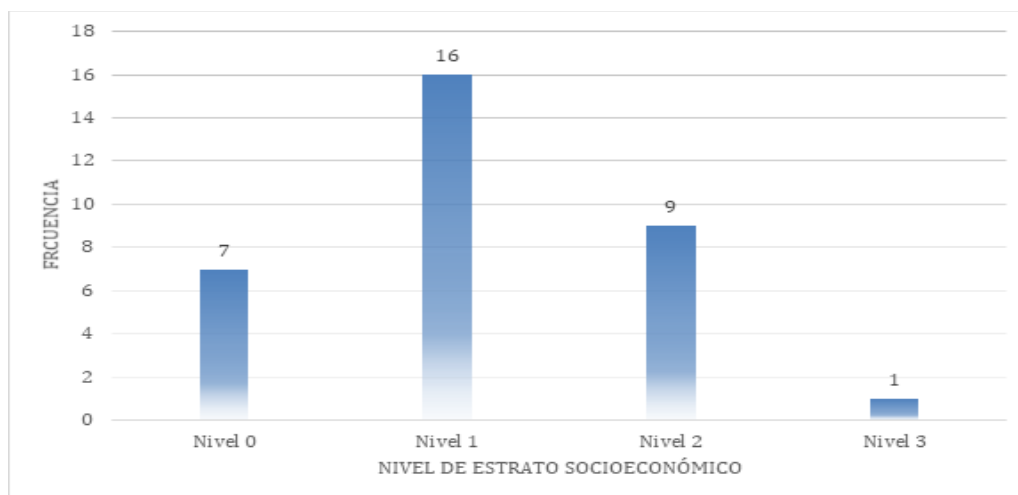
EDAD (agrupado)				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido < de 23	18	54,5	54,5	54,5
> de 23	15	45,5	45,5	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Entre este grupo de gestantes más del 50% son menores de 23 años.

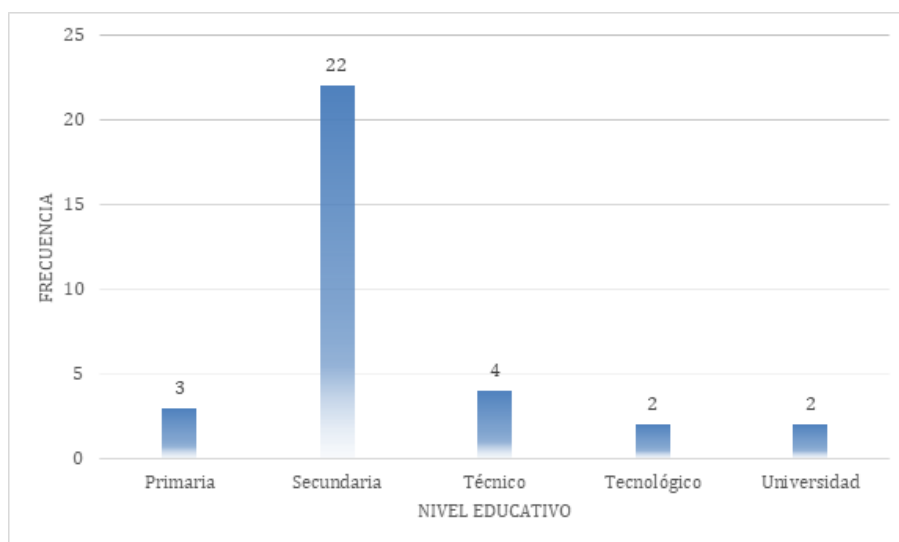
Tabla 2: Edad gestacional al momento de aplicar el primer instrumento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Primer trimestre	6	18,2	18,2	18,2
Segundo trimestre	20	60,6	60,6	78,8
Tercer trimestre	7	21,2	21,2	100,0
Total	33	100,0	100,0	

Al momento de aplicar la EPDS, las maternas se encontraban en diferente etapa de la gestación: entre estas estaban seis de ellas en primer trimestre de su embarazo, lo que equivale al 18,2%, veinte de ellas se encontraban en el segundo trimestre, que equivale al 60,6% y, por último, siete mujeres se encontraban en su tercer trimestre de embarazo que equivale al 21,2%.

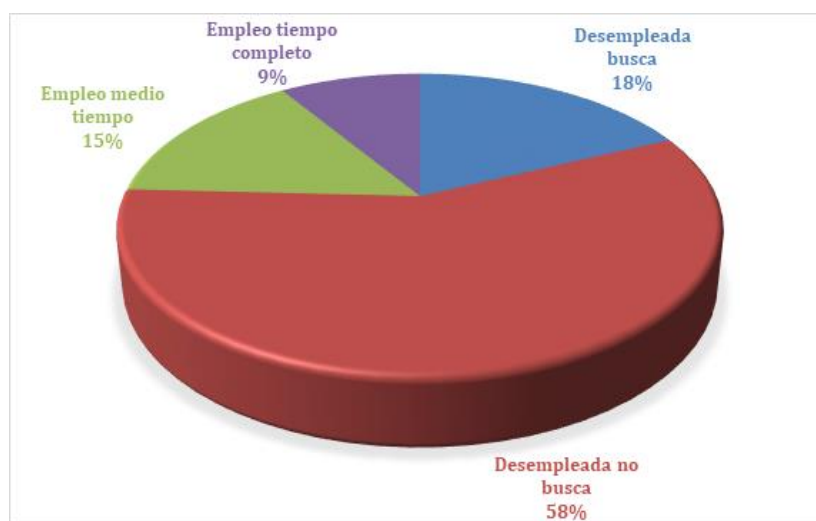
Figura 2: Estrato socioeconómico

En cuanto al estrato económico al que pertenecían las participantes de esta investigación, se encontró que la mayoría de éstas pertenecían en el momento de la evaluación al estrato número uno, es decir, un 48,5%, mientras que el otro 51,5% se encontraban repartidas entre los estratos dos y tres, siendo mucho menos las mujeres pertenecientes a estrato número tres.

