

Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en el posparto en adolescentes de Cartagena (Colombia)

Associated factors with clinically significant depressive symptoms in postpartum adolescents in Cartagena (Colombia)

Zuleima Cogollo Milanés¹, Yenifer Romero Brieva²,
Marianella Morales García², Jeniffer Vanegas Nuñez²,
Vanessa López Escobar², Dayana Guazo Meza²

Resumen

Objetivo: Establecer los factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica (SDIC) en el posparto en adolescentes de Cartagena (Colombia).

Método: Se realizó un estudio analítico observacional transversal, con una muestra de puérperas adolescentes, con edades entre 10 y 19 años, captadas durante la cita de control a los siete días del posparto en los centros de atención primaria de Cartagena durante 2012. La información fue recolectada con la Escala de Depresión Postparto de Edinburg, la escala de Duke para apoyo social y el cuestionario de Apgar para funcionalidad familiar.

Resultados: Participaron en el estudio 460 adolescentes; la edad media fue 16,6 años (DE=2,1); 49,6 % (228) de las adolescentes presentaron SDIC; el 44,3 % (204) presentó bajo apoyo social y el 67,2 % (309) tenía familias disfuncionales. Los SDIC se asociaron a bajo apoyo social (OR=2,4; IC95 % 1,4-4,7), bajo apoyo afectivo (OR=2,0; IC95 % 1,1-3,8) y bajo apoyo confidencial (OR=2,1; IC95 % 1,2-3,8).

Conclusión: La presentación de síntomas depresivos con importancia clínica en el posparto adolescente se asocia a bajo apoyo social, bajo apoyo social afectivo y bajo apoyo social confidencial.

Palabras clave: depresión, periodo de posparto, adolescente, apoyo social.

Abstract

Objective: To determine the associated factors with clinically significant depressive symptoms (CSDS) in postpartum adolescents in Cartagena, Colombia.

Method: A cross-sectional analytical study was conducted with a sample of postpartum adolescents, aged between 10 and 19 years, identified during the follow-up visit within seven days after delivery in primary care centers in Cartagena during 2012. Information was

Fecha de recepción: 10 de noviembre de 2014
Fecha de aceptación: 30 de abril de 2015

¹ Enfermera de salud mental, maestra en Salud Pública, doctora en Salud Pública, profesora titular Facultad de Enfermería Universidad de Cartagena (Colombia). Grupo cuidado a la salud de los colectivos

² Estudiantes de Enfermería Universidad de Cartagena (Colombia).

Correspondencia: zcogollom@unicartagena.edu.co

collected with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), the Duke Social Support and Stress Scale (DUSOCS) and the Family Apgar questionnaire for family functioning.

Results: The study involved 460 adolescents, mean age was 16.6 years ($SD=2.1$), 49.6 (228) of the adolescents scored for CSDS; 44.3 % (204), low social support; and 67.2 % (309), dysfunctional families. CSDS were associated with low social support ($OR=2.4$; 95 %CI 1.4-4.7), low emotional support ($OR=2.0$; 95 %CI 1.1-3.8) and low confidential support ($OR=2.1$, 95 %CI 1.2-3.8).

Conclusion: CSDS in postpartum adolescents is associated with low social support, low social confidential support and low emotional support.

Keywords: depression, postpartum period, adolescent, social support.

INTRODUCCIÓN

La depresión es el problema de salud mental más común, y uno de los más importantes en la población femenina. Los datos epidemiológicos coinciden en señalar que por cada hombre dos mujeres padecen de depresión; puede ser considerada como una respuesta psicológica y física compleja a las demandas de la vida diaria de muchas mujeres; además, la frecuencia de estos trastornos parece ser sustancialmente mayor durante el embarazo y el puerperio que durante otras épocas del ciclo vital, especialmente en embarazadas de bajos ingresos económicos y en aquellas que no han alcanzado la suficiente madurez, como son las adolescentes (1, 2).

