



PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y POSPARTO Y APOYO AL TRATAMIENTO

SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA

DIVISION PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

DEPTO. CICLO VITAL – DPTO. SALUD MENTAL

2014

MINISTERIO DE SALUD. Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento SANTIAGO: MINSAL, 2014.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Fecha de publicación: Marzo 2014

Elaboración:

EU Irma Rojas M., Departamento de Salud Mental

Ps. Natalia Dembowski, Departamento de Salud Mental

Dra. Francesca Borghero, Departamento de Salud Mental

Mat. Miriam González, Programa Nacional Salud de la Mujer, Departamento Ciclo Vital

ÍNDICE

I. Alcance y Objetivos	4
II. Antecedentes Generales	4
III. Marco conceptual	5
Criterios Diagnósticos	6
Presentación Clínica de la Depresión durante el Embarazo y Posparto	7
Diagnóstico Diferencial	8
Factores de Riesgo para Depresión durante el Embarazo	8
Riesgo de no tratar la depresión durante el embarazo	9
Factores de riesgo para depresión durante el posparto	9
Riesgos de no tratar la depresión posparto	10
IV. Protocolo de Detección y Apoyo al Tratamiento de Mujeres con Depresión durante el Embarazo y Posparto	12
Detección de la depresión en los controles del embarazo	12
Detección de la depresión en controles postnatales	15
Detección de la Suicidalidad en mujeres con depresión durante el embarazo o posparto	17
Apoyo al tratamiento de la depresión en mujeres en control pre y postnatal	20
V. Acciones Recomendadas en el Nivel Primario de Atención	22
Anexos	23
Referencias	28

PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y APOYO AL TRATAMIENTO DE LA DEPRESION DURANTE EL EMBARAZO Y EL POSPARTO

I. Alcance y objetivos

El presente protocolo es un apoyo dirigido a los profesionales de la atención primaria que participan en las acciones de salud dirigidas al cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo y el período del posparto.

Este documento se basa en la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Depresión en Personas de 15 años y más, siendo éste el documento de referencia para quienes pretendan complementar lo señalado en este protocolo.

Su propósito es entregar herramientas para detectar en forma precoz y apoyar el tratamiento de la depresión durante la gestación y el posparto, para disminuir la morbimortalidad de la madre y su hijo(a).

Sus objetivos son:

- (1) Proveer a los profesionales y técnicos sanitarios de herramientas de apoyo sencillas para facilitar la identificación de la sintomatología depresiva en los entornos de controles pre y postnatales.
- (2) Definir criterios claros para vincular a una paciente al GES de Depresión, durante su período de embarazo y posparto.
- (3) Entregar herramientas para el reconocimiento, en controles del embarazo y posparto, de alertas respecto del tratamiento por depresión.
- (4) Entregar herramientas conceptuales básicas sobre la depresión en el período perinatal.

II. Antecedentes Generales

Cada vez es más clara la necesidad de incorporar el enfoque de género en la atención de salud y particularmente en la atención de los problemas y trastornos mentales. Los perfiles de morbilidad difieren entre hombres y mujeres; así las mujeres se deprimen más, sufren más trastornos de ansiedad y desarrollan en forma más frecuente trastornos de la conducta alimentaria.

La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos.

La depresión se define operacionalmente como una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas. Con frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre episodios (Dpto. Salud Mental MINSAL).

En todas las edades, las características prominentes de los trastornos depresivos incluyen depresión o irritabilidad, cambios concomitantes en el sueño, el interés en las actividades,

sentimientos de culpa, pérdida de energía, problemas de concentración, cambios en el apetito, el procesamiento psicomotor (retraso o agitación), e ideación suicida. Por esas razones, la depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo, en términos de número total de AVISA(1).

En Chile, según el estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible (1), la depresión unipolar es la segunda causa de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA) en población general chilena y la primera entre las mujeres entre 20 y 44 años, congruente con lo observado en el mundo (2)(3).

Una revisión sistemática (10) respecto de las prevalencias e incidencias de depresión durante el embarazo y el posparto, encontró que, en países desarrollados, la prevalencia puntual, combinando las estimaciones, fluctuó entre 6,5% a 12,9% en los diferentes trimestres del embarazo y los meses del primer año puerperio. La prevalencia combinada muestra que hasta un 19,2% de las mujeres tienen un episodio depresivo mayor durante los primeros 3 meses después del parto.

Los estudios sobre sintomatología ansiosa y/o depresiva en mujeres chilenas durante el embarazo, revelan prevalencias entre un 16,7% (4) y un 35,2% (5). A su vez, en el posparto, alrededor del 40,5% de las mujeres chilenas presenta síntomas de ansiedad o depresión. (3)

En relación con la sintomatología depresiva asociada al puerperio, se encontró que la prevalencia es mayor en el socioeconómico bajo (41,3%) que en el nivel socioeconómico alto (27,7%) (5). En mujeres de mediana edad (45-55 años) de Temuco, tomadas de listados de centros de madres e ISAPRES, la prevalencia de síntomas depresivos fue de 43,3%(6).

III. Marco conceptual

La depresión está clasificada como un trastorno afectivo, lo que implica cambios en el humor, sugiriendo que los efectos de la depresión están circunscritos al funcionamiento emocional. Sin embargo el impacto de la depresión es mucho más profundo, afectando prácticamente todos los aspectos de la vida de la persona deprimida, tales como las relaciones interpersonales, el funcionamiento conductual y el funcionamiento cognitivo. Es entonces comprensible porque la depresión causa una discapacidad laboral significativa. La naturaleza de la depresión, que no es físicamente medible, sino que depende del autoreporte o de la inferencia que se haga de la conducta de la persona deprimida, contribuye a la falta de comprensión y al estigma, dilatando o impidiendo la adecuada detección y manejo(7).

En las mujeres, la depresión tiende a aparecer en una edad más temprana, se presenta con una mayor frecuencia de episodios, con un mayor número de síntomas y con tasas mucho mayores de depresión atípica. En un análisis estadístico multivariable se encontró que la edad temprana de aparición, el exceso de autocrítica y la disminución de la libido, son los mejores predictores de depresión mayor en mujeres. Un número elevado de síntomas atípicos en las mujeres podría estar reflejando una diferencia fisiopatológica en la depresión de hombres y mujeres (8).

Los problemas y trastornos mentales en las mujeres se pueden desarrollar como consecuencia de problemas de salud reproductiva, entre los cuales están: la falta de elección en las decisiones reproductivas, embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual, la infertilidad y complicaciones del embarazo, como abortos espontáneos, parto prematuro. Además, el nivel de salud mental está estrechamente relacionado con la morbilidad materna (9).

La salud mental depende además de las condiciones sociales. Las mujeres están en mayor riesgo de problemas de salud por tener una mayor carga de trabajo no remunerado, por lo general relacionado con el cuidado de sus hijos y las tareas del hogar; tienen más probabilidades de tener un menor nivel socioeconómico, están más expuestas a ser víctimas de la violencia y tienen menor acceso a factores protectores, como participación en la educación, el empleo remunerado y la toma de decisiones políticas (9).