Figura 3: Nivel educativo

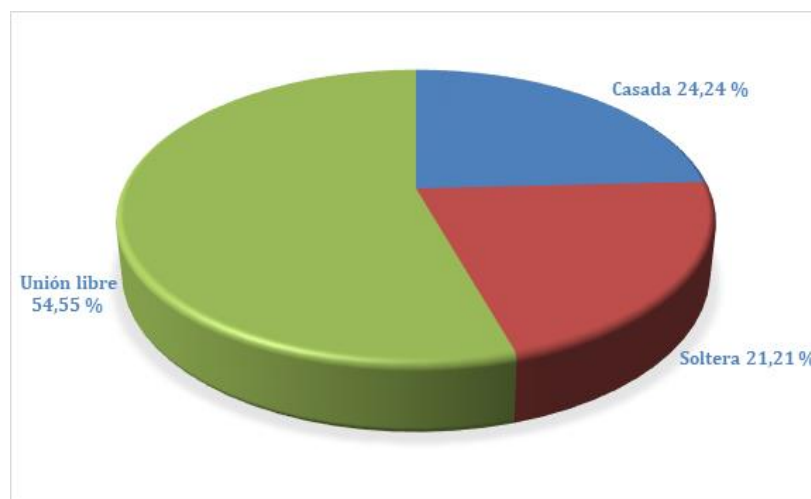
El 70% de las mujeres que hicieron parte de esta investigación contaban con un nivel de escolaridad de básica secundaria. Mientras que la minoría, el otro 30% tenían un nivel de escolaridad de primaria, técnico, tecnológico y universitario.

Figura 4: Situación laboral



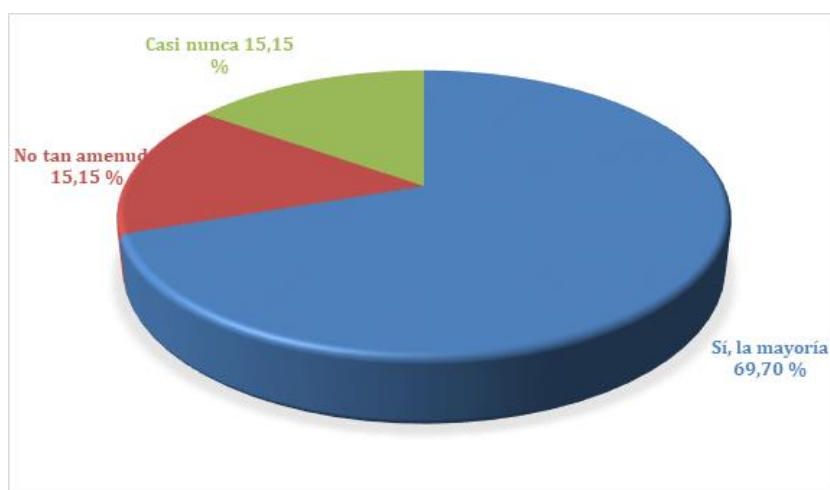
De este grupo de maternas, el 75,7% son desempleadas de las cuales el 57, 58% no busca trabajo y el 18,18% buscan empleo. Por otra parte, el 15,15% cuentan con empleo a medio tiempo y el 9,09% tienen empleo a tiempo completo.

Figura 5: Estado civil

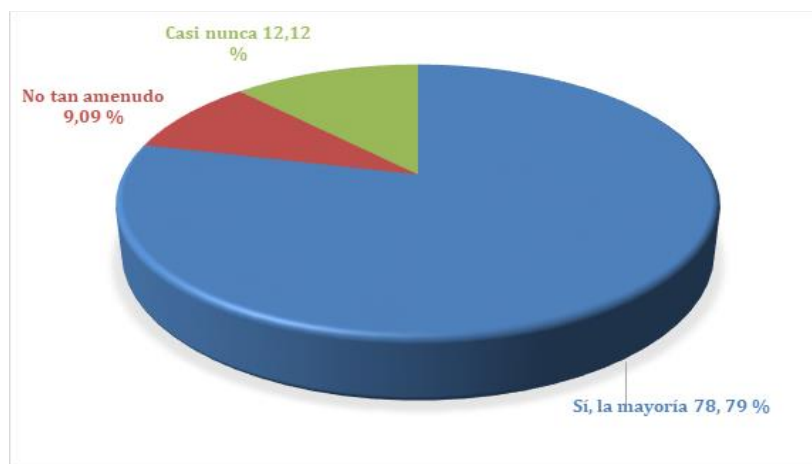


Teniendo en cuenta el estado civil de este grupo de mujeres, se halló que en su mayoría tienen una relación tipo unión libre (54,5%), mientras que el otro 45,5% están casadas o solteras, con un equivalente de porcentajes de 24,24% y 21,21% respectivamente.