La depresión postparto (DPP), por su parte, es un problema de salud pública mayor que la prevalencia de depresión no psicótica; corresponde a una enfermedad depresiva que ocurre en mujeres en un período específico, el puerperio. A nivel mundial se han realizado estudios que ponen en evidencia el comportamiento de este fenómeno en la población y su impacto en la sociedad (3).

El *Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (4^a ed.) (DSM-IV) lo define como un “trastorno depresivo de inicio en el posparto”, que cursa con los mismos síntomas de un episodio depresivo mayor

y se manifiesta en las primeras cuatro a seis semanas tras el alumbramiento de un hijo (4).

Los estudios epidemiológicos sobre depresión en el posparto han encontrado tasas de incidencia que fluctúan entre 2,9 y 34,0%, situándose gran parte de ellos entre el 10 y el 20%. Su prevalencia es tres veces más alta en los países emergentes que en los países desarrollados.

En el Reino Unido se evaluó a 12 mil mujeres con la Escala de Edimburgh para Depresión Posparto (EPDS, por sus siglas en inglés, Edinburgh Postnatal Depression Scale) a las 8 semanas posparto, y se encontró una prevalencia de síntomas depresivos del 10%. En Estados Unidos, en un estudio con representatividad nacional, que usó los criterios diagnósticos del DSM-IV, se encontró una prevalencia de depresión a los 12 meses posparto de 9,3 % (4, 5).

La literatura muestra que existen factores de riesgo que predisponen al desarrollo de una DPP; entre ellos se señala las edades extremas, actitud negativa hacia el embarazo, antecedentes de patología en el embarazo, enfermedad en el recién nacido, depresión prenatal, antecedentes personales o familiares de depresión mayor, inadecuado apoyo social, mala relación de pareja, bajo nivel socioeconómico y embarazo no deseado, entre otros (6).

Las adolescentes embarazadas son susceptibles de presentar una serie de complicaciones, tanto en la etapa prenatal como en el posparto, con mayor frecuencia que las no adolescentes.

Entre las complicaciones que se presentan en el posparto se encuentra la DPP, cuya incidencia ha ido en ascenso, sobre todo en aquellos países en que existen registros de cada uno de dichos casos, siendo en los Estados Unidos entre 3 a 12 % (7)

Básicamente, el problema que se presenta para las embarazadas adolescentes consiste en que a la crisis de la adolescencia, desencadenada por los cambios biológicos, psicológicos, sociales e interpersonales, se suma la crisis del embarazo, que es una subcrisis, dado que las jóvenes madres, además de asumir los cambios inherentes a esta etapa de la vida, deben asumir el rol de madre de forma precipitada (8).

La depresión posparto puede interferir de manera negativa con el bienestar tanto de la madre como del niño; la mayoría de estudios informan que afecta el desarrollo social, emocional e intelectual de los hijos, y a largo plazo puede afectar la salud mental de la mujer (9).

Los síntomas depresivos con importancia clínica (SDCIC), término utilizado en esta investigación, hacen referencia a los posibles casos con trastorno depresivo identificados a través de una escala de tamizaje; por considerar que las escalas no hacen diagnóstico formal, el verdadero diagnóstico se hace a través de la entrevista clínica psiquiátrica.

Los casos identificados con sintomatología depresiva con el uso de estas escalas pueden tener criterios clasificatorios para un trastorno depresivo formal incluido dentro las categorías diagnósticas establecidas en las clasificaciones

de los trastornos mentales; estos pueden ser: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado (trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recurrente y trastorno disfórico premenstrual) (4,10).

Aunque pocos estudios consideran la edad como factor asociado al desarrollo de DPP, aquellos que han encontrado asociación mencionan que existe mayor riesgo entre madres adolescentes. De allí la importancia de realizar este estudio, que permitió obtener los datos de esta problemática en la ciudad, con el fin presentar los resultados a los tomadores de decisiones para que puedan diseñar acciones encaminadas hacia un modelo de atención más integral; que involucre al grupo familiar, que privilegie la educación para la salud y la prevención de la enfermedad tanto física como mental, la intervención oportuna y el seguimiento durante el período perinatal, que contemple aspectos como la afectividad, la aceptación y la adaptación a los cambios que le sobrevienen a la joven madre. (9)

El objetivo de este trabajo fue establecer los factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en el posparto en adolescente de la ciudad de Cartagena.