Las madres adolescentes tienen un mayor riesgo de morbi-mortalidad obstétrica, más probabilidad de deserción escolar, inactividad laboral y dependencia económica y de establecer vínculos de apego inseguros con sus hijos, por lo tanto, los hijos de madres adolescentes estarían más expuestos a la morbi-mortalidad perinatal y neonatal, prematuridad y bajo peso al nacer, y negligencia parental (10).

Los sistemas de salud, la comunidad y el entorno social, deben dar prioridad a los problemas y trastornos mentales de las mujeres y las familias. Los aspectos de salud mental de la salud reproductiva son fundamentales para lograr el Desarrollo del Milenio en reducción de la pobreza, tanto en el Objetivo Desarrollo del Milenio (ODM) N° 3 sobre igualdad de género, como en el ODM N° 4 sobre reducción de la mortalidad materna e infantil.

Criterios Diagnósticos

Las siguientes tablas presentan los criterios para depresión según el sistema de clasificación diagnóstica CIE 10(11) (12):

Tabla N° 1 Criterios diagnósticos para Episodio Depresivo, CIE-10

<p>A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.</p> <p>B. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.</p> <p>C. Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.</p>
<p>Síndrome Somático</p> <p>Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos, aquí denominados "somáticos" tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se usan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos).</p> <p>Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático. Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none">(1) Pérdida de interés o capacidad para disfrutar actividades que normalmente eran placenteras.(2) Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional.(3) Despertarse en la mañana dos o más horas antes de la hora habitual(4) Empeoramiento matutino del humor depresivo.(5) Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas)(6) Pérdida marcada de apetito(7) Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes)(8) Notable disminución de la libido.

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, CIE-10. OMS.

Los cambios asociados al trastorno depresivo, pueden ser más fácilmente identificables en los ámbitos en los cuales las personas se desenvuelven regularmente. De esta forma, los cambios en los contextos familiares, educativos o laborales, persistentes por más de dos semanas casi todos los días, puede ser manifestaciones de un cuadro depresivo, como por ejemplo:

- Falta de interés en las actividades que normalmente resultan agradables
- Desgano o sensación de agotamiento constantes
- Alteraciones fisiológicas sostenidas, como insomnio-hipersomnia o falta-aumento del apetito.
- Disminución de la capacidad para concentrarse o disminución del rendimiento escolar o laboral
- Irritabilidad o labilidad emocional
- Quejas somáticas constantes
- Aumento en el consumo de sustancias
- Expresión de ideas de desesperanza o culpa

Presentación clínica de la Depresión durante el Embarazo y Posparto

Existen distintas definiciones respecto del curso de la depresión durante el período de embarazo y posparto. Algunos autores señalan que la mayor incidencia de depresión se presenta durante los tres meses posteriores al parto (13), mientras otros discuten respecto de si la depresión en el embarazo y posparto es más o menos severa que la depresión en mujeres durante otras etapas (14) (15) (16) (17), o si los síntomas de la enfermedad difieren entre estos períodos (18) (19). La evidencia no es concluyente al demostrar que el curso y el pronóstico de la depresión durante el período pre y post natal sea sustantivamente distinto que durante otros períodos de la vida de la mujer (20).

Sin embargo se ha descrito que la morbilidad de la depresión aumenta dadas las demoras en el diagnóstico, así como que el estigma, la vergüenza y la culpa de las madres con depresión, son un importante factor de retraso en el diagnóstico (20). No tratar la depresión en el posparto puede implicar efectos adversos de largo plazo para la madre, como que este episodio puede constituirse precursor de depresión recurrente (21).

La presentación sintomática de la depresión posparto es similar a aquella depresión no vinculada al embarazo, exceptuando que el contenido puede estar centrado en el hecho de haber tenido un hijo (21).

La depresión posparto se caracteriza por llanto, abatimiento, labilidad emocional, sentimiento de culpa, pérdida de apetito, problemas de sueño y sentimientos de incapacidad de hacer frente a las necesidades del hijo(a), problemas de memoria, fatiga e irritabilidad. Algunas mujeres pueden preocuparse de forma excesiva por la salud del hijo(a) o verse a sí mismas como malas madres, inadecuadas o poco cariñosas(21).

Diagnóstico Diferencial

Además de considerar los diagnósticos diferenciales que habitualmente se debiesen descartar frente a cualquier cuadro depresivo (hipotiroidismo, anemias, etc), durante el período posparto es importante conocer cuadros como la disforia posparto y la psicosis posparto.

La disforia posparto, es un trastorno transitorio, que aparece los primeros días posparto, típicamente alrededor del tercer día, durando sólo algunas horas y, a lo más, un día o dos. Se trata de un estado caracterizado por ansiedad, labilidad emotiva y, a veces, el ánimo depresivo, síntomas muy pasajeros, por lo que no se requiere de tratamiento. Se estima que se presenta en más del 60% de las púerperas (15).

La psicosis posparto tiene una incidencia del 0,1 al 0,2%. El cuadro representa una emergencia psiquiátrica. Por lo general comienza durante las primeras dos semanas posparto, a veces a las 48 ó 72 horas después del parto. Se presenta con síntomas tales como inquietud, irritabilidad y trastornos del sueño. Habitualmente la psicosis puerperal evoluciona rápido, destacando entre los síntomas el ánimo deprimido o exaltado, el desajuste conductual, la labilidad emocional, como también los delirios y las alucinaciones. Aún se debate si la psicosis posparto es una entidad diagnóstica independiente o si se trata de una psicosis afectiva (trastorno del ánimo) de evolución rápida (3).

Factores de riesgo de depresión durante el embarazo

Los factores de riesgo asociados con el desarrollo de la depresión en el embarazo, encontrados mediante metanálisis por Lancaster y cols. (22), son:

- **Ansiedad materna:** alta asociación
- **Acontecimientos vitales estresantes:** alta asociación
- **Antecedentes personales de depresión.** Alta asociación
- **Falta de Apoyo Social, especialmente la de la pareja.** Asociación media
- **Violencia doméstica.** Media a pequeña asociación
- **Embarazo no deseado:** baja asociación.
- **Relación de pareja:** asociación media entre el no vivir con la pareja. Respecto de la calidad de la relación, existe una baja asociación e inversa entre la calidad de la relación y el desarrollo de depresión en el embarazo.
- **Sociodemografía:** se encontraron asociaciones altas entre el tipo de seguro de salud. El nivel socioeconómico no mostró asociación. Bajos ingresos y bajo nivel de escolaridad tuvieron una asociación baja.

La depresión prenatal, se ha descrito como un factor de riesgo para la depresión posparto y muchos de los casos detectados en el puerperio, en realidad comenzaron en la gestación (23). Otro estudio evidenció la asociación entre depresión en el embarazo y en las hijas(os) adolescentes (24) de estas mujeres, así como problemas conductuales (25)(26) en las hijas e hijos.

Riesgos de no tratar la depresión durante el embarazo

La falta de un manejo adecuado de la depresión, puede resultar en una carga física, social y económica para la gestante, la familia y el sistema de salud.

La depresión en la embarazada puede traducirse en cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales, el deterioro del autocuidado que necesita durante el embarazo, mala adherencia a las indicaciones médicas y el abuso de tabaco, alcohol y drogas, todo lo cual puede afectar al feto y desenlace obstétrico(3).

Factores de riesgo de depresión durante el posparto (DPP)

En cuanto a los factores de riesgo (21) para el desarrollo de depresión posparto, revisiones sistemáticas han encontrado asociaciones fuertes y consistentes entre el desarrollo de depresión posparto y(27):

- Depresión durante el embarazo
- Ansiedad durante el embarazo
- Acontecimientos vitales estresantes durante el embarazo o el inicio de puerperio.
- Bajos niveles de apoyo social
- Antecedentes personales de depresión

En Chile, Rojas y cols. (9) encontraron correlación significativa entre depresión posparto en mujeres chilenas y:

- menor educación
- mayor número de hijos y de embarazos
- mayor diferencia con el hermano que le antecede

Respecto de la gravedad del cuadro depresivo, los autores señalan que las mujeres separadas o divorciadas tienen una probabilidad cuatro veces mayor que las solteras de tener una DPP más severa, mientras que aquellas que tienen más de un hijo tienen una probabilidad dos veces mayor que las primíparas de tener un episodio más severo.

Además, la DPP se asocia con la aparición de: alteraciones en el vínculo madre-hijo, menor desarrollo y más problemas conductuales en el niño (10).

Entre las madres adolescentes, la DPP es frecuente y, además de los factores que se han descrito, se presenta el riesgo de deserción escolar, de abuso y negligencia hacia el niño y mayor probabilidad de un segundo embarazo adolescente (10).

Numerosos estudios muestran que durante los meses que siguen al parto, más del 40% de las madres sufre de síntomas depresivo-ansiosos inespecíficos y que del 10% al 15% desarrolla una enfermedad depresiva propiamente tal. El ambiente de la maternidad influye en la presentación de los síntomas y se traducen en sentimientos de incapacidad, para asumir el rol de madre e involucrarse en el cuidado del niño(a). La mayoría de los casos, se presentan durante el primer mes del puerperio o poco después y, por lo general, los síntomas alcanzan su intensidad máxima entre las 8 y las 12 semanas después del parto (28).

La sintomatología de la depresión en el posparto es similar a la sintomatología de la depresión en cualquier otro periodo de la vida, pero en la depresión posparto es más marcada la tendencia al llanto y la labilidad emocional. Las ideas de culpa se refieren a la situación de maternidad con sentimientos de ser insuficiente e incapaz, la mujer está irritable y ha perdido el deseo sexual. Pueden aparecer ideas obsesivas y en los casos más graves, rechazo al hijo(a).

Con frecuencia muchos de estos cambios emocionales se consideran normales en la etapa posparto por lo que la enfermedad se suele sub diagnosticar, en especial cuando los síntomas aparecen en forma más tardía en relación al parto. Muchas veces la aparición de los síntomas coincide con el alta desde el puerperio. Además, en general los profesionales de la salud en los controles posparto se centran más en la salud física de la madre y del niño(a) y las propias madres no suelen consultar por estos síntomas por temor a defraudar a los demás o porque creen que son síntomas normales.

A continuación se presenta la tabla 3 que resume los instrumentos que pueden ser utilizados para el tamizaje de la depresión en población de mujeres chilenas en el embarazo y el posparto:

Tabla 3: Instrumentos de tamizaje depresión embarazo y posparto (29) (41)

Nombre instrumento	Período aplicación	Rango de edad	Puntaje de corte	Momento aplicación
Escala de Edimburgo	Embarazo	18 años y más	12/13	Segundo control
	Posparto	No descrito	9/10	2 y 6 meses

El mejor momento para aplicar la Escala de Depresión de Edimburgo es a las ocho semanas posparto ya que coincide con el período de máxima incidencia de la depresión puerperal y además, con la disminución de los síntomas atribuibles a un período adaptativo normal (30).

Riesgos de no tratar la depresión posparto

En cuanto a las consecuencias de la DPP, Barnett y col., mostraron que las jóvenes adolescentes con depresión posparto, tenían un riesgo relativo de 1,44 en relación a las no deprimidas de presentar un segundo embarazo entre los 12 y 24 meses posparto. Según algunos autores, respecto a la relación madre-hijo, reportaron una asociación estadísticamente significativa entre síntomas depresivos y peor interacción de las madres adolescentes con sus hijos(as) al momento de alimentarlo, concluyeron que hijos(as) de adolescentes deprimidas, mostraban menor talla, menor circunferencia craneana y mayor morbilidad entre los 3 y 6 meses de edad (10).

Actualmente, un número importante de estudios, revelan numerosos efectos adversos asociados a la depresión materna posparto. Estas investigaciones han encontrado efectos negativos a nivel del vínculo madre-hijo(a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos. Hay y cols, encontraron que los preadolescentes cuyas madres presentaron una depresión a los tres meses del parto, tuvieron coeficientes intelectuales significativamente más bajos que los niños cuyas madres no se deprimieron en ese período (31).









En otro estudio, se describe una asociación entre DPP materna y violencia en los hijos(as) durante la pre adolescencia, Además, la depresión puerperal no sólo puede afectar el modo como la madre se relaciona con su hijo, sino también como lo percibe. Se ha visto que las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y que los consideran más difíciles de criar, que las madres controles no deprimidas (32).

IV. Protocolo de detección y Apoyo al Tratamiento de Mujeres con Depresión durante el Embarazo y Posparto

1. Detección de la depresión en controles del embarazo.

a. IDENTIFICAR A LAS MUJERES EN RIESGO DE DESARROLLAR DEPRESIÓN

Para la identificación de mujeres en riesgo de desarrollar depresión, es fundamental aprovechar los momentos en que acuden a los centros de salud. Los controles pueden ser un marco propicio para explorar la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de depresión en el período gestacional. (35) (36)

1.1. PAUTA EXPLORACIÓN FACTORES DE RIESGO EPISODIO DEPRESIVO EN EMBARAZADAS			
FACTOR A EXPLORAR	PRESENTE	AUSENTE	EFECTO DE RIESGO
- Antecedentes familiares de depresión (especialmente la madre)			
- Antecedentes familiares de suicidio			
- Antecedentes familiares de otros trastornos mentales (del estado de ánimo, de ansiedad, debido al uso de sustancias)			
- Ansiedad Materna			
- Falta de apoyo social, especialmente de la pareja			
- Violencia doméstica			
- Embarazo no deseado			
- No vivir con la pareja			

b. APLICACIÓN INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE EN CONTROLES DEL EMBARAZO

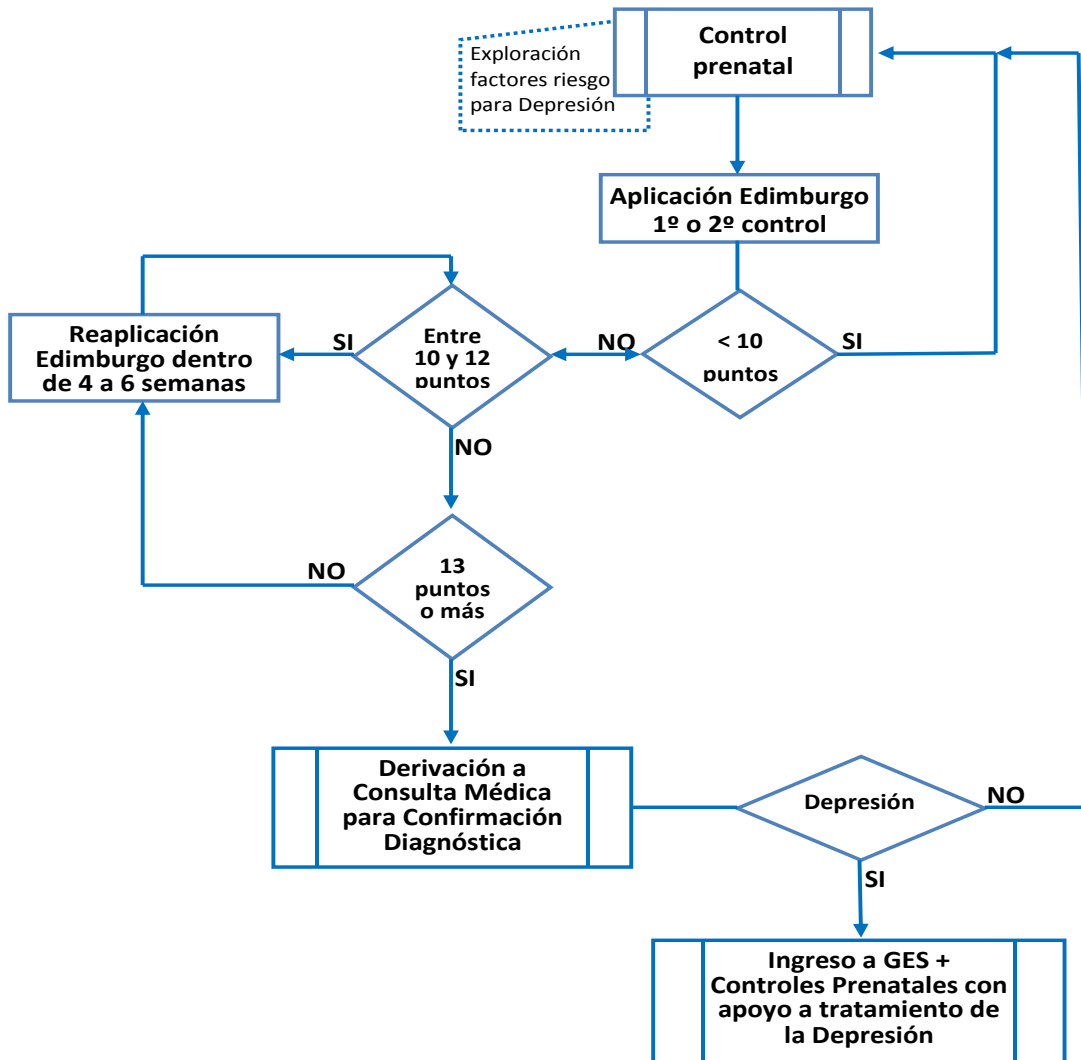
Los instrumentos de tamizaje tienen por fin aumentar la detección precoz de pacientes con depresión, con el fin de que más personas reciban tratamiento adecuado, y realizar intervenciones preventivas dirigidas a pacientes con alto riesgo.

Sirven únicamente para **detectar** una **posible depresión**, y será necesario **confirmar posteriormente el diagnóstico** mediante **entrevista clínica**(33)(34).

En Chile se recomienda el uso de la Escala de Depresión de Edimburgo (41), para la detección de la depresión en el período gestacional.

El mejor momento para aplicar la Escala de Depresión de Edimburgo en el embarazo es en el control de ingreso o en el segundo control de embarazo, repitiéndose su aplicación a las 4 a 6 semanas posteriores si el puntaje obtenido está entre los 10 y 12 puntos.

ALGORITMO DETECCIÓN DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO



c. INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS DURANTE EL EMBARAZO

La mayoría de las personas con depresiones leves a moderadas, pueden tratarse exclusivamente con intervenciones psicosociales (ver Guía Clínica para el Tratamiento de la Depresión en personas de 15 años y más). (42)

Las técnicas de relajación, la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia de apoyo, pueden ser muy útiles para tratar la ansiedad, que en forma frecuente acompaña la depresión(3).

Para lograr los objetivos del tratamiento, es fundamental realizar una evaluación diagnóstica integral, incluyendo tanto la salud física, las manifestaciones emocionales, fisiológicas y conductuales de la depresión, como los antecedentes personales y familiares y la situación de vida actual.

El tratamiento, debe estar basado en una adecuada y prolongada relación entre el equipo tratante y la gestante, de modo de lograr una alianza terapéutica. Así mismo, el tratamiento debe estructurarse en planes de tratamiento individuales, donde la duración e intensidad de las intervenciones están determinadas por la severidad de los síntomas y la respuesta terapéutica.

La evidencia internacional muestra que el modelo de tratamiento por niveles escalonados ha mostrado ser el más eficiente (Ver Guía Clínica para el tratamiento de la Depresión en personas de 15 años y más).(42)

Durante el embarazo es recomendable, iniciar el tratamiento con opciones terapéuticas no farmacológicas tales como la consejería, la intervención psicosocial grupal, individual y familiar, la psicoeducación individual y familiar, los grupos de autoayuda. En todo caso, la decisión de usar o no psicofármacos durante la gestación debe ser siempre individualizada y basada en un exhaustivo análisis de los riesgos y beneficios. (Ver Guía Clínica para el tratamiento de la Depresión en personas de 15 años y más). (42)

Considerando que todos los psicotrópicos atraviesan la placenta, se recomienda evitar en lo posible su uso durante las 12 primeras semanas de gestación, sin embargo, existe evidencia de que el uso de estos fármacos durante las 2 primeras semanas de embarazo (es decir, entre la concepción y la primera menstruación ausente) no expondrían al embrión en desarrollo, porque la circulación útero placentaria aún no se ha formado.










Se deberá derivar a especialidad psiquiátrica y tratar como alto riesgo obstétrico, cuando se presente alguna de las siguientes 4 condiciones:

- Episodio Depresivo Grave con Síntomas Psicóticos
- Episodio Depresivo actual en Trastorno Bipolar
- Episodio Depresivo con Alto Riesgo Suicida
- Depresión Refractaria (resistente a tratamiento)

2. DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN CONTROLES POSPARTO.

2.1. IDENTIFICAR A LAS MUJERES EN RIESGO DE DESARROLLAR DEPRESIÓN

Para la identificación de mujeres en riesgo de desarrollar depresión durante el posparto, es fundamental aprovechar los momentos en que acuden a los centros de salud. Los controles pueden ser un marco propicio para explorar la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de depresión en este período.

1.2. PAUTA EXPLORACIÓN FACTORES DE RIESGO EPISODIO DEPRESIVO EN EL POST PARTO			
FACTOR A EXPLORAR	PRESENTE	AUSENTE	EFECTO DE RIESGO
- Antecedentes personales de depresión en cualquier período de la vida.			
- Antecedentes familiares de depresión (especialmente la madre).			
- Antecedentes familiares de suicidio.			
- Antecedentes familiares de otros trastornos mentales (del estado de ánimo, de ansiedad, debido al uso de sustancias).			
- Depresión durante el embarazo			
- Bajo nivel de escolaridad			
- Violencia doméstica			
- Bajos niveles de apoyo social			
- Acontecimientos vitales estresantes durante el embarazo o período posnatal.			