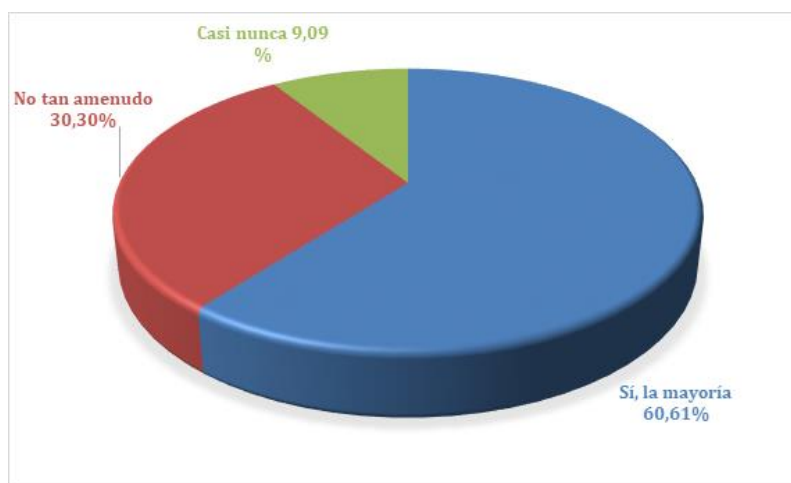
Figura 6: Apoyo del padre



En el presente estudio también se analizaron las redes de apoyo, y en cuanto a esto se descubrió que la mayoría de estas mujeres contaban al momento de la evaluación con el apoyo del padre de sus hijos (69,70%), mientras que un 15,15% manifestaban que el apoyo de éste no era tan a menudo y finalmente, otro 15,15% expresaron que casi nunca sentían apoyo del padre de sus hijos.

Figura 7: Apoyo de la familia

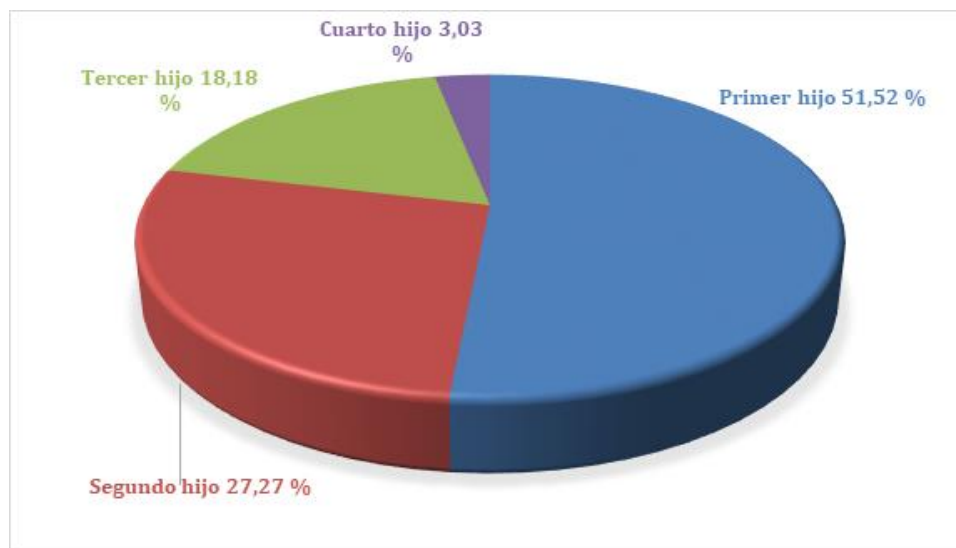
En cuanto al apoyo por parte de las familias de las mujeres gestantes, el 78,79% manifestaron que la mayoría de las veces contaron con este, pero el 9,09% dijeron que este apoyo no ha sido tan a menudo, y, por último, un 12,12% casi nunca se habían sentido apoyadas por parte de sus familias.

Figura 8: Apoyo de los amigos

El 60,61% de las mujeres que participaron en este estudio sintieron que la mayoría de veces fueron apoyadas por sus amigos, el 30,30% manifestaron que no tan a menudo fueron apoyadas por sus amigos y finalmente, el 9,09% expresaron que casi nunca tuvieron el apoyo de sus amigos.

Figura 9: Número de embarazos

El 42,42% de las mujeres perteneciente a este estudio, expresaron que ese era su primer embarazo, el 39,39% manifestaron que ya habían estado en embarazo una vez, mientras que el 15,15% dijeron que ya habían estado en embarazo dos veces, mientras que el 3,03% expresaron que habían estado en embarazo cuatro veces.

Figura 10: Número de hijos biológicos

Por su parte, 51,52% de las mujeres se encontraban esperando a su primer hijo, 27,27% a su segundo hijo, 18,18% a su tercer hijo y, por último, 3,03% esperaban a su cuarto hijo.