MÉTODO

Se realizó un estudio analítico observacional transversal, que fue revisado y aprobado por el Comité de *Ética* de la Universidad de Cartagena. Las adolescentes firmaron el consentimiento informado.

La población la conformaron 1009 adolescentes atendidas por parto en la ciudad de Cartagena, durante 2011, en los centros de

atención primaria (CAP) según datos suministrados por el Departamento Administrativo de Salud (DADIS).

Se seleccionó una muestra no probabilística hasta completar la muestra estimada de 462 adolescentes, captadas durante la cita de control a los siete días del pos parto en los centros de atención primaria ubicados en los barrios de estrato 1 al 3 de la ciudad de Cartagena durante 2012.

Los cálculos se realizaron para una prevalencia DDP de 50 %, con un margen de error 5 % y un valor α del 95 %.

Las adolescentes diligenciaron en sus viviendas un cuestionario anónimo bajo la supervisión de una persona adscrita a la investigación, quien previamente les explicó los objetivos del estudio; el cuestionario incluyó información demográfica (edad en años cumplidos, escolaridad, barrio y estrato de residencia), los síntomas depresivos con importancia clínica, con la Escala de Depresión posparto de Edimburgh (EPDS), que consta de 10 ítems, con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba el puntaje varía entre 0 a 30 puntos (11). Esta escala fue validada previamente en la ciudad de Cartagena en mujeres embarazadas, y mostró una alta consistencia interna alfa de Cronbach de 0,78.

La escala de apoyo social de Duke-UNC-11 es una escala sencilla y breve, que evalúa a través de 11 preguntas el apoyo social percibido (12). En Colombia Alvarado *et al.* realizaron validez de constructo mediante análisis factorial en una población de mujeres afrocolombianas de bajo estrato socioeconómico

de Guapi (Cauca) y se obtuvieron valores alfa de Cronbach de 0,70. (13).

Por su parte, la escala de APGAR familiar mide funcionalidad familiar; esta escala tipo Likert da cinco opciones de respuesta, desde 'nunca' a 'siempre', que se califican entre cero y veinte. Las puntuaciones iguales o mayores que 16 indican funcionalidad familiar. Esta escala mostró alfa de Cronbach de 0,77 en un estudio precedente en Cartagena (14).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los cálculos de las asociaciones y el ajuste de las mismas se efectuaron con el paquete estadístico SPSS versión 18 (15). A todas las escalas se les estimó la consistencia interna con la prueba de Kuder-Richardson (16). Esta prueba es equivalente al coeficiente de alfa de Cronbach que se calcula para escalas con preguntas con respuesta de selección política (17). Finalmente, el análisis multivariado se realizó mediante regresión logística. Se determinaron razones de disparidad (OR) con intervalo de confianza (IC95%).

RESULTADOS

Un total de 460 participantes diligenciaron satisfactoriamente el cuestionario. Las edades del grupo oscilaron entre 10 y 19 años, con una media de 16,6 años (DE=2,1). Los datos sociodemográficos se presentan en la tabla 1.

En cuanto a los SDCIC, el 49.6% (228) de las adolescentes presentó SDCIC; la escala de Edimburgh mostró una adecuada consistencia interna alfa de Cronbach de 0,86.

En cuanto al apoyo social, según la escala de DUKE se encontró que el 55.7% (256) de las adolescentes cuenta con apoyo social normal

y el 44.3% (204) con apoyo social bajo. La escala mostró una consistencia interna alfa de Cronbach de 0,89 (ver tabla 2).

En cuanto a las dimensiones de esta misma escala, el 26.7% (123) de las adolescentes obtuvo apoyo afectivo bajo y el 71.7% (330) bajo apoyo confidencial (ver tabla 3).