2.2 APLICACIÓN INSTRUMENTOS DE TAMIZAJE EN CONTROLES POSNATALES

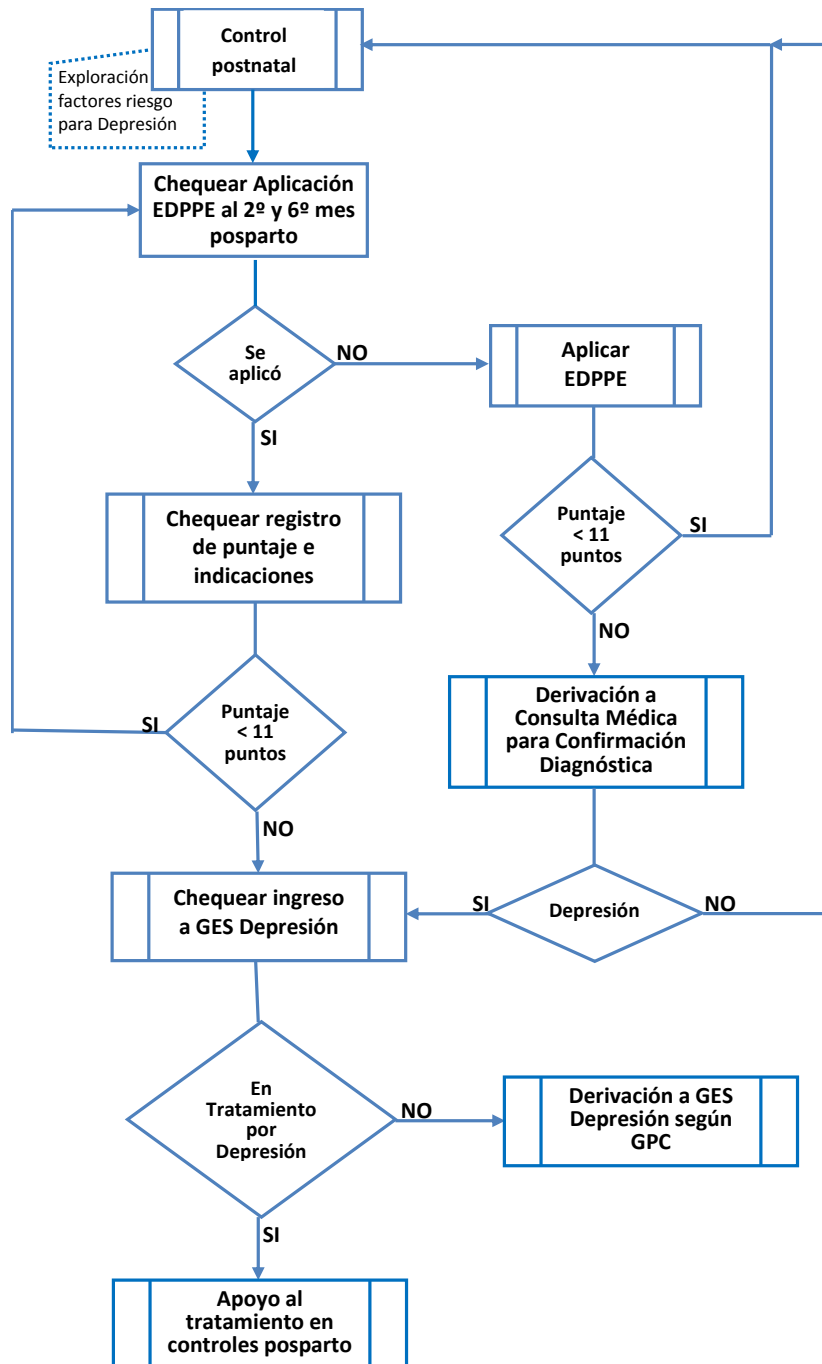
En Chile se recomienda el uso de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, para la detección de la depresión en el post parto. Este instrumento fue validado por Jadresic E, Araya R, Jara C. en 1995 (Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. J Psychosom Obstet Gynaecol. 1995 Dec; 16(4):187-91(29)).

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo es una forma eficaz de identificar a las pacientes en riesgo de depresión. Las madres que obtengan un puntaje de 10 puntos o más, o un puntaje distinto a 0 en la pregunta nº 10, es probable que estén sufriendo un episodio depresivo de diversa gravedad.

La escala explora que ha sentido la madre **durante la semana anterior**. En caso de duda puede ser útil repetir la escala después de 2 semanas. Esta no detectará las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Durante el posparto se debe aplicar a las ocho semanas posteriores al parto ya que coincide con el período de máxima incidencia de la depresión puerperal y además, con la disminución de los síntomas atribuibles a un período adaptativo normal (30) y repetir a los 6 meses post parto.

ALGORITMO DETECCIÓN DEPRESIÓN EN EL POSPARTO



3. Detección de la Suicidalidad en mujeres con Depresión durante el embarazo y el posparto

La OMS ha definido el suicidio como “Todo acto por el que un individuo *se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable en la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil*”.

Los trastornos mentales, entre ellos la depresión, es uno de los factores más relevantes asociado a la conducta suicida(35), para la cual se reconocen los siguientes conceptos:

- Suicidabilidad: un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida.
- Ideación Suicida: pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método.
- Parasuicidio (o Gesto Suicida): acción destructiva no letal que se considera un pedido de ayuda o una manipulación sin intenciones serias de quitarse la vida.
- Intento Suicida: Conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte no logrando la consumación de ésta.
- Suicidio Consumado: Término que una persona en forma voluntaria e intencional hace de su vida. La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación.

Es ampliamente conocido que identificar oportunamente el riesgo suicida es una de las medidas más importantes para la prevención de la conducta suicida (36).

A continuación se presenta la clasificación del riesgo suicida y guías para su detección (37):

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Riesgo Leve: hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño. No hay intención evidente aunque si hay ideación suicida. La persona es capaz de rectificar su conducta y hacerse autocrítica.

Riesgo Moderado: existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.