7.2 Comparación de la EPDS

Como antes se estableció, para la presente investigación uno de los instrumentos que se utilizó fue la EPDS, en la cual, el punto de corte clínico para diferenciar a mujeres con y sin depresión postparto se ha establecido en el umbral de 10, después de sumar todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10 o mayor muestra la probabilidad de una depresión postparto o posibilidad de desarrollarla, pero no su gravedad. Por otra parte, cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que hay posibilidades de padecer o desarrollar depresión postparto inmediatamente.

La presente investigación contó con 22 mujeres que hicieron parte activa de esta, participando en el curso psicoprofiláctico del Hospital E.S.E San Rafael de Andes, Antioquia, a las cuales se les aplicó la EPDS en dos momentos, el primero durante la primera sesión del curso (momento pre) y el segundo en su postparto (momento pos). En la primera aplicación de la EPDS en las mujeres asistentes, se pudo dar cuenta que solo una de ellas presentaba una predisposición para desarrollar DPP, debido a que obtuvo una puntuación total de 10. Al momento de la segunda aplicación de la EPDS en las mujeres de este mismo grupo, se pudo dar cuenta que tres de ellas habían desarrollado DPP, ya que obtuvieron puntuaciones de 14, 22 y 28 a la hora de responder la escala.

Así mismo, esta investigación contó con 11 mujeres no pertenecientes al curso psicoprofiláctico del Hospital E.S.E San Rafael de Andes, Antioquia, a las cuales también se les aplicó la EPDS en dos momentos, el primero, meses antes de dar a luz (momento pre) y el

segundo en su postparto (momento pos). En la primera aplicación de la EPDS en las mujeres no asistentes, se pudo dar cuenta que tres de ellas presentaban una predisposición para desarrollar DPP, debido a que obtuvieron una puntuación total dos de ellas de 11 y una de 13. Al momento de la segunda aplicación de la EPDS en las mujeres de este mismo grupo, se pudo dar cuenta que solo una de ellas había desarrollado DPP, ya que obtuvo una puntuación de 15 a la hora de responder la escala.

Tabla 3: Análisis descriptivo de la EPDS por ítems en las asistentes y no asistentes del programa “Familia Gestante”

Escala de Edimburgo	Contenido requerido del ítem	Asistentes al curso				No asistentes al curso			
		(Distribución porcentual)				(Distribución porcentual)			
		%				%			
		0	1	2	3	0	1	2	3
Disforia	1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	63,63	27,27	4,54	0	72,72	9,09	18,18	0
	2. He disfrutado mirar hacia adelante	63,63	22,72	4,54	4,54	72,72	27,27	0	0
	7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	68,18	22,72	4,54	4,54	72,72	18,18	0	9,09
	8. Me he sentido triste y desgraciada	72,72	18,18	4,54	4,54	54,54	27,27	18,18	0
	9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	77,27	9,09	9,09	4,54	72,72	18,18	9,09	0
Ansiedad	4. He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	45,45	31,81	13,63	9,09	54,54	36,36	9,09	0
	5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo.	63,63	22,72	0	13,63	63,63	18,18	9,09	9,09
Sentimiento de culpa	3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente	59,09	18,18	13,63	9,09	54,54	9,09	36,36	0
Dificultad de concentración	6. Las cosas me han estado abrumando	63,63	22,72	4,54	9,09	45,45	18,18	36,36	0
Ideación suicida	10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	81,81	13,63	0	4,54	81,81	9,09	9,09	0

Para evaluar de manera más profunda la EPDS se realizó una valoración por ítems en los cuales se tomó como indicador a partir del puntaje número dos en todas las preguntas, exceptuando el ítem 10, el cual determina si existe alguna ideación suicida y se debe registrar a partir del puntaje número uno.

En esta evaluación se evidenció tanto en las participantes como en las no participantes, que para los ítems que midieron el indicador *Disforia* hubo una prevalencia en la alternativa de respuesta “0”, esto indicando que las gestantes no se sentían caracterizadas con sentimientos desagradables o molestos, como tristeza, estados de ánimo depresivos, ansiedad irritabilidad o inquietud. Para el indicador de *Ansiedad*, las alternativas de respuesta que mostraron una mayor tendencia fueron la “0” y la “1” en ambos grupos, evidenciando que las gestantes estuvieron poco o nada nerviosas, ni se sintieron asustadizas sin tener motivo alguno. En cuanto al indicador de *Sentimiento de culpa* se puede observar que en el grupo de las “asistentes al curso”, se mostró una mayor tendencia en los puntajes “0” y “1”, mientras que en el grupo de las “no asistentes al curso” se observó una tendencia entre los puntajes “0” y “2”, aclarando que a veces este grupo de mujeres se han culpado innecesariamente. El indicador *Dificultad de concentración* reveló que para los ítems que lo mide, la respuesta con mayor frecuencia que escogieron las mujeres del grupo de asistentes fue “0” y “1”, mientras que en el grupo de no asistentes fue “0” y “2”, manifestando que a veces no han podido hacer las cosas tan bien como siempre. Y por último, el indicador de *Ideación suicida* demuestra que la mayoría de las mujeres de ambos grupos eligieron la respuesta “0”, sin embargo, debemos recordar que para este indicador, cualquier puntuación fuera de “0” es alarmante, y en este caso, ambos grupos presentaron puntuaciones diferentes de “0”, en el grupo “Asistentes al curso” el 13,63% puntuó “1” y el 4,54% “3”, mientras que en el grupo “No asistentes al curso” el 9,09% puntuó “1” y el 9,09% “2”.