En lo que tiene que ver con funcionalidad familiar, el 67.2% (309) de las adolescentes encuestadas tiene familias disfuncionales y el 32.8% (151) presentó buena funcionalidad familiar. La escala mostró una adecuada consistencia interna alfa de Cronbach de 0,69 (ver tabla 2).

En el análisis bivariado se encontró que los SDCIC en el posparto se asociaron significativamente con bajo apoyo social, OR 6,3 (IC95% 4,2- 9,5). Respecto a las dimensiones de la escala de apoyo social y los SDCIC, el 78.9 % (97) de adolescentes con síntomas depresivos presentan apoyo social afectivo bajo y el 59.7% (197) bajo apoyo confidencial. Asimismo, se observó que los SDCI se asociaron con apoyo social afectivo bajo, OR: 5,8 (IC 95 % = 4,2 - 9,5) y baja confidencialidad, OR: 4,7 (IC95 % = 2,9 - 7,4) (ver tabla 4).

En el análisis bivariado también se encontró asociación entre la funcionalidad familiar y SDCIC 1,7 (IC95 % 1,1 - 2,5), sin embargo, al hacer el ajuste en análisis multivariado no se mantuvo esta asociación.

Todas las variables que se incluyeron en el análisis se muestran en la tabla 5 y fueron consideradas en el análisis multivariante.

Es importante resaltar que ninguna de las variables sociodemográficas mostró asociación con SDCIC en el análisis bivariado.

El análisis multivariado mostró que la probabilidad de aparición de SDCIC es 2,4 veces mayor en adolescentes con bajo apoyo social (IC95 % 1.4 - 4.7); 2,0 en las que tienen bajo apoyo afectivo (IC95 % (1.1-3.8) y 2,1 en las que cuentan con bajo apoyo confidencial (IC95 % 1.2-3.8) (ver tabla 6).

Tabla1. Aspectos socio demográficos de púerperas adolescentes de la ciudad de Cartagena (Colombia), 2012

Variables sociodemográficas	N	%
Edad		
Adolescencia Temprana	51	11.0
Adolescencia Media	131	28.4
Adolescencia Tardía	278	60.4
Escolaridad		
Primaria incompleta	10	2.2
Primaria	44	9.6
Secundaria incompleta	163	35.4
Secundaria	140	30.4
Técnica	94	20.4
Universitaria	9	2.0
Estado Civil		
Casada	18	3.9
Soltera	170	37.0
Union Libre	272	59.1
Estrato		
1	219	47.6
2	232	50.4
3	9	2.0
Total	460	100

Fuente: datos tabulados por autores.

Tabla 2. Factores psicosociales de puérperas adolescentes de la ciudad de Cartagena (Colombia), 2012

Factores psicosociales	N	%
Apoyo social		
Apoyo normal	256	55.7
Bajo apoyo	204	44.3
Apgar familiar		
Disfuncionalidad	309	67.2
Funcional	151	32.8
Total	460	100

Fuente: datos tabulados por autores.

Tabla 3. Dimensiones del bajo apoyo social de las puérperas adolescentes de la ciudad de Cartagena (Colombia), 2012

Dimensiones	N	%
Apoyo social afectivo		
Normal	337	73.3
Bajo	123	26.7
Apoyo social confidencial		
Normal	130	28.3
Bajo	330	71.7
Total	460	100

Fuente: datos tabulados por autores.

Tabla 4. SDCIC y factores psicosociales en puérperas adolescentes de la ciudad de Cartagena (Colombia), 2012

Factores psicosociales	Síntomas depresivos		OR	IC
	Sí n (%)	No n (%)		
Apoyo social	150(73.5)	54 (26.5)	6,3	4,2 – 9,5
Apoyo socialafectivo	97 (78.9)	26 (21.1)	5,8	3,6 – 9,5
Apoyosocial confidencial	197 (59.7)	133 (40.3)	4,7	2,9 – 7,4
Funcion familiar	167 (54.0)	142 (46.0)	1,7	1,1 – 2,5

Fuente: datos tabulados por autores.

Tabla 5. Asociación entre SDCIC y variables sociodemográficas en las puérperas adolescentes de la ciudad de Cartagena (Colombia) 2011

Variables sociodemográficas	Síntomas depresivos		OR	IC
	Sí n (%)	No n (%)		
Edad				
Adolescencia temprana	42(9.1)	9(2.0)		
Adolescencia media	72 (15.7)	59(12.8)	1,9	0,6 – 5,6
Adolescencia tardía	114(24.8)	164(35.7)		
Estado civil				
Casadas y en unión libre	118 (40.7)	172 (59.3)		
Solteras	110 (64.7)	60 (35.3)	0,3	0,2 – 0,5
Estrato				
1	128 (58.4)	91 (41.6)	0,8	0,3 -2,0
2 y 3	100 (41.5)	141(58.5)		

Fuente: datos tabulados por autores.

Tabla 6. Análisis de regresión logística de las puérperas adolescentes de la ciudad de Cartagena (Colombia), 2012

Variables	OR	I.C. 95.0%
Bajo apoyo	2.454	1.344 - 4.482
Bajo apoyo afectivo	2.003	1.057 - 3.795
Bajo apoyo confidencial	2.179	1.245 - 3.816

Hosmer y Lemeshow=0.278;p<0.598. El modelo predice correctamente.

Fuente: datos tabulados por autores.

DISCUSIÓN

En este estudio se encontró asociación significativa entre el bajo apoyo social y SDCIC en el posparto en adolescentes.

La prevalencia de síntomas depresivos en puérperas adolescentes fue de 49.6 %; cifra superior a las encontradas en otros estudios, en los que la prevalencia va de 10 a 20 % hasta un 22.2 %. En este sentido, Johanson y cols. (18) y Piyasil y cols. (19) encontraron prevalencias de SDCIC en adolescentes puérperas entre 7,4% y 15 % respectivamente. Similar a los datos de este estudio, Luna y cols. (20) encontraron una prevalencia de depresión de 40,1 %. Así mismo, Logsdon y cols. (21) y Cox y cols. (22) aplicaron la Escala de Depresión del Centro Epidemiológico (CES-D) a puérperas adolescentes y observaron un 37% de síntomas de DPP entre las 4 y 6 semanas y un 53,6% al año postparto, respectivamente. Mientras que, Jadresic y cols. (23) encontraron prevalencias significativamente mayores cuando las adolescentes son de estrato socioeconómicos bajo.

En este estudio, se observó que la probabilidad de aparición de SDCIC en el posparto es 2,4 veces mayor en adolescentes con bajo apoyo social; datos parecidos a los informados por Moh'd Yehia y col. (24), quienes encontraron una asociación entre depresión postparto con percepción de un déficit de apoyo social. De igual forma, Collins (25) muestra que la red de apoyo social también se relaciona con síntomas depresivos, debido a que mujeres con depresión postparto informan contacto frecuente de baja calidad con miembros de su red de apoyo social, sobre todo, si la fragilidad del apoyo es de parte del padre del hijo. Se ha identificado que una pobre relación marital es uno de los factores de riesgo más importantes para la ocurrencia y cronicidad de la depresión postparto. (26)

Asimismo, Luna (27) informa en su estudio, que los síntomas depresivos fueron más frecuentes entre quienes no contaban con

apoyo social emocional y confidencial ($OR = 2.71$); datos similares a los observados en este estudio, donde la probabilidad de presentación de síntomas depresivos fue 2,0 veces mayor en adolescentes con bajo apoyo afectivo y 2,1 veces más, en quienes tienen bajo apoyo confidencial.

Contrario a lo informado en este estudio, Secco y cols. (28) observaron que el apoyo familiar, de los amigos y social no fueron predictores significativos de síntomas de depresión en el posparto, mientras, Sánchez y cols. (29) indican, que las mujeres con mayor apoyo social y autoestima son las que presentan niveles más bajos de depresión postparto. Diferente, a Salinas y Armengol (30) quienes observaron que a menor apoyo social en madres adolescentes, se presentan sentimientos de aislamiento y falta de interés en las relaciones grupales, en concordancia con lo expresado por las adolescentes participantes en esta investigación.

Se postula que la maternidad en esta edad, es vivida como una experiencia que interrumpe los procesos del desarrollo de las adolescentes, tanto en lo educativo como en las tareas propias de esta etapa de vida (la socialización con sus pares, la búsqueda de identidad, de un proyecto de vida y la gradual autonomía de las figuras parentales); por ello, el apoyo social permite a las mujeres enfrentar las condiciones de riesgo con un menor impacto negativo para su salud y bienestar lo que a su vez, favorece la sensación seguridad y confianza en el entorno familiar y comunitario; si el apoyo social es suficiente y adecuado, puede considerarse un buen predictor de la salud mental para la madre (31).

En cuanto al apoyo social, Barnet y cols. (32) concluyeron que recibir apoyo social por parte

de la propia madre de la adolescente y/o padre del bebé, constituye un factor protector de DPP, mientras, los conflictos con el progenitor del niño actúan como factor de riesgo.

Respecto a la probabilidad de presentar síntomas depresivos y disfuncionalidad familiar, este estudio no mostró asociación significativa; no obstante, el funcionamiento familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o de aparición de la enfermedad entre sus miembros.

Diversos estudios señalan que los embarazos adolescentes tienen que ver con un problema en la relación familiar o un mal funcionamiento a nivel de la familia y sus integrantes. Las adolescentes de familias disfuncionales, tal vez, buscan compensación emocional en la actividad sexual y/o en un embarazo para suplir la falta de afecto dentro del entorno familiar (33).

Pocos estudios han abordado la importancia que pudiera tener la edad como factor asociado al desarrollo de DPP; Logsdon y cols. (21) e Inandi y cols. (34) encontraron asociación entre la edad y los síntomas depresivos y resaltaron que existe mayor riesgo de DPP entre madres adolescentes; datos contrarios, a los hallados en este estudio, en el que ser menor, no condicionó la aparición de síntomas depresivos, pero sí, se constituye en factor de riesgo. En este mismo sentido, Lara y cols. (35) no observaron asociación entre la edad y los síntomas depresivos.

En esta investigación, el bajo nivel socioeconómico, no tener pareja y el bajo nivel educativo, no mostraron asociación estadísticamente significativa con DPP; varias investigaciones han indagado esta relación, sin embargo, los resultados son disímiles; autores como Garcés

y cols. (36) Secco y cols. (28) han encontrado asociación entre condición socioeconómica baja y sintomatología depresiva; contrario a Barnet y cols. (32), quienes no encontraron relación ni con el nivel socioeconómico, ni con el nivel educativo, mientras, Kalil y cols. (37) mostraron que las jóvenes con deserción escolar presentaban mayores índices de DPP. No obstante, Martínez (38) sostiene que la gravedad de la depresión disminuye notablemente, conforme aumenta el grado de estudios.

La limitación de este estudio tiene que ver con el muestreo, que no se hizo mediante asignación aleatoria para seleccionar a las participantes, por lo que no se pueden generalizar los resultados; no obstante, este estudio es el primero que se realiza en esta población en la ciudad de Cartagena, que además prueba la Escala de Edinburg como instrumento útil en la determinación de la sintomatología depresiva y los factores predisponentes en este grupo.

Lo anterior, permite formular un abordaje al cuidado de las mujeres en el contexto social, de sus familias, parejas y comunidades, en el cual se realice trabajo anticipatorio con adolescentes en etapas preconcepcionales.

El área de enfermería tiene una gran oportunidad de detectar con antelación los síntomas sugerentes de depresión, con el fin de evitar la gravedad y las complicaciones del cuadro, teniendo en cuenta que la DPP en madres adolescentes suele pasar desapercibida y las barreras para la identificación y tratamiento en ellas han sido prácticamente inexploradas, por lo que es importante indagar respecto al origen de los síntomas. (39) El personal de enfermería es responsable del cuidado de la madre en postparto. El cuidado proporcionado

puede contribuir a trascender de lo biológico y tradicional del proceso salud-enfermedad a un cuidado transdimensional que rescate la dimensión interior de los seres (40), que involucre a la familia de la adolescentes como grupo de apoyo durante el embarazo y el posparto, con el fin de facilitar la adaptación de la madre y mejorar las condiciones y el entorno para el niño.

Se concluye que el bajo apoyo social y sus diferentes dimensiones están significativamente relacionados con la aparición de síntomas depresivos. Por otra lado, se confirma que la Escala de Edimburgh es un buen método de evaluación precoz de la depresión posparto; en validación previa en la ciudad de Cartagena obtuvo buena consistencia interna de 0,78 y en este estudio la consistencia interna fue de 0,86, que permite considerarla como un instrumento confiable para ser aplicado a púerperas adolescentes de la ciudad de Cartagena (11, 41).

Se hace necesario continuar investigando esta problemática; se sugiere que el personal de salud realice evaluación periódica de los factores de riesgo para planear acciones de prevención y detección temprana de sintomatología depresiva en púerperas adolescentes, que contribuya a reducir el deterioro de la salud mental de la madre y su hijo relacionado con los efectos negativos de esta enfermedad y que además se involucren las redes de soporte familiar y social en dichas intervenciones.

Conflictos de intereses: las autoras declaran, que no existe ninguno.

Financiación: Universidad de Cartagena.

REFERENCIAS

1. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP *et al.* WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291:2581-90.
2. Bowen A M. Prevalencia de la depresión prenatal en las mujeres inscritas en un programa de divulgación en Canadá. *J Obstet-Gynecol Neonatal Nursing* 2006; 35 (4): 491-8.
3. Lezcano S, Vallejos M, Sodero H. Caracterización del Recién nacido en madres adolescentes. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina* 2005; 149:6-8.
4. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV, criterios diagnósticos.* Barcelona: Masson; 1995.
5. Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor T; ALS-PAC Study Team. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet* 2005; 365(9478):2201-5.
6. Schmidt R, Wiemann C, Rickert V, Smith E. síntomas moderados a graves de depresión entre las madres adolescentes seguido cuatro años después del parto. *Salud J Adolesc* 2006; 38 (6):712-8.
7. Tejada E, Morillo RH, Del Orbe L, Pérez M. Depresión post-parto en madres adolescentes. *Rev Med Dom* 2002; 63 (2):127-129.
8. Beck TC. Los predictores de la depresión posparto: Una actualización. *La investigación en enfermería.* 2001; 50 (5):275-285.
9. Ferrando L. La depresión en la mujer. *Psiquiatr Aten Prim* 2003; 4(4): 4-9.
10. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de las enfermedades (CIE): trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. 10th ed. Madrid: Meditor; 1993.

11. Campo-Arias A, Ayola CC, Peinado V H, Amor P M, Cogollo Z. Escala de Edimburgh para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2007; 58 : (4) 277-283.
12. Alvarado B E, Zunzunegui M E, Delisle H. Validación de escalas de seguridad alimentaria y de apoyo social en una población afrocolombiana: aplicación en el estudio de prevalencia del estado nutricional en niños de 6 a 18 meses. *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro) 2005; 21(3):724-736.
13. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNC-11. *Atención Primaria* 1996; 18:17-31.
14. Forero L, Avendaño M, Duarte Z, Campo-Arias A. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev Colomb Psiquiatr* 2006; 35(1):23-9.
15. SPSS for Windows 18.0. Chicago SPSS Inc.; 2009.
16. Kuder GF, Richardson M. The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika* 1937; 2: 151-160.
17. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika* 1951; 16: 297-334.
18. Johanson R, Chapman G, Murray D, Johnson I, Cox J. The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000; 21:93-7.
19. Piyasil V. Anxiety and depression in teenage mothers: a comparative study. *J Med Assoc Thai* 1998; 81:125-9.
20. Luna-Matos ML, Salinas-Pielago J, Luna-Figueroa A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev. Panam Rev Panam Salud Publica* [en línea] 2009 [fecha de acceso febrero de 2013]; 26 (4): 310-314.
21. Logsdon M, Hertweck P, Ziegler C, Pinto-Foltz. Testing a bioecological model to examine social support in postpartum adolescents. *J Nurs Scholarsh* 2008; 40(2): 116-23. Doi: 10.1111/j.1547-5069.2008.00215.x
22. Cox J, Buman M, Valenzuela J, Pierre Joseph N, Mitchell A, Woods E. Depression, parenting attribute, and social support among adolescent mothers attending a teen tot program. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2008; 21(5):275-81.)
23. Jadresic E, Nguyen D, Halbreich U. ¿Qué nos dice la investigación chilena sobre la depresión posparto (DPP)? *J Affect Dissord* 2007; 102 (1-3):237-43.
24. Moh'd Yehia D, Callister L, Hamdan-Mansour A. Prevalence and predictors of postpartum depression among arabic muslim jordanian women serving in the military. *J Perinat Neonat Nurs.* 2013; 27 (1): 25-33. Doi: 10.1097/JPN.0b013e31827ed6db
25. Collins N, Dunkel-Schetter M, Scrimshaw S. Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Social Psychol* 1993; 65: 1243-58.
26. Hegde S., Latha K., Bhat S., Sharma P., Kamath A., Shetty A. Postpartum depression: prevalence and associated factors among women in India. *J Womens Health, Issues Care.* 2012; 1:1.
27. Luna A, Gómez V. Disfunción Familiar en Adolescentes Embarazadas: VII Foro Delegacional de Investigación en Salud del IMSS en Nuevo León, México. *Unidad de Medicina Familiar* 2003; 32(2): 15 - 22
28. Secco M, Ganancias S, Kennedy E, Walsh A, Letorneau N, Factores que afectan el proceso del posparto, síntomas depresivos de madres adolescentes. *JOGNN2007*; 36 (1):47-54.
29. Sánchez AI, Bermúdez MP, Buena-Casal G. Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo. *Revista electrónica de motivación y emoción* 1999; 2(2-3).

30. Salinas E, Armengol G. El autoconcepto en la adolescente embarazada. *Revista Departamento Psicología, Universidad Iberoamericana* 1992; 5 (3-4): 90-99.
31. Frinco CD, González OM. Ministerio de Salud de Chile [fecha de acceso 12 de enero de 2012]. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/ciclovital/saludreproductiva.pdf>.
32. Barnet B, Duggan A, Wilson, M, Joffe A. Association between postpartum substance use and depressive symptoms, stress, and social support in adolescent mothers. *Pediatrics* 1995; 96(4 pt. 1): 659-66.
33. Poo A. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal: *Rev. Sogia (Chile)* 2005; 12(1): 17 - 24.
34. Inandi T, Elci OC, Ozturk A, Egri M, Polat A, Sahin TK. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *Int J Epidemiol* 2002; 31:1201-7. Doi: 10.1093/ije/31.6.1201
35. Lara MA, Navarro C, Navarrete L. Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Salud Pública Mex* 2004; 46:378-387. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>.
36. Garcés E, Moya S C, Meneses C P, Zúñiga C A. Modelo de atención integral humanizada Ministerio de Salud de Chile [fecha de acceso 12 de enero de 2012]. Disponible en:
37. <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/ciclovital/saludreproductiva.pdf>.
38. Kalil A, Spencer M, Spieker S, Gilchrist L. Effects of grand-mother coresidence and quality of family relationships on depressive symptoms in adolescent mothers. *Family relations* 1998; 47(4):433-41.
39. Evans J, Heron J, Francomb, H, Oke, S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323(7307):257-60. Doi:10.1136/bmj.323.7307.257
40. Martínez L, Waysel P, Romano K. Depresión en adolescentes embarazadas. *Rev psico Méx* 2009; 14(2):261-274.
41. Canaval GE, González M, Martínez SL, Tovar M, Valencia C. Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia med* 2000; 31: 4-1.
42. Oquendo M, Lartigue T, González I, Méndez S. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgh como prueba tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum.* 2008;22:195-202