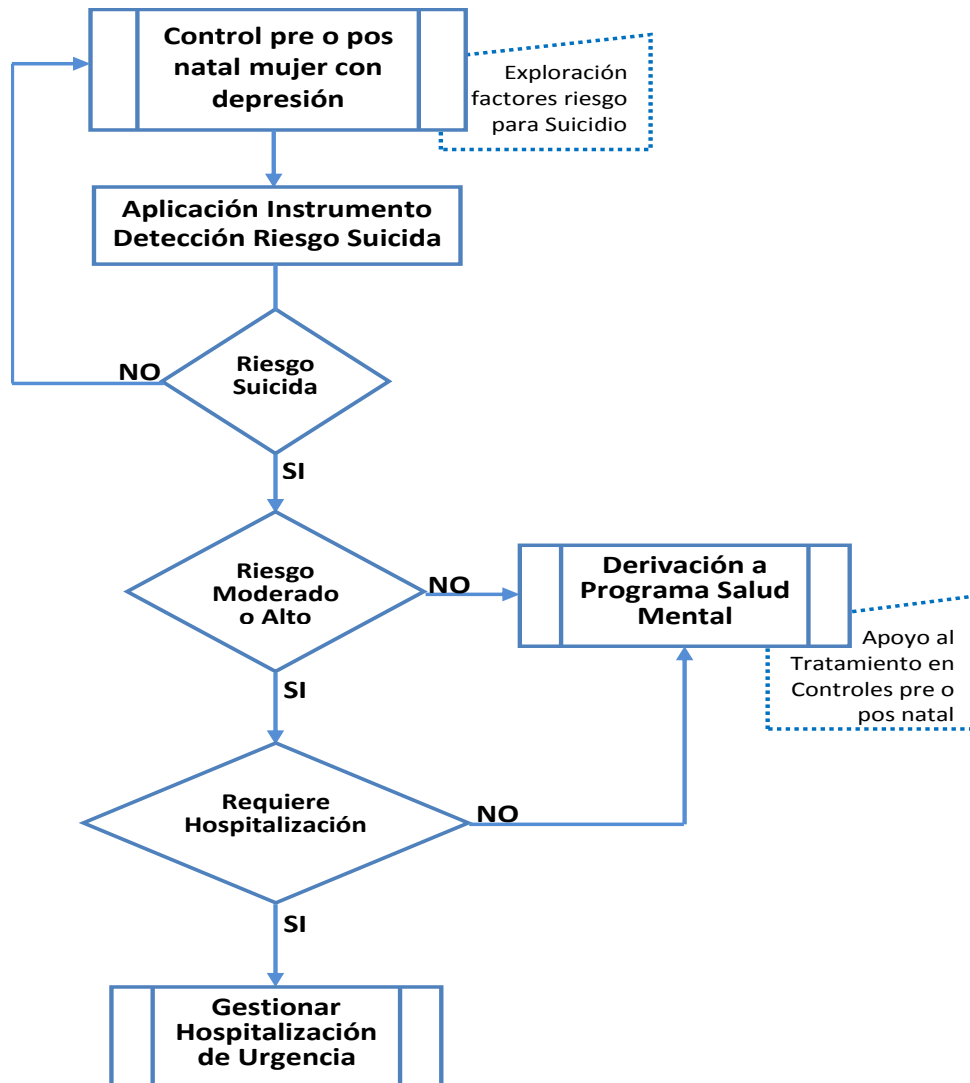
Riesgo Grave: hay una preparación concreta para hacerse un daño. Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas.

Riesgo Extremo: varios intentos de auto eliminación con varios factores de riesgo, pueden estar presente como agravante la auto agresión.

TABLA N° 4: Criterios para hospitalización de personas con alto riesgo suicida

Indicaciones de hospitalización
<ul style="list-style-type: none">- Elevada intención suicida.- Ideación suicida severa con intentos de suicidio con alta letalidad y/o utilización de método violento (ahorcamiento, arma de fuego, etc.).- Intento de suicidio ampliado con homicidio de hijos y cónyuge, pacto suicida.- Uso de más de un método simultáneamente.- Intentos suicidas repetidos en lapso más bien breve.- Motivación altruista.- Ideación suicida post intento, con reafirmación y/o decepción frente a la sobrevida.- Rechazada.- Imposibilidad de establecer una alianza terapéutica.- Escasa red de apoyo psicosocial.

ALGORITMO DETECCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO EN MUJERES CON DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO O POSPARTO



4. Apoyo al tratamiento de la depresión en mujeres en control pre y postnatal

El efecto del tratamiento de la depresión en el embarazo y el posparto no sólo impacta en el bienestar de la madre sino además en la relación madre-hijo y en el desarrollo del niño(38).

Se recomienda que en los controles de embarazo y posparto el profesional explore:

- Asistencia a controles de tratamiento de depresión
- Prescripción de fármacos con fines antidepresivos
- Presencia de posibles efectos adversos de los fármacos
- Adherencia al tratamiento farmacológico
- Aspectos psicosociales que pueden dificultar la adherencia al tratamiento

MONITOREO DE ASISTENCIA A CONSULTAS DE TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN

Se puede entregar a la paciente un calendario en el cual se señalen las consultas por depresión, así como las dosis de fármacos, cuando corresponda. Este calendario puede ser trabajado en conjunto entre el profesional de salud y la paciente.

CALENDARIO CONTROLES Y MANEJO FÁRMACOS						
Lunes Dosis 1: Dosis 2:	Martes Dosis 1: Dosis 2:	Miércoles Dosis 1: Dosis 2:	Jueves Dosis 1: Dosis 2:	Viernes Dosis 1: Dosis 2:	Sábado Dosis 1: Dosis 2:	Domingo Dosis 1: Dosis 2:
Lunes Dosis 1: Dosis 2:	Martes Dosis 1: Dosis 2:	Miércoles Dosis 1: Dosis 2:	Jueves Dosis 1: Dosis 2:	Viernes Dosis 1: Dosis 2:	Sábado Dosis 1: Dosis 2:	Domingo Dosis 1: Dosis 2:
Lunes Dosis 1: Dosis 2:	Martes Dosis 1: Dosis 2:	Miércoles Dosis 1: Dosis 2:	Jueves Dosis 1: Dosis 2:	Viernes Dosis 1: Dosis 2:	Sábado Dosis 1: Dosis 2:	Domingo Dosis 1: Dosis 2:
Lunes Dosis 1: Dosis 2:	Martes Dosis 1: Dosis 2:	Miércoles Dosis 1: Dosis 2:	Jueves Dosis 1: Dosis 2:	Viernes Dosis 1: Dosis 2:	Sábado Dosis 1: Dosis 2:	Domingo Dosis 1: Dosis 2:
Lunes Dosis 1: Dosis 2: CONTROL	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

PREGUNTE:

CUANDO NO HA PODIDO ASISTIR ¿A QUÉ SE DEBE?

MONITOREO DEL USO DE FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS EN EL EMBARAZO Y POSPARTO




Si bien durante el embarazo y la lactancia, los fármacos no se recomiendan como primera línea de tratamiento, estos deben utilizarse cuando haya un claro beneficio que compense los riesgos potenciales(20).

Las terapias basadas en estrógenos y progesterona para el tratamiento de la depresión posparto, cuentan con poca evidencia, sin embargo el impacto del estrógeno en mujeres con depresión grave parece ser positivo. Las preocupaciones relativas a los efectos adversos de los estrógenos como la hiperplasia endometrial y los eventos trombóticos limitan su uso(20).

Se recomienda que en los controles de embarazo y posparto el profesional explore la presencia de los efectos adversos más comunes de los fármacos utilizados con fines antidepresivos.

Dado que algunos efectos adversos pueden confundirse con el síndrome de discontinuación de los antidepresivos, el profesional debe estar seguro de la adherencia correcta al medicamento. Esto es especialmente relevante en las embarazadas, ya que un estudio naturalístico mostró que las mujeres que discontinuaron el tratamiento farmacológico al momento del embarazo tuvieron más recaídas que aquellas que mantuvieron el tratamiento (39).

PAUTA DE CHEQUEO DE POSIBLES EFECTOS ADVERSOS

Fármaco:	Dosis:			
Desde que comenzó con el tratamiento farmacológico la paciente reporta la presencia inusual o exacerbada de:				
	Diario 	Semanal 	Menos que semanal 	Nunca
Nauseas				
Insomnio				
Jaquecas				
Cambios del apetito				
Nerviosismo o ansiedad				
Malestar gastrointestinal				
Sudoración				
Disminución de la libido				
Efectos cutáneos				

V. Acciones Recomendadas para el Nivel Primario de Atención:

Capacitación de profesionales del área obstétrica y neonatal en la detección y manejo de la Depresión.

Implementación a partir del año 2014

1º Aplicación de la Escala Depresión de Edimburgo en el ingreso a control prenatal o segundo control prenatal

2º En el caso de las gestantes que presenten entre 10 y 12 puntos, repetir la aplicación de la EDPPE entre 2 - 4 semanas después. Esto se puede realizar en visita domiciliaria o a través de correo electrónico (si las pacientes tienen acceso a él).

3º Derivar a consulta médica para confirmación diagnóstica a gestantes con puntaje de 13 o más en la Escala Depresión de Edimburgo

4º En control de embarazo siguiente, chequear si el diagnóstico fue positivo y el correspondiente ingreso a Garantías Explicitas de Salud (GES). Chequear adherencia al tratamiento de la depresión y seguimiento de las indicaciones

5º Control posparto integral a los 2 y 6 meses: contempla el monitoreo de la aplicación de la Escala Depresión de Edimburgo, aplicarla si no se ha aplicado, además de la detección y seguimiento del riesgo psicosocial, regulación de fertilidad según criterios de elegibilidad y salud sexual.

La matrona o matrn debe:

- Verificar la aplicacin de Escala Depresin de Edimburgo, registro de puntaje e indicacin de intervencin si corresponde, en ficha maternal y agenda salud de la mujer en control a los 2 y 6 meses posparto
- Aplicar Escala Depresin de Edimburgo en control posparto a los 2 y 6 meses, si no se ha aplicado en los controles de salud del ni/a
- Realizar monitoreo y seguimiento de la aplicacin de Escala Depresin de Edimburgo a madres a los 2 y 6 meses posparto.
- Derivar al equipo de cabecera del Centro de Salud, cuando el puntaje de Escala Depresin de Edimburgo sea sugerente de depresin posparto (10 o ms puntos)
- Registro y seguimiento de las madres que estn en tratamiento por depresin posparto, su evolucin y crecimiento y desarrollo del ni.

ANEXO Nº 1 ESCALA DEPRESIÓN DE EDIMBURGO PARA EMBARAZO¹ Y POSPARTO.²

Escala Depresión de Edimburgo para Embarazo y Posparto

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días

1	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	a) Tanto como siempre	
		b) No tanto ahora	
		c) Mucho menos ahora	
		d) No, nada	
2	He disfrutado mirar hacia delante	a) Tanto como siempre	
		b) Menos que antes	
		c) Mucho menos que antes	
		d) Casi nada	
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente	a) No, nunca	
		b) No con mucha frecuencia	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	a) No, nunca	
		b) Casi nunca	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, con mucha frecuencia	
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	a) No, nunca	
		b) No, no mucho	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, bastante	
6	Las cosas me han estado abrumando	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	
		b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	
		c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	a) No, nunca	
		b) No con mucha frecuencia	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
8	Me he sentido triste o desgraciada	a) No, nunca	
		b) No con mucha frecuencia	
		c) Sí, a veces	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	a) No, nunca	
		b) Sólo ocasionalmente	
		c) Sí, bastante a menudo	
		d) Sí, la mayor parte del tiempo	
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	a) Nunca	
		b) Casi nunca	
		c) A veces	
		d) Sí, bastante a menudo	

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada:
a) = 0 puntos; **b)** = 1 punto; **c)** = 2 puntos **d)** = 3 puntos

El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

41. Alvarado, R. Guajardo, V. Rojas, G. Jadresic, E. Informe final Validación de la Escala de Edimburgo para Embarazadas. Santiago; 2012 dic

29. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. J Psychosom Obstet Gynaecol. diciembre de 1995;16(4):187-91

Interpretación

DURANTE EL EMBARAZO	EN EL POSPARTO
Una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión.	Una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de depresión posparto.
Cualquier puntaje distinto de cero 0 en la pregunta N° 10 requiere de devaluación adicional dentro de 24 horas	

Instructivo para la aplicación de la Escala Depresión de Edimburgo para Embarazo y Posparto:

1. Explicar a las gestantes y puérperas que la depresión es una enfermedad frecuente en estas etapas de la vida y que tiene tratamiento, pero que es necesario detectarla lo más tempranamente posible
2. Solicitar a las gestantes y puérperas que marque con una X la alternativa que más se acerca a la forma en que se ha sentido en los últimos 7 días.
3. Especificar que las 10 preguntas deben ser respondidas y que para cada pregunta debe marcar sólo 1 de las 4 alternativas.
4. Si la gestante y puérpera tienen dificultades de lecto-escritura, el profesional o técnico lee las preguntas y las alternativas y espera la respuesta, si pasado un lapso prudente la gestante o puérpera no responde, se le repite la pregunta haciendo una pausa entre cada alternativa
5. En todos los casos, se debe asegurar, que las respuestas provengan de la madre o gestante.

ANEXO Nº 2: ESCALA DE SUICIDALIDAD DE OSAKA

Esta escala está validada en Chile (40), para detectar riesgo suicida en adolescentes y puede ser utilizada por equipos de salud general, profesionales y técnicos de salud e incluso por monitores y agentes comunitarios.

Tiene la ventaja de evaluar el riesgo suicida sin necesidad de realizar un diagnóstico psiquiátrico..

¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?	nunca	0
	casi nunca	1
	algunas veces,	2
	muchas veces	3
¿Has deseado alguna vez estar muerto?	nunca	0
	casi nunca	1
	algunas veces,	2
	muchas veces	3
¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?	nunca	0
	casi nunca	1
	algunas veces,	2
	muchas veces	3
¿Has intentado suicidarte?	ningún intento	0
	un intento	1
	dos intentos	2
	tres o más intentos	3

La sumatoria del puntaje de las 3 primeras preguntas, conforma el subpuntaje de ideación suicida, que puede oscilar entre 0 y 9 puntos.

La puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el subpuntaje de ideación suicida más el puntaje de la pregunta sobre intento de suicidio.

La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos. El punto de corte es mayor o igual a 5 puntos.

A mayor puntuación mayor gravedad.

ANEXO Nº 3 ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

(A.T. Beck, A. Weissman, D. Lester, L. Trexler. The measurement of pessimism: The hopelessness scale. J Consult Clin Psychol 1974; 42:861-865)

Evalúa las expectativas de la persona sobre su futuro. Contiene 20 ítems que deben ser respondidos y puede ser auto aplicada.

Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mi mismo	V	F
Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años	V	F
Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
En el futuro espero poder conseguir los que me pueda interesar	V	F
Mi futuro me parece oscuro	V	F
Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
No logro hacer que las cosas cambien y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
Todo lo que puedo ver hacia adelante es más desagradable que agradable	V	F
No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
Cuando miro hacia el futuro espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
Nunca consigo lo que deseo por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
El futuro me parece vago e incierto	V	F
Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

DESCRIPCIÓN

Es una escala diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.

Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio.

Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso.

Las respuestas señaladas como Verdadero en los ítems 2,4,9,11,12,14,16,17,18, y 20 valen un punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos.

Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1,3,5,6,8,10,13,15, y 19 valen un punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

Proporciona una puntuación total, y puntuaciones en tres factores diferentes:

- Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro): La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1,6,13,15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.
- Factor motivacional (pérdida de motivación): La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2,3,9,11,12,16,17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.
- Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro): La Puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems, 4,7,8,14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.

La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 9 y 20.

En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte:

0-3 puntos: Ningún o mínimo riesgo

4-8 puntos: Riesgo bajo (leve) de cometer suicidio

9-14 puntos: Riesgo moderado.

15-20 puntos: Riesgo alto.

Bibliografía

1. MINSAL. Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Santiago: MINSAL; 2007.
2. Mathers C, Fat DM, Boerma JT. The global burden of disease: 2004 update [Internet]. World Health Organization; 2008 [citado 26 de febrero de 2013]. Recuperado a partir de: <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=xrYYZ6Jcfv0C&oi=fnd&pg=PR5&dq=%22and+Research+Cluster+of+WHO.+The+2004+update+of+the+Global+burden+of+disease+was%22+%22out+by+Colin+Mathers+and+Doris+Ma+Fat,+in+collaboration+with+other+WHO+staff,+WHO%22+&ots=t9Xw5k84uh&sig=66LliWZXJhvZi3-3t8DWzrdEFhY>
3. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr. 2010;48(4):269-78.
4. V Lemus, N Yáñez. Estudio descriptivo-comparativo de la sintomatología neurótica depresiva-angustiosa del pre y post parto en mujeres primíparas. Tesis para optar al título de Psicólogo. [Escuela de Psicología]: Universidad Católica de Chile; 1986.
5. E Jadresic, R Araya. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. Rev Méd Chile. 1995;(123):694-9.
6. Lagos P. X, Navarro H. N, Illanes V. E, Bustos M. L. Prevalencia de síntomas biológicos y psicológicos en mujeres perimenopáusicas, según estrato socioeconómico, en la ciudad de Temuco; Prevalence of biological and psychological symptoms in perimenopausal women of different socioeconomic levels Temuco city. Rev Méd Chile. 1998;126(10):1189-94.
7. Dan Bilsker, Larry Myette, Merv Gilbert, Chris Stewart-Patterson. Depression & Work Function: Bridging the Gap Between Mental Health Care & the Workplace [Internet]. 2005. Recuperado a partir de: http://www.comh.ca/publications/resources/dwf/Work_Depression.pdf
8. Smith DJ, Kyle S, Forty L, Cooper C, Walters J, Russell E, et al. Differences in depressive symptom profile between males and females. J. Affect. Disord. 2008;108(3):279-84.
9. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. Rev. Médica Chile. 2010;138(5):536-42.
10. Wolff C, Valenzuela P, Esteffan K, Zapata D. Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. Rev Chil Obstet Ginecol. 2009;74(3):151-8.
11. OMS. Guía de Bolsillo, Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, CIE-10. Ginebra: OMS;
12. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®. American Psychiatric Pub; 2000.

13. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet. Gynecol.* noviembre de 2005;106(5 Pt 1):1071-83.
14. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 1995;166(2):191-5.
15. Whiffen VE, Gotlib IH. Comparison of postpartum and nonpostpartum depression: clinical presentation, psychiatric history, and psychosocial functioning. *J. Consult. Clin. Psychol.* junio de 1993;61(3):485-94.
16. Hendrick V, Altshuler L, Strouse T, Grosser S. Postpartum and nonpostpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depress. Anxiety.* 2000;11(2):66-72.
17. Augusto A, Kumar R, Calheiros JM, Matos E, Figueiredo E. Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol. Med.* 1996;26(1):135-41.
18. Murray D, Cox JL, Chapman G, Jones P. Childbirth: life event or start of a long-term difficulty? Further data from the Stoke-on-Trent controlled study of postnatal depression. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 1995;166(5):595-600.
19. Wisner KL, Peindl KS, Gigliotti T, Hanusa BH. Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *J. Clin. Psychiatry.* 1999;60(3):176-80.
20. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of perinatal mood disorders. A national clinical guideline. Edinburgh; 2012.
21. Stewart DE, Robertson E, Dennis C-L, Grace SL, Wallington T. Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions. *Tor. Univ. Heal. Netw. Women's Heal. Program Tor. Public Heal.* [Internet]. 2003 [citado 26 de febrero de 2013]; Recuperado a partir de: http://www.live.who.int/entity/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf
22. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2010;202(1):5-14.
23. 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.
24. Pawlby S, Hay DF, Sharp D, Waters CS, O'Keane V. Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study. *J. Affect. Disord.* 2009;113(3):236-43.
25. Hay DF, Pawlby S, Waters CS, Perra O, Sharp D. Mothers' antenatal depression and their children's antisocial outcomes. *Child Dev.* 2010;81(1):149-65.

26. Hay DF, Mundy L, Roberts S, Carta R, Waters CS, Perra O, et al. Known risk factors for violence predict 12-month-old infants' aggressiveness with peers. *Psychol. Sci.* 2011;22(9):1205-11.
27. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2004;26(4):289-95.
28. Barnet B, Liu J, Devoe M. Double jeopardy: depressive symptoms and rapid subsequent pregnancy in adolescent mothers. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2008;162(3):246-52.
29. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean Postpartum Women [Internet]. 2009 [citado 27 de febrero de 2013]. Recuperado a partir de: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/01674829509024468>
30. Castañón S C, Pinto L J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev. Médica Chile.* 2008;136(7):851-8.
31. Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual Problems Shown by 11-year-old Children Whose Mothers Had Postnatal Depression. *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2001;42(7):871-89.
32. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Dev.* octubre de 1996;67(5):2512-26.
33. Birmaher B, Brent D, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2007;46(11):1503-26.
34. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein REK, Laraque D. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics.* 2007;120(5):e1299-e1312.
35. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011 - 2020.
36. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2009.
37. MINSAL. Orientaciones técnicas para la Implementación de un Programa Nacional de Prevención del Suicidio. MINSAL; 2012.
38. Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WCS, Helms PJ, Williams JHG. Effects of treating postnatal depression on mother–infant interaction and child development Systematic review. *Br. J. Psychiatry.* 2007;191(5):378-86.

39. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, Nonacs R, Newport DJ, Viguera AC, et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *Jama J. Am. Med. Assoc.* 2006;295(5):499-507.
40. Salvo G L, Melipillán A R, Castro S A. Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr.* 2009;47(1):16-23.
41. Alvarado, R. Guajardo, V. Rojas, G. Jadresic, E. "Informe final Validación de la Escala de Edimburgo para Embarazadas" 2012. Santiago.
42. Ministerio de Saud. Guía Clínica para el Tratamiento de la Depresión en personas de 15 años y más <http://www.minsal.cl/portal/urt/page/minsalcl/g.gesauge/guis.html>