

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

¿Cuál es la experiencia de madres que han participado en programas de prevención del desarrollo de depresión postparto? Propuesta de implementación para madres adolescentes Ecuatorianas
Proyecto de Investigación

Camila María Ordóñez Villamar

Sicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Sicología Clínica

Quito, 12 de diciembre de 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

¿Cuál es la experiencia de madres que han participado en programas de prevención del desarrollo de depresión postparto? Propuesta de implementación para madres adolescentes Ecuatorianas

Camila María Ordóñez Villamar

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Gabriela Romo, MSc.

Firma del profesor

Quito, 12 de diciembre de 2016

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Camila María Ordoñez Villamar

Código: 00107604

Cédula de Identidad: 1714267208

Lugar y fecha: Quito, diciembre de 2016

RESUMEN

Antecedentes: Actualmente, los trastornos depresivos representan un problema de salud pública que está en un aumento (Rojas & cols., 2010). Esto no solo se debe a la frecuencia de aparición, sino también a la falta de prevención. Si bien en muchos casos es difícil prevenir la depresión, se conoce que entre el 30% y el 80% de mujeres embarazadas alrededor del mundo desarrollan depresión postparto (Rojas & cols., 2010). Hay pocos estudios que hablen sobre la prevención de la depresión postparto en poblaciones de riesgo (como es en el caso de este estudio, las madres adolescentes), sin embargo es algo a lo que se le debe enfocar mucha atención, sobretodo en países como Ecuador ya que existen aproximadamente 122,301 madres adolescentes (INEC, 2016). **Metodología:** Para esta investigación se utiliza una revisión literaria y análisis de documentos en donde se pueda ver una variedad de intervenciones. Se buscan participantes entre los 12 y 19 años de edad que estén embarazadas o que ya hayan tenido al bebé recientemente y que sean ecuatorianas, quienes decidan participar voluntariamente en las intervenciones. Se reclutará a las participantes por medio de una carta en el Hospital Maternidad Mariana de Jesús (Guayaquil). **Resultados:** Los resultados esperados según la revisión literaria fueron: mejoría en el funcionamiento psicológico de las participantes, reducción de síntomas de la depresión postparto, mejoría en el vínculo madre-hijo. **Conclusiones:** La intervención precoz cuando existen síntomas de depresión postparto tiene efectos positivos tanto en la madre, como en el hijo. A pesar de que se ha podido ver que el diagnóstico de este tipo de depresión muchas veces no se llega a realizar debido a que se confunde con el *post partum blues* o simplemente se atribuye a los cambios hormonales y ajustes sociales y psicológicos de la madre, es importante conocer los síntomas y factores de riesgo para realizar un diagnóstico en los casos que sea necesario. La psicoterapia en sus distintas modalidades demuestra tener efectos positivos y muy importantes tanto en la madre como en el hijo.

Palabras clave: depresión, depresión postparto, DSM-V, psicoterapia, psicofármacos, madre adolescente.

ABSTRACT

Background: Currently, depressive disorders represent a public health problem that is increasing (Rojas et al., 2010). This is not only due to the frequency of occurrence, but also to the lack of prevention. Although in many cases it is difficult to prevent depression, it is known that between 30% and 80% of pregnant women around the world develop postpartum depression (Rojas et. al., 2010). There are few studies that talk about the prevention of postpartum depression in at-risk populations (as in the case of this study, adolescent mothers). However, it is an important area that need more research especially in countries such as Ecuador since there are approximately 122,301 adolescent mothers (INEC, 2016). **Methodology:** This research uses a literary review and analysis of documents in which a variety of interventions can be seen. The participants are women between the ages of 12 and 19 who are pregnant or who have had the baby recently and who are Ecuadorians. Also, they have to be willing to participate voluntarily in the interventions. The participants will be recruited by means of a letter at the Hospital Maternidad Mariana de Jesús (Guayaquil). **Results:** The expected results according to the literary review were: improvement in the psychological functioning of the participants, reduction of symptoms of postpartum depression and improvement in the mother-child bond. **Conclusions:** Early intervention when there are symptoms of postpartum depression has positive effects on both the mother and the child. Although it has been seen that the diagnosis of this type of depression is often not achieved because it is confused with post partum blues or is simply attributed to hormonal changes and social and psychological adjustments of the mother, it is important to know the symptoms and risk factors to make a diagnosis. Psychotherapy in it`s different modalities shows to have positive and very important effects in the mother an in the child.

Key words: depression, postpartum depression, DSM-V, psychotherapy, psychoactive drugs, adolescent mother.