Tabla 4: Intensidad de los síntomas depresivos (EPDS) en las asistentes y no asistentes del programa “Familia Gestante”

Intensidad de los síntomas	Asistentes al programa “Familia Gestante”		No asistentes al programa “Familia Gestante”	
	n	%	n	%
< 10 puntos	19	86,36	8	72,72
10 – 12 puntos	0	0	2	18,18
≥ 13 puntos	3	13,63	1	9,09
Total	22	100	11	100

En la anterior tabla, se presenta el resultado de la EPDS aplicada a las mujeres de ambos grupos, en la cual se obtuvo un mínimo de 0 puntos y un máximo de 28. En la evaluación de la intensidad de los síntomas depresivos se observó que en el grupo de **Asistentes al programa “Familia Gestante”** el 86,36% no mostraron riesgo de depresión postparto, mientras que en el grupo de **No asistentes al programa “Familia Gestante”** fueron el 72,72%. Por otro lado, el 18,18% de las **No asistentes al programa “Familia Gestante”**, presentaron un riesgo límite de depresión postparto. Por último, el 13,63% de las asistentes y el 9,09% de las no asistentes presentaron puntajes que indican probable depresión postparto, diferencias notorias respecto al inicio de este estudio. También se pudo establecer que la prevalencia total de depresión postparto fue del 12,12%.

Tabla 5: Síntomas depresivos según la EPDS

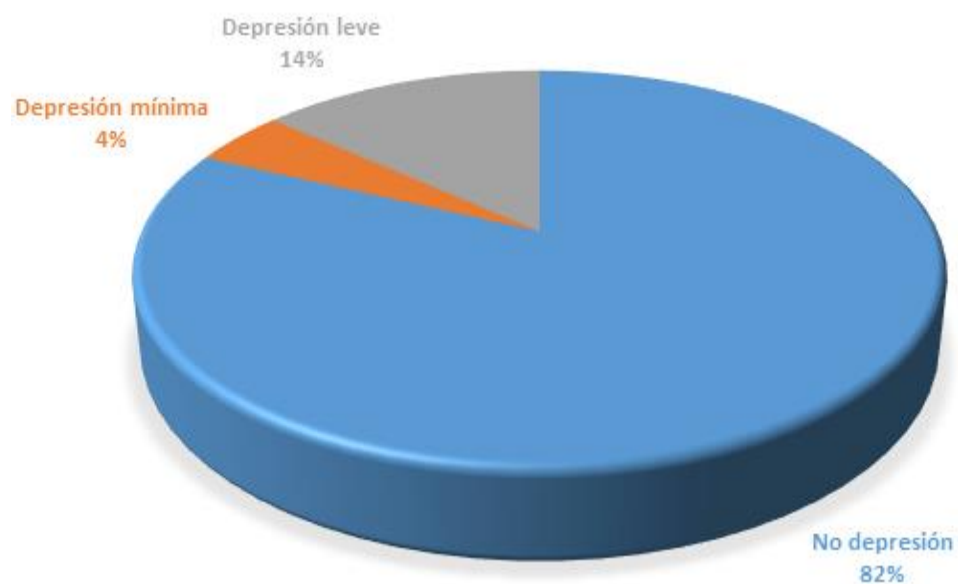
Síntomas depresivos	Asistentes al programa “Familia Gestante”		No asistentes al programa “ Familia Gestante”	
	n	%	n	%
Disforia	1	4,54	0	0
Ansiedad	3	13,63	0	0
Sentimiento de culpa	5	22,72	4	36,36
Dificultad para la concentración	3	13,63	4	36,36
Ideación suicida	4	18,18	2	18,18

La anterior tabla evidencia la presencia de síntomas depresivos obtenidos por la aplicación de la EPDS, en la cual se pudo observar que el síntoma *Disforia* está en el 4,54% de las asistentes al programa, la *Ansiedad* en el 13,63% también de las asistentes, el *Sentimiento de culpa* en el 22,72% y 36,36% de las asistentes y no asistentes del curso, respectivamente, la *Dificultad para la concentración* se observó en el 13,63% de las asistentes y 36,36% de las no asistentes. En último término, la *Ideación suicida* se evidencia en el 18,18% y 18,18% en ambos grupos.

Tabla 8: Síntomas depresivos según el Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Intensidad de los síntomas	n	%
No depresión (0-9)	18	81.81
Depresión mínima (10-13)	1	4.54
Depresión leve (14-19)	3	13.63
Depresión moderada (20-28)	0	0
Depresión grave (29-63)	0	0

Figura 11: Intensidad de los síntomas de depresión según el BDI



Como alternativa para contrastar los resultados obtenidos por EPDS, se utilizó el BDI en el grupo de las **Asistentes al programa “Familia Gestante”**, en el cual se encontraron los siguientes resultados: el 81.81% de las mujeres evaluadas mediante este inventario no mostraron riesgo de depresión postparto, el 4.54% presentaron depresión mínima y el 13.63% presentaron depresión leve, 0 % presentaron depresión moderada y depresión grave.

Como conclusión se puede observar que los resultados obtenidos por la EPDS y el BDI aplicados al grupo de las asistentes coinciden en varios aspectos, tanto el 86,36% como el 81,81% de las mujeres, evidenciaron no tener riesgos de depresión según ambos instrumentos. Mientras que el 13,63% y el 18,17% presentaron rasgos de depresión postparto en ambas evaluaciones, datos que son bastante similares.

8. Discusión

Como se ha mencionado anteriormente, es muy común que después de dar a luz, las mujeres tengan altibajos emocionales que consisten en una etapa de ánimo depresivo, ansiedad y tristeza; lo que es normal en este momento de acomodación en la vida, pero sus síntomas no son duraderos. Sin embargo, cuando estos síntomas permanecen durante un tiempo prolongado y se requiere algún tipo de ayuda, se debe pensar en el riesgo de estar presentando DPP.

La DPP se caracteriza por tener síntomas similares a los de la depresión mayor, diferenciándolos en la etapa en la que se encuentra la mujer. En la etapa del postparto, el cerebro de la mujer es mucho más vulnerable ante los trastornos del estado de ánimo. La DPP es el resultado de la mezcla entre factores biológicos, psicológicos, sociales, relacionales, económicos y situacionales.

En este estudio se obtuvo una prevalencia de DPP del 21,21 %, porcentaje coincidente con los valores referentes a nivel mundial, el cual indica que oscila entre un 7 y 24 %.

Según Borda *et al* (2013):

Lo reportado por Bowen en Canadá (2006), quien indica una prevalencia de 20,7%. Sin embargo, es menor que las prevalencias obtenidas por Bolton y colaboradores en Londres: 30,7%; Da Silva en Brasil: 39%; Figueiredo y colaboradores en Portugal en 2007: 11,1%; en Perú en 2009: 40,1%, y con otro estudio realizado en ese mismo país por Lam y colaboradores, quienes obtuvieron una prevalencia probable de depresión mayor de 34.1%, un estudio efectuado en México en 2006 en el que se evaluó a embarazadas en cualquier trimestre de embarazo, que tuvo una prevalencia de 30,7%, y un estudio de similar características realizado en el país en Cartagena, en el que se encontró una prevalencia de 32.% (p. 402).

Así mismo, los resultados obtenidos en las mujeres de esta investigación, las cuales fueron evaluadas con la EPDS y el BDI, demuestran una mediana prevalencia de depresión postparto en Andes, Antioquia, tanto en mujeres asistentes al curso psicoprofiláctico como las que no asistían.

Por otra parte, se ha sugerido que el número de partos es un componente asociado a la DPP, ya que según se menciona en estudios, el alumbramiento del primer bebé se caracteriza con un estrés y preocupación única, relacionándose así, con la DPP de manera más significativa (Vargas, García, 2009, p. 11-8.). Lo que se puede evidenciar en el presente estudio, ya que cuatro de las siete mujeres que desarrollaron DPP según los indicadores de las escalas, eran primíparas.

En cuanto a factores sociodemográficos como la edad, estrato, nivel educativo, situación laboral, estado civil y todo tipo de apoyo; según los resultados obtenidos en este estudio, no se pueden considerar como factores de riesgo para DPP, ya que estos no tienen ningún tipo de relación con los puntajes totales. Lo que no contrasta con la bibliografía revisada en donde se ha

encontrado que los factores sociodemográficos ya mencionados, se convierten en factores de riesgo para el desarrollo de esta patología. (Kabir, 2008, p. 335)

9. Conclusiones

Como pudo verse, la población del estudio que tuvo un mayor porcentaje de mujeres quienes reportaron una prueba positiva para DPP en la EPDS y el BDI, fue en el grupo que participó en el curso psicoprofiláctico del Hospital E.S.E San Rafael de Andes, Antioquia, lo cual se puede explicar, desde el punto de vista, en el que estas mujeres pueden identificar más fácilmente los síntomas y permite una detección temprana de la DPP. En cambio, las no asistentes al curso no tienen los conocimientos básicos que permitan conocer o temprana identificación de los signos de alarma o principales síntomas de una DPP.

Por todo lo presentado en esta investigación, es de suma importancia la detección temprana de la DPP, ya que, al no llevar a cabo un tratamiento para esta patología, puede traer consecuencias graves, tanto para la puérpera como para su hijo y la familia en general (Orejarena, 2004, p. 134). De igual modo, son escasos los estudios que garanticen que una mujer en estado de gestación no presente un episodio depresivo en el momento del parto y que la DPP ha empezado durante el primer mes posparto. Esto puede haber llevado a sesgos de clasificación en el diagnóstico. Por tanto, no se sabe si lo que se denomina DPP es un continuo de la misma depresión iniciada tiempo atrás o una entidad clínica que se inicia gracias a las condiciones favorecedoras de la gestación y al nacimiento de un hijo. Por esto, se recalca la importancia de realizar continuamente estudios referentes a la DPP en las diferentes poblaciones de Colombia, ya que la cifra de incidencia y los factores asociados aún son muy desconocidos en este territorio. Así mismo, en este estudio no se exploró puntualmente la ausencia de control prenatal,

sin embargo, en otros estudios realizado en Colombia se concluyó que la falta de soporte social adecuado fue el principal factor asociado con la DPP. Por lo que es ideal fomentar en los hospitales la consulta psicológica postparto y la implementación de instrumentos evaluativos para DPP en pro de disminuir las consecuencias de esta enfermedad.

De este modo, la frecuencia de DPP podría disminuir en el municipio de Andes si se realiza un control prenatal adecuado y un seguimiento estrecho de las mujeres puérperas durante las primeras semanas del postparto. Se recomienda entonces, que se fomente la asistencia de las mujeres gestantes a programas de control prenatal y a los cursos psicoprofilácticos que permitan, entre otras cosas, la detección, el tratamiento, y la remisión oportuna de las que estén en riesgo de presentar DPP. También se cree que la implementación de la EPDS en la consulta prenatal sería de gran ayuda para lograr esta meta.

Entre las principales limitantes de la presente investigación, es que la muestra del estudio fue bastante pequeña, y no representa adecuadamente a la población total de madres en postparto del municipio, y se recomienda para estudios futuros una muestra mayor. Sin embargo, se logró obtener una muestra representada por sujetos con características diversas.

Tanto la EPDS como el BDI han demostrado ser instrumentos adecuados para la detección temprana de la DPP, puesto que, al momento de ser contrastados los resultados, la mayoría de las madres con test positivos, ambas escalas fueron consistentes entre sí. Sin embargo, una posible falencia de este estudio hace referencia a que la EPDS y el BDI no tuvieron un proceso previo de validación con la población a evaluar, es por esto que se considera que las escalas de medición implementadas deberían ser validadas previamente en las diferentes poblaciones.

Como conclusión final, creemos que los resultados y hallazgos deben ser tomados de manera prudente con respecto a otras poblaciones, ya que diferencias culturales y sociales pueden influir en los resultados de cada región. Resaltamos la importancia que tiene desarrollar un adecuado seguimiento y vigilancia a la mujer gestante, y la sensibilización del personal de salud para que se detecten los casos y no se minimice esta situación clínica que puede llegar a convertirse en un problema de salud pública.

10. Referencias

Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.

<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>

Adam, G. (2013). *Depresión postparto, hostilidad y hábitos de salud* (Tesis doctoral). Recuperado de: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/283215/gat1de1.pdf?sequence=1>

Álvaro, E. J., Garrido, L. A., Schweiger, G. I. (2010) *Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica al modelo atributivo de la depresión*. Revista Internacional de Sociología, volumen (68) doi: <https://doi.org/10.3989/ris.2008.06.08>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales **DSM-IV-TR**. Barcelona: Masson. Depresión postparto. Recuperado de: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>

Amorim, P. Lecrubier, Y. Weiller, E. Hergueta, T. y Sheehan, D. (1998). DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview

(MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*.13 (1), 26-34. Doi: [10.1016 / S0924-9338 \(97\) 86748-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)86748-X)

Amorim, P. Lecrubier, Y. Weiller, E. Hergueta, T. y Sheehan, D. (1998). DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*.13 (1), 26-34. Doi: [10.1016 / S0924-9338 \(97\) 86748-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)86748-X)

Austin, M., Frilingos, M., Lumley, J., Hadzi-Pavlovic, D., Roncolato, W., Acland, S., Saint, K., Segal, N., y Parker, G. (Enero de 2008). Brief antenatal cognitive behavior therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 105 (1-3), 35-44. Doi: [10.1016 / j.jad.2007.04.001](https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.04.001)

Aramburú, P., Arellano, R., Jáuregui, S., Pari, L., Salazar, P., Sierra, O. (2008). Prevalencia y factores asociados a depresión posparto en mujeres atendidas en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Epidemiología*. 12 (3), 1-5.

Barakat R, Bueno C, Diaz de Durana A, Coterón J, Montejo R. (2013). *Efecto de un programa físico en la recuperación postparto*. (Estudio Piloto). Revista de la Federación Española de Medicina del Deporte. (154), 96-101.

Bonilla, O. (2012) *Cambios biológicos, psicológicos y sociales durante el embarazo*. Rev Fed Odontol Colomb, 201, 37-51. Recuperado de <http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/es/lil-351858>

Borda, M. Forero, C. Ahcar, N. Hinestrosa, C. Polo, S. Staaden, M & Valencia, M. (2013). Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, volumen 29(3), pp-402. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4775>

Bulnes, M., Ponce, C., Huerta, R., Elizalde, R., Santiváñez, W., Aliaga, J., Álvarez, L., y Calmet, R. (2005). Ajuste psicosocial y estado depresivo en adolescentes de centros escolares de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*;8(2):23-39. Doi: <https://doi.org/10.15381/rinvp.v8i2.4044>

Canaval, G., González, M., Martínez Schallmoser, L., Tovar, M., & Valencia, C. (2009). Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia.. *Colombia Médica*, 31(1), 4-10. doi:10.2510/colomb. med..v31i1.144

Castañón, C. & Pinto, J. (2008). Mejorando la pesquisa de depresión postparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión postparto de Edimburgo. *Revista médica de Chile*, 136(7), 851-858. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000700005>

Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, JP., Angermeyer, MC., Bernert, S., Girolamo, G., Morosini, P., Polidori, G., Kikkawa, T., Kawakami, N., Ono, Y., Takeshima, T., Uda, H., Karam, EG., Fayyad, JA., Karam, AN., Mneimneh, ZN., Medina, ME., Borges, G., Lara, C., Graaf, R., Ormel, J., Gureje, O., Shen, Y., Huang, Y., Zhang, M., Alonso, J., Haro, JM., Vilagut, G., Bromet, EJ., Gluzman, S., Webb, C., Kessler, RC., Merikangas, KR., Anthony, JC., Von Korff, MR., Wang, PS., Brugha, TS., Aguilar, S., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, BE., Zaslavsky, AM., Ustun, TB., & Chatterji, S (Junio del 2004). Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in

the World Health Organization World Mental Health Survey. *JAMA*, 291:2 581-590 doi:
[10.1001/jama.291.21.2581](https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2581)

Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A. (Junio 2012) Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos postparto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Revista médica de Chile*, 140(6): p. 719-725. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000600004>

Dois, A. (2012). *Actualizaciones en depresión postparto*. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 38(4) Recuperado en 08 de octubre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2012000400016&lng=es&tlng=es

Gómez, M. (2002) Patología psiquiátrica en el puerperio. Psicosis Puerperal. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/V65_n1/pdf/patologia_psiquiatica.pdf

Honey, K., Bennett, P., & Morgan, M. (2002). *A brief psycho-educational group intervention for postnatal depression*. *The British Journal of Clinical Psychology*, 41, 405-409.

Julia, P. (2015). *Depresión postparto* (Tesis de pregrado). Recuperado de: <http://ddfv.ufv.es/bitstream/handle/10641/1104/TFG1415%20JULIA%20DE%20PAZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kabir K, Sheeder J, Stevens-Simon C. (2008) Depression, weight gain, and low birth weight adolescent delivery: Do somatic symptoms strengthen or weaken the relationship? *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 21:335-42.

Kendell, R., McGuire, R., Connor, Y., Cox, J. (Enero 1982) Mood changes in the first three weeks after childbirth. *Journal of Affective Disorders*, 3 (4): 317-26. doi: [10.1016/0165-0327\(81\)90001-X](https://doi.org/10.1016/0165-0327(81)90001-X)

Kennedy, H. P., Beck, C., & Driscoll, J. (2003). Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión posparto. *Matronas profesión*, 4(13), 4-18. Recuperado de: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol4n13pag4-18.pdf>

Latorre, J. Contreras, L. & Herrán, O. (Marzo 2006). Depresión posparto en una ciudad colombiana. *Atención primaria*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1157/13086714>

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora LI, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. *The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI*. *European Psychiatry* 1997; 12: 224-231.

Maeve, K. (2018) *Cheryl Tatano Beck: Teoría de la depresión*. Dialnetpp-540-552
Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6687236>

Martínez, E., Toledo, M., Pineda, M., Monleón, J., Perrero, J., Barrero, MP., (2001). Depresión posparto: un estudio exploratorio en una muestra de mujeres valencianas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(1) 37-48 Recuperado de: <http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2001-5C0D029F-957C-B50E-CAF2-B79BDDD9EE68/PDF>

Milgrom, J., Schembri, C., Ericksen, J., Ross, J., y Gemmill, A. (Mayo de 2011). Towards parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of Affective Disorders*, 130, 385- 394 doi: 10.1016 / j.jad.2010.10.045.

Moreno, A. Domingues, L. & França, S. (2004). Depresión postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del hospital universitario de Brasilia, Brasil. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 69(3), 209-213. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000300005>

Murray, C. y López, A. (1996). *Evidence-based health policy: lessons from The Global Burden of Disease Study*. Science, 274:740-3. Recuperado de: http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/0619262817/Murray_1996_Science.pdf

Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristóbal, P., Santelices, M., Farkas, C., Rojas, G., & Martínez, V. (Julio de 2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 31(2), 249-261. Doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000200011>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992), **CIE-10**. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, Madrid.

Pabón, D. & Ramírez, R. (2014). Depresión postparto en mujeres colombianas. *Revista de salud pública*, 16 (4), 534-546. Doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n4.40673>

Pardo, D., Osorio, X., & Velasco, N. (2012) *Revisión Teórica y Empírica: Depresión Postparto*. (Trabajo de pregrado). Recuperado de: <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/10297/NATALIA%20VELASCO%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Peña, D. M., & Calvo, J. M. (2011). Aspectos clínicos de la depresión posparto. *Obstetricia integral Siglo 21*, (pp. 420-427). Recuperado de :
<http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/24/9789584476180.21.pdf>

Real Academia Española. (2001) Diccionario de la lengua española (22. Ed.). Madrid, España.

Ugarte, A. (2015). *Tratamiento psicoeducativo como intervención para la prevención del desarrollo de depresión posparto en mujeres con muy alto riesgo: ensayo clínico* (Tesis de maestría) Recuperado de:
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7664/UgarteUgarteA.pdf?sequence=4>

Urdaneta, J. Rivera, A. García, J. Guerra, M. Baabel, N. Contreras, A. (2010) Prevalencia de la depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*; 75(5): p.312-320. Recuperado de:
<http://www.revistasochog.cl/files/pdf/DR.URDANETA1.pdf>

Vargas, J & García, M. (2009). Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, volumen 3(1):11-8.