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| Introducción | 8 |
| INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA | 10 |
| Antecedentes | 10 |
| El problema | 12 |
| Pregunta de investigación | 13 |
| REVISIÓN DE LA LITERATURA | 15 |
| Revisión de literatura | 15 |
| Formato de la revisión de la literatura | 15 |
| METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN | 33 |
| Justificación de la metodología seleccionada | 33 |
| Herramientas de investigación utilizadas | 34 |
| Descripción de participantes | 34 |
| Reclutamiento de los participantes..... | 34 |
| RESULTADOS ESPERADOS | 36 |
| Discusión | 38 |
| Limitaciones del estudio..... | 40 |
| Recomendaciones para futuros estudios | 41 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 42 |
| ANEXO A: SOLICITUD PARA LA APROBACIÓN DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN | 46 |
| ANEXO A: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 52 |
| ANEXO B: CARTA DE INVITACIÓN A PARTICIPAR EN EL ESTUDIO | 56 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla # 1: Clasificación del riesgo que representan los psicofármacos para el feto según la FDA..... | 27 |
| Tabla # 2: Antidepresivos más utilizados y la categoría del riesgo a la que pertenecen..... | 28 |

INTRODUCCIÓN

Se conoce que la adolescencia es un periodo de transición muy importante que prepara a los seres humanos para la adultez. Esta etapa se caracteriza por la presencia de “un nivel óptimo de salud” (Quintero & Rojas, 2015), así como por ser una etapa de mucha incertidumbre (Quintero & Rojas, 2015) ya que la persona establece un sentido de identidad, empieza a experimentar muchas cosas nuevas, se forman nuevos lazos interpersonales, se busca independencia y además es un factor muy importante para predecir la calidad de la vida adulta (Quintero & Rojas, 2015). Una de las cosas con las que se empieza a experimentar es la sexualidad (Quintero & Rojas, 2015). Sin embargo, en muchos de los casos no se cuenta con conocimientos apropiados, ni métodos de planificación familiar o de cuidado para prevenir embarazos precoces o enfermedades de transmisión sexual (Mancilla, 2012).

Se considera que el embarazo durante la adolescencia es un problema de salud pública (Mancilla, 2012). Para el 2012 se conocía que “el número de nacimientos de hijos de madres adolescentes asciende a 16 millones cada año alrededor del mundo” (Mancilla, 2012) y que “se practican aproximadamente 3 millones de abortos no seguros cada año” (Mancilla, 2012) en madres adolescentes. Dentro de la investigación se ha podido ver que en muchos de los casos de madres adolescentes no cuentan con una pareja estable ni con el apoyo de su familia y no logran realizar y/o terminar sus estudios. Además, no tienen estabilidad económica (Mancilla, 2012).

Dentro del Ecuador, se ha visto que para el año 2016, existen 122.301 madres adolescentes (INEC, 2016). De éstas, 44,1% tuvieron su primer hijo entre los 15 y 19 años de edad, 35,2% entre los 20 y 24 años de edad y 2,4% entre los 12 y 14 años de edad (INEC, 2016).

Alrededor del mundo se ha podido ver que una de las consecuencias más comunes de un embarazo adolescente, es el desarrollo de depresión postparto. Esta condición se define como

“un episodio de ánimo depresivo y/o anhedonia, sentimientos de culpa, dificultad para tomar decisiones, y síntomas somáticos tales como fatiga, cambios en el apetito y en el patrón de sueño-vigilia” (Wolff, Valenzuela, Esteffan, & Zapata, 2009). Se lo distingue de un episodio depresivo ya que se presenta en las primeras cuatro semanas después del parto, aunque hay ocasiones en donde esto llega a aparecer hasta un año después (Wolff & cols., 2009). Se estima que existen alrededor de 30 a 200 casos de depresión post parto por cada 1000 nacimientos alrededor del mundo (Almeida & Toscano, 2013).

A pesar de que hay mucha investigación respecto a la eficacia de la terapia cognitiva conductual en el tratamiento de la depresión postparto, todavía se debe seguir investigando respecto a la prevención de la misma (Nardi, Bellantuono, & Moltedo-Perfetti, 2012).

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

El embarazo adolescente en mujeres ecuatorianas ha estado aumentando a un ritmo alarmante con el pasar de los años. En el año 2001 se registró una cantidad de 105 405 de madres a nivel nacional y para el 2012 habían 122 301, de éstas, el 44,1% se encontraban entre los 15 y los 19 años de edad (UNFPA Ecuador, 2015). Debido a la edad de estas mujeres, muchos de sus embarazos son “no deseados”, y por esto, se ha convertido en un problema de salud pública (Mancilla, 2012). De acuerdo con la investigación que se ha realizado dentro del Ecuador, algunas de las principales causas del embarazo adolescente son: “desconocimiento de la sexualidad, inestabilidad familiar, baja autoestima, no usar protección contraceptiva, búsqueda de afecto por parte de su pareja y problemas domésticos” (Rodríguez, 2013) en donde el embarazo es una forma de escape.

Estos factores hacen que estas madres sean más propensas a desarrollar un trastorno de depresión postparto (Rodríguez, 2013). Debido a la gran similitud que tiene la depresión postparto con el trastorno de depresión mayor, se ha podido ver que la terapia cognitiva conductual es muy efectiva al momento del tratamiento. Sin embargo, hay muy poca investigación respecto a la prevención del desarrollo de depresión postparto. Dentro de la población de madres adolescentes, esto es muy importante ya que son mucho más propensas a desarrollarla que madres que tienen un plan familiar.

Antecedentes

Actualmente, los trastornos depresivos representan un problema de salud pública que está en un aumento (Rojas, Fritsch, Guajardo, Rojas, Barroilhet & Jadresic, 2010). Esto no solo se debe a la frecuencia de aparición, sino también a la falta de prevención. Si bien en muchos casos es difícil prevenir la depresión, se conoce que entre el 30% y el 80% de mujeres embarazadas

alrededor del mundo desarrollan depresión postparto (Rojas & cols., 2010). Es importante tomar en cuenta que en los países emergentes es donde más ocurre ya que el nivel socioeconómico bajo se considera como un factor de riesgo (Rojas & cols., 2010).

Otro factor de riesgo que se toma en cuenta dentro de esta investigación es la edad de las madres. Se considera que la adolescencia es una etapa en donde aunque se tenga “un nivel óptimo de salud” (Mancilla, 2012), la persona se expone a muchos riesgos ya que se encuentra en un proceso de identificación (Mancilla, 2012). Algunos ejemplos de lo que sucede dentro de este proceso son: consumo de alcohol y drogas, fumar, tener varias parejas sexuales, no usar protección al momento de tener relaciones sexuales e inicio precoz de la sexualidad (Mancilla, 2012).

De acuerdo con los autores León, Minassian, Borgoño y Bustamante (2008), se considera a las madres adolescentes como una población de riesgo ya que no pueden iniciar/terminar sus estudios, sufren de rechazo por parte de su familia y muchas veces por parte de sus pares, presentan problemas económicos y de forma adicional son más propensas a tener complicaciones durante el embarazo (León, Minassian, Borgoño & Bustamante, 2008). Mencionan también que, “la madre adolescente además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no es psicológicamente madura a nivel cognitivo y afectivo” (León y cols., 2008) así como tampoco tiene la postura económica necesaria (León y cols., 2008).

Se conoce que la depresión postparto no solamente tiene un efecto negativo en la madre, sino también en el hijo (Chabrol, Teissedre, Saint-Jean, Teisseyre, & Rogué, 2002). De acuerdo a un estudio realizado en el Reino Unido, la mayoría de casos en donde una madre presenta una depresión preparto pasa desapercibida y no recibe el tratamiento necesario y en el resto de casos,

las madres no desean someterse a un tratamiento farmacológico debido a su embarazo y futuro proceso de lactancia (Chabrol y cols., 2002).

Hay pocos estudios que hablen sobre la prevención de la depresión postparto en poblaciones de riesgo (como es en el caso de este estudio, las madres adolescentes), sin embargo es algo a lo que se le debe enfocar mucha atención, sobretodo en países como Ecuador ya que existen aproximadamente 122,301 madres adolescentes.

El problema

Como se ha mencionado anteriormente, aunque la depresión postparto es común en madres alrededor del mundo, las madres adolescentes se consideran como una población de riesgo. Se puede concluir esto ya que cuentan con algunos factores que son los que las hacen más propensas a tener dificultades que el resto de la población. Estos mencionados factores de riesgo son:

“baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso, uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual, uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos, estilos violentos de resolución de conflictos, madres poco accesibles, madres con embarazos precoces, padre ausente, carencias afectivas e inicio precoz de la actividad sexual”

(Baeza, Póo, Vásquez, Muñoz, & Vallejos, 2007).

De manera adicional, según Rojas y colaboradores (2010), las madres adolescentes que se encuentran en países emergentes tienen tres veces más probabilidades de desarrollar depresión postparto que madres adolescentes en otros países (Rojas y cols., 2010).

Es importante buscar la prevención del desarrollo de esta condición en mujeres que se encuentran en un mayor riesgo de padecerlas ya que esto tiene consecuencias tanto en la madre

como en el hijo (Wolff, Valenzuela, Esteffan y Zapata, 2009). Esto, además tiene varios efectos a corto y también a largo plazo sobre la relación e interacción entre la madre y el hijo (Wolff, Valenzuela, Esteffan y Zapata, 2009). Algunos ejemplos son: “mayor interrupción de la lactancia materna exclusiva, menor desarrollo de las habilidades maternas y posibilidades de interacciones positivas entre madre e hijo, así como más problemas cognitivos-conductuales en el niño” (Wolff, Valenzuela, Esteffan y Zapata, 2009).

Debido a que hay una gran cantidad de madres adolescentes en el Ecuador, se debe tener en cuenta la alta probabilidad de que éstas personas desarrollen un trastorno de depresión postparto. Es por este motivo, que el presente trabajo busca recopilar información sobre la prevalencia de este trastorno, así como también formas de tratamiento para poder prevenir el desarrollo de esta condición. Se ha hecho poca investigación a nivel mundial respecto a la prevención del desarrollo de depresión postparto a pesar de que que afecta a muchas mujeres alrededor del mundo. Sin embargo, en la poca investigación disponible que hay, se puede aplicar a poblaciones de riesgo como son por ejemplo las madres adolescentes.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la experiencia de madres que han participado en programas de prevención del desarrollo de depresión postparto? Propuesta de implementación para madres adolescentes Ecuatorianas

El significado del estudio.

Debido a la gran cantidad de madres adolescentes que existen actualmente en el Ecuador, este estudio puede llegar a ser útil para todas estas mujeres que se encuentren dentro de esta población. Si bien cualquier madre puede llegar a desarrollar depresión postparto, es importante tener en cuenta que las madres adolescentes tienen un mayor riesgo de desarrollarla ya que se

consideran como una población de riesgo. De acuerdo con la investigación, en Ecuador no se ha realizado estudios respecto a la prevención del desarrollo de esta condición. Por este motivo, se puede considerar que es un estudio único hasta la actualidad.

Resumen

Por consiguiente, este estudio se basará en la investigación que se ha hecho respecto a la prevención, así como también al tratamiento de síntomas de depresión postparto y se lo pretende implementar como un método de prevención en madres adolescentes ya que tienen un mayor riesgo de desarrollarla. Este estudio tiene relevancia ya que en Ecuador existe un gran número de madres adolescentes, y mediante la prevención del desarrollo de depresión postparto, podrán tener una mejor calidad de vida tanto ellas como sus hijos. A continuación se encuentra la Revisión de Literatura, donde se explicará a profundidad acerca de la depresión postparto, los posibles tratamientos, los riesgos que conlleva ser una madre adolescente y la propuesta de un programa de prevención del desarrollo de la depresión postparto. Esto seguido por la metodología de investigación, el análisis de los datos que se obtuvieron, las conclusiones y finalmente la discusión.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Revisión de literatura

Fuentes.

La información utilizada para la siguiente revisión de la literatura de esta investigación ha sido recopilada de revistas indexadas y artículos científicos. Para poder tener acceso a esta información, se usaron palabras claves como por ejemplo: depresión postparto, embarazo adolescente, terapia cognitiva conductual, depresión, prevención de depresión postparto, tratamiento depresión postparto, madres adolescentes en Ecuador. Esta información fue obtenida de fuentes como EBCO, ProQuest y Jstore.

Formato de la revisión de la literatura

Para poder conseguir información adecuada para la presente investigación, la literatura se revisará en orden de temas. En primer lugar se hará una revisión respecto al embarazo de las madres adolescentes, seguido de una revisión respecto a los embarazos en las adolescentes del Ecuador, seguido por la depresión, depresión postparto, diagnóstico, tratamiento de la depresión postparto, prevención del desarrollo de esta condición y finalmente una revisión de la literatura disponible acerca de las madres adolescentes en Ecuador que hayan desarrollado depresión postparto.

El Embarazo de las madres adolescentes.

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa en donde la persona pasa por muchos cambios en distintos ámbitos de su vida. Se conoce que dentro de esta etapa se forman nuevas relaciones interpersonales que van a perdurar durante la adultez (Mancilla, 2012), algunas de estas convirtiéndose en noviazgos. Éstas relaciones se caracterizan por ser de corta duración, por

tanto, se puede decir que un adolescente tiene múltiples parejas a lo largo de los años (Mancilla, 2012) y se conoce que empiezan a experimentar respecto a la sexualidad.

El embarazo durante la adolescencia se considera como un problema de salud pública ya que los adolescentes no cuentan con información ni planeación adecuada para prevenir embarazos no deseados y/o enfermedades de transmisión sexual (Mancilla, 2012).

Estudios realizados en Estados Unidos en el 2008 revelan que durante los últimos 30 años la edad en la que los adolescentes inician su vida sexual ha ido bajando progresivamente. Para el año 2003, se conocía que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era a los 17 años (León, Minassian, Borgoño, & Bustamante, 2008). Para el año 2005, la edad promedio bajó a los 15,6 años (León & cols., 2008). En un estudio realizado en Chile en el año 2003, se pudo ver que 35,2% de jóvenes entre los 15 y los 19 años de edad eran sexualmente activos, y de los 19 hasta los 24 años el 84,5% (León & cols., 2008). De manera general, se ha visto que en América Latina, “entre un 15-25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años” (León & cols., 2008).

Se conoce que entre el 73% y el 93% de éstas adolescentes se embarazaron dentro de los primeros 6 meses de relación. Y de éstas, el 60% vuelve a embarazarse dentro de los primeros 2 años después de haber tenido el bebé (León & cols., 2008).

Los autores Baeza, Póo, Vásquez, Muñoz y Vallejos (2007), realizaron un estudio mediante un grupo focal con madres adolescentes entre los 15 y los 19 años de edad en el Hospital Hernán Henríquez Aravena (Chile). Dentro de este estudio se pudieron identificar ciertos factores de riesgo, así como también factores protectores (Baeza, María, Vásquez, Muñoz, & Vallejos, 2007). Dentro de los factores de riesgo, se hizo una división en dos categorías. Dentro de la primera se encuentran los factores: falta de uso de métodos

anticonceptivos, baja autoestima, falta de conocimiento sobre sexualidad y “amor romántico” (Baeza & cols., 2007). Y dentro de la segunda categoría se encuentran los factores: límites familiares estrechos, negligencia paterna, padres ausentes del hogar y familia poco acogedora (Baeza & cols., 2007). A continuación se puede ver una descripción detallada.

Primera categoría:

- Falta de uso de métodos anticonceptivos: se encontró que esto sucede debido a que se olvidan de tomarlo (en los casos que la administración sea oral), temor a subir de peso, tienen poco acceso a ellos y/o vergüenza de solicitarlos (Baeza & cols., 2007).
- Baja autoestima: reportan que tienen miedo a perder a su pareja actual por negarse a tener relaciones sexuales o por exigirles a usar preservativos si el hombre no quiere (Baeza & cols., 2007).
- Falta de conocimiento sobre sexualidad: Se reporta que a pesar de que en algunos casos se tiene conocimientos respecto a los métodos anticonceptivos, no saben cómo usarlos y la mayoría no tienen acceso a información respecto a la sexualidad ya que sus padres pertenecen a niveles educacionales bajos. Debido a esto, se ha podido ver que éstas adolescentes tienen conocimientos erróneos como por ejemplo que “en la primera relación sexual no existe riesgo de embarazo” (Baeza & cols., 2007).
- Amor romántico: esto se refiere a que éstas adolescentes “justifican la actividad sexual e incluso el embarazo, con la existencia de un sentimiento de amor idealizado” (Baeza & cols., 2007).

Segunda categoría:

- Límites familiares estrechos: se refiere a que las adolescentes viven bajo límites muy

estrictos, lo que no les da oportunidad a experimentar ni crecer en libertad (Baeza & cols., 2007). “Manifiestan falta de autonomía y libertad para la toma de decisiones, especialmente en el ámbito de la vida emocional y social” (Baeza & cols., 2007).

- Negligencia paterna: falta de establecimiento de límites por parte de los padres hacia los hijos y en caso de las adolescentes, esto se percibe como desinterés y falta de apoyo por parte de los padres (Baeza & cols., 2007).
- Padres ausentes del hogar
- Familia acogedora: la dinámica de la familia no logra cubrir las necesidades afectivas de las adolescentes y se sienten solas (Baeza & cols., 2007).

De acuerdo con la investigación realizada por la autora Dois Castellón (2012) y Rojas y sus colaboradores (2010), otros factores de riesgo son: antecedentes de depresión o depresión postparto anterior, falta de redes de apoyo, antecedentes de ansiedad, estado civil soltera, antecedentes de problemas mentales, disfunción tiroidea, cambios hormonales, parto prematuro, mala relación de pareja, edad, etnia, religión, antecedentes de abuso sexual (Dois Castellón, 2012), embarazos no deseados y nivel socioeconómico bajo (Rojas & cols., 2010).

Por otro lado, existen también factores protectores para las adolescentes que están embarazadas o que ya son madres. Aquí se pueden ver la “capacidad reflexiva y el proyecto de vida” (que puedan generar un proyecto de vida como por ejemplo el continuar con sus estudios, buscar independencia económica y/o establecer una relación de pareja estable) (Baeza & cols., 2007), familia cuidadora (esto se refiere a que existe comunicación, confianza, compañía, cariño) y límites claros (esto se refiere a que saben qué reglas deben seguir y pueden dialogar con los demás miembros de la familia) (Baeza & cols., 2007).

Embarazo en las adolescentes del Ecuador.

Se ha podido ver que existe poca información respecto a las madres adolescentes en Ecuador. El último estudio que se hizo fue en el año 2011 y gran parte de la investigación se ha hecho en madres en general (es decir, de todas las edades). Sin embargo, a partir de los estudios realizados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), se ha podido ver que hasta el año 2011 existían 3,645,167 madres de todas las edades a nivel nacional. De éstas, 122, 301 eran adolescentes (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011).

De acuerdo al rango de edades, se encontró que el 3,4% de éstas madres se encontraban entre los 12 y los 19 años de edad (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011). Se puede ver que dentro de esta población, 5,2% de las madres son afroecuatorianas, 4,3% indígenas, 4,1% montubias, 3,5% “otras”, 3,1% mestizas y 2,8% blancas. Adicionalmente, se encontró que el 81,4% de las madres adolescentes tiene un hijo, el 16% tiene dos, el 1,9% tiene 3, el 0,6% tiene 4 hijos y por último, el 0,1% tiene 5 hijos (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011).

La investigación también indica que dentro del rango de edades de 12-14 años, el 2,4% de adolescentes son madres por primera vez (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011). Dentro del rango de edades de 15-19 años, el 44,1% de adolescentes son madres por primera vez y por último, entre el rango de edades de 20-24 años, el 35,2% de jóvenes adultas son madres por primera vez (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2011).

Depresión.

La depresión se considera como “un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida)” (Guía Salud, 2015). La

depresión tiene muchas causas (biológicas, hereditarias, sociales, económicas y/o ambientales), y es por este motivo que hasta la actualidad no se ha podido delimitar causas específicas.

De acuerdo al *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V), se debe cumplir con el siguiente criterio para tener un diagnóstico de depresión mayor:

- A. “Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica” (American Psychiatric Association, 2013).
1. “Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable)” (American Psychiatric Association, 2013).
 2. “Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan)” (American Psychiatric Association, 2013).
 3. “Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada)” (American Psychiatric Association, 2013).

4. “Insomnio o hipersomnia casi todos los días” (American Psychiatric Association, 2013).
 5. “Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)” (American Psychiatric Association, 2013).
 6. “Fatiga o pérdida de energía casi todos los días” (American Psychiatric Association, 2013).
 7. “Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo)” (American Psychiatric Association, 2013).
 8. “Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)” (American Psychiatric Association, 2013).
 9. “Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse” (American Psychiatric Association, 2013).
- B. “Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento” (American Psychiatric Association, 2013).
- C. “El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica (American Psychiatric Association, 2013).

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina

económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerado cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida” (American Psychiatric Association, 2013).

- D. “La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos” (American Psychiatric Association, 2013).
- E. “Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica” (American Psychiatric Association, 2013).

Depresión Postparto.

Hasta mediados de la década de los 80, se mantenía la percepción de que la maternidad era un estado en donde la madre gozaba de bienestar emocional y psicológico (Jadresic, 2010). Sin embargo, en la actualidad se tiene más conocimiento de que la depresión postparto es un trastorno que se asocia a la forma en la que el embarazo y nacimiento del bebé pueden afectar a

la madre y que con el pasar del tiempo, su desarrollo se ha vuelto más común (Dois Castellón, 2012). Se dice que a nivel mundial, este trastorno será la segunda causa de discapacidad más común para el año 2020 (Jadresic, 2010). La depresión postparto es un trastorno depresivo que se presenta en un período específico en la vida de la mujer (Rojas, Fritsch, Guajardo, Rojas, Barroilhet & Jadresic, 2010). Como se ha mencionado previamente, la depresión es un trastornos caracterizado por “ánimo deprimido y/o anhedonia la mayor parte del día, prácticamente todos los días, durante al menos dos semanas, con angustia significativa y/o alteración del funcionamiento personal” (Dois Castellón, 2012).

Se considera que la depresión postparto es “cualquier enfermedad depresiva no psicótica que ocurre en la madre durante el primer año después del nacimiento” (Arranz, Aguirre, Ruiz, Gaviño, Cervantes, Carsi, Camacho & Ochoa, 2008). La depresión postparto si bien cumple con el mismo cuadro diagnóstico de la depresión mayor, se diferencia de la misma ya que aparece entre las 4 y 30 semanas después del nacimiento del bebé (Dois Castellón, 2012). Es por este motivo, que el DSM-V ha creado una categoría en donde se especifica para la etapa de postparto. Para esto, es necesario que la madre desarrolle los síntomas durante el embarazo o en las siguientes 4 semanas después del parto.

De manera adicional, es importante añadir que los estudios han demostrado que las mujeres que desarrollan *postpartum blues* tienen un riesgo más alto de desarrollar un trastorno depresivo (American Psychiatric Association, 2013). Al hablar de *post partum blues*, esto se refiere a que la madre presenta síntomas similares a la depresión postparto, pero dura alrededor de dos semanas únicamente (Oviedo & Jordán, 2006). Adicionalmente, se debe reconocer que no requiere un tratamiento farmacológico ya que es un fenómeno transitorio y leve a pesar de que aparece entre un 75 y 80% de ocasiones (Oviedo & Jordán, 2006). Sin embargo, aunque los

síntomas sean leves, se deben tomar las precauciones necesarias, ya que quien desarrolla esta condición (*post partum blues*) tiene un 20% de probabilidad adicional de desarrollar depresión postparto.

La depresión afecta a quién la padece en cualquier momento de la vida, sin embargo, cuando se asocia con la maternidad, las consecuencias no son solo para la madre sino también para el hijo (Dois Castellón, 2012). Algunas de las principales consecuencias negativas son falta de bienestar del recién nacido, desesperación por parte de la madre, conflictos familiares, conflictos psicosociales y en algunos casos problemas relacionados al desarrollo del infante (Arranz & cols., 2008). De acuerdo con la investigación de la autora Angelina Dois Castellón (2012), los hijos de madres que sufrieron depresión postparto, “tienen más del doble de posibilidades de desarrollar problemas de conducta a largo plazo y/o ser víctimas de violencia intrafamiliar” (Dois Castellón, 2012). Adicional a esto, menciona que estos niños asisten a una menor cantidad de controles de salud y presentan alteraciones en sus cuidados básicos debido a la falta de rutina por parte de la madre (Dois Castellón, 2012).

Existen alrededor de 20 estudios en donde se describen efectos negativos de la depresión postparto tanto para la madre como para el hijo a largo plazo. En primer lugar, se toma en cuenta el impacto negativo en el vínculo madre-hijo y déficits en el desarrollo (conductual, emocional y cognitivo) (Jadresic, 2010). El autor Enrique Jadresic (2010), menciona un estudio de Hay y colaboradores, en donde se encontraron preadolescentes hijos de madres que padecieron depresión postparto que tenían “coeficientes intelectuales significativamente más bajos” (Jadresic, 2010).

Diagnóstico.

Hasta ahora no se ha logrado encontrar una causa específica para este trastorno (Dois Castellón, 2012), y por tanto, se podría decir que es difícil de diagnosticar. La sintomatología que presente la madre durante o después del embarazo puede llegar a ser confundida con el proceso de adaptación que conlleva este cambio en la vida de la madre (Dois Castellón, 2012). Se conoce que durante las primeras semanas del postparto, alrededor del 80% de las madres experimentan ciertos síntomas que se relacionan a esta condición como por ejemplo: inestabilidad emocional, insomnio, tristeza, ansiedad (Dois Castellón, 2012). Estos síntomas se relacionan con los cambios hormonales de esta etapa, por lo cual la madre debe monitorear que no se prolonguen demasiado (Dois Castellón, 2012).

En cuanto al diagnóstico de la depresión postparto, a pesar de que puede ser difícil de identificar y por ende poder diagnosticar en ciertas ocasiones, muchos estudios proponen diferentes métodos para hacerlo. Sin embargo, de manera general se ha visto que el instrumento que más se usa y que ha demostrado mayor efectividad es la Escala de Depresión de Edimburgo ya que está diseñada específicamente para madres embarazadas o que tuvieron un bebé recientemente (Dois Castellón, 2012).

Tratamiento de la depresión postparto.

De acuerdo con la investigación, los dos tipos de tratamiento más eficaces y de igual modo más comunes para tratar la depresión postparto son: psicoterapia y psicofármacos (Jadresic, 2010). Estos estudios concluyen que la terapia farmacológica tiene efectos más satisfactorios, sin embargo, “el miedo a los efectos adversos en el bebé juega un rol importante en la decisión materna de aceptar y seguir el tratamiento” (Dois Castellón, 2012). Menciona también que muchas madres también se encuentran en el proceso de lactancia y por este motivo

prefieren no adherirse a este tipo de tratamiento (Dois Castellón, 2012).

Por este motivo, se recomienda que durante el control prenatal, el médico encargado investigue respecto a los factores de riesgo que puede tener la madre (antecedentes familiares y personales, redes de apoyo, eventos estresantes que estén ocurriendo durante el embarazo) y de esta forma poder planificar con anticipación estrategias para prevenir el desarrollo de la patología (Dois Castellón, 2012).

Debido a esto, se ha continuado investigando y se ha visto que las intervenciones psicológicas también son efectivas, sobretodo si el tratamiento se inicia precozmente (Dois Castellón, 2012).

Inicialmente, se conoce que las pacientes que tienen síntomas leves o moderados pueden beneficiarse del tratamiento psicoterapéutico únicamente. La terapia cognitiva conductual es una de las más investigadas y por tanto, una de las más efectivas y utilizadas (Jadresic, 2010). Dentro de este ámbito, se le enseña a la persona a identificar sus pensamientos automáticos, comprobar cómo estos pensamientos influyen en las emociones (Roca, 2016), registro de pensamientos automáticos y también a someter estos pensamientos a pruebas de realidad y redefinirlos (Roca, 2016).

De forma adicional a este tratamiento, se recomienda fuertemente el uso de psicoeducación (Jadresic, 2010). Esto consiste en que el terapeuta le explique a la madre sobre el trastorno, sobre las cosas que puede esperar y sobre la forma de tratamiento. Además de esto, se entiende que es un proceso que le permite a la madre “desarrollar capacidades para afrontar la situación de un modo más adaptativo” (Bulacio, Vieyra, Alvarez, & Benatuil, 2004), o si ya las tiene, fortalecerlas, así como también identificar síntomas (Bulacio & cols., 2004). También se busca informar a la madre respecto a los cuidados del recién nacido y darle fuentes en donde

pueda responder cualquier duda que se le llegara a presentar (Dois Castellón, 2012).

De acuerdo a algunas de las investigaciones que se encontraron, se puede ver que la psicoterapia grupal también es muy efectiva. Los autores Goldvarg y Kissen (2011) mencionan estudios realizados por Meager y Milgrom en 1996 en donde usaban psicoeducación, terapia cognitiva conductual y trabajo en grupo para buscar reducir los síntomas de la depresión (Goldvarg & Kissen, 2011). Mencionan también un estudio realizado por Griff Barker-Collo en el 2008, en donde se hicieron ocho sesiones de psicoeducación y técnicas de terapia cognitiva conductual para que las participantes puedan encontrar sus distorsiones cognitivas y así manejar sus síntomas (Goldvarg y Kissen, 2011).

De manera adicional, en una recopilación literaria realizada por los autores Escobar, Farkas, Martinez, Olhaberry, Rojas, San Cristóbal y Santelices (2013) se mencionan 27 estudios en donde se hacen intervenciones para madres embarazadas y madres que ya han dado a luz (diferenciando cada grupo). Los que se encontró en éstas investigaciones se detallará en la sección de resultados posteriormente.

Hasta la actualidad, se sigue recomendando fuertemente que las madres eviten dentro de lo posible el uso de psicofármacos, sobre todo en las primeras 12 semanas de gestación ya que el riesgo de malformaciones es mucho mayor en este tiempo (Jadresic, 2010). De acuerdo con el autor Enrique Jadresic (2010), “se debe considerar su uso únicamente cuando la madre tiene depresión moderada o severa o cuando hay una alta probabilidad de reincidencia” (Jadresic, 2010). Ya que se ha visto que la lactancia tiene muchos beneficios tanto para la madre como para el hijo, se debe tomar una decisión fundamentada ya que el fármaco que ingiera la madre será transferida al hijo en un 1-2% “(porcentaje mucho menor a la situación intrauterina)” (Jadresic,

2010).

Para tomar la decisión respecto al uso de fármacos, es útil conocer “la clasificación del riesgo que representan los fármacos para el feto” según lo que establece la *Food and Drug Administration* (FDA) que se muestra en la tabla 1.

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

Tabla 1: Clasificación del riesgo que representa el fármaco para el feto según la FDA (Jadresic, 2010).

De igual forma, es valioso conocer algunos de los fármacos más utilizados y en que categoría se encuentran. Esto se puede ver a continuación en la tabla 2.

| Psicofármaco | Clasificación |
|---------------------|----------------------|
| Citalopram (ISRS) | C |

| | |
|---------------------|---|
| Escitalopram (ISRS) | C |
| Fluoxetina (ISRS) | C |
| Paroxetina (ISRS) | D |
| Sertralina (ISRS) | C |
| Amitriptilina | C |
| Clomipramina | C |
| Desipramina | C |
| Imipramina | C |
| Bupropion | B |
| Duloxetina | C |
| Mirtazapina | C |
| Venlafaxina | C |

Tabla 2: Antidepresivos más utilizados y su categoría (Jadresic, 2010).

Solamente de ser necesario, los psicofármacos de preferencia son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), seguido de los antidepresivos tricíclicos (Dois Castellón, 2012). Los más estudiados para el tratamiento de la depresión son la fluoxetina y la sertralina (Jadresic, 2010). Sin embargo, por razones éticas, no existen estudios sobre la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de mujeres que están embarazadas (Jadresic, 2010), pero

se puede inferir que la respuesta terapéutica será la misma para mujeres embarazadas y mujeres que no están embarazadas (Jadresic, 2010).

En el caso de madres embarazadas o que se encuentran en el periodo postparto, se recomienda que el tratamiento se inicie con la mitad de la dosis (Dois Castellón, 2012). Sin embargo, es importante de igual manera estar alerta si el niño desarrolla algún tipo de síntoma. En este caso, se debe suspender inmediatamente la lactancia (Jadresic, 2010). En cuanto a la duración del tratamiento con psicofármacos, “se desconoce la duración óptima del tratamiento antidepresivo de la depresión postparto. No obstante, la recomendación habitual es mantener la terapia por al menos 12 meses” (Jadresic, 2010). Como se mencionó anteriormente, el *post partum blues* no requiere un tratamiento ya que tiene síntomas leves, sin embargo, si la madre acude a consulta, en estos casos es fundamental hacer uso de la psicoeducación (Jadresic, 2010).

Prevención de la depresión postparto.

Si bien se ha investigado mucho respecto a la depresión postparto, son pocos los estudios que hablan respecto a la prevención de la misma. En la búsqueda literaria que se ha hecho para la presente investigación se encontró lo siguiente respecto a la prevención. Los autores Chabrol, Teissedre, Saint-Jean, Teisseyre, Rogé y Mullet (2002) hablan de un estudio en donde se reclutó a 181 mujeres con riesgo de desarrollar depresión postparto y 120 mujeres seleccionadas al azar. Todas estas mujeres completaron la *Edinburgh Post Natal Depression Scale* (EPDS) para medir la existencia de posibles síntomas depresivos (Chabrol & cols., 2002). Las mujeres que se encontraban en el grupo experimental recibieron una sesión de 60 minutos respecto a la prevención del desarrollo de depresión posparto en donde se recurría a la psicoeducación y se enfocaba en las emociones y cogniciones de estas mujeres (Chabrol & cols., 2002).

Posterior a esto, se planteó la posibilidad de obtener sesiones domiciliarias a las mujeres que quisieran continuar con el tratamiento. En este caso, 20% de las participantes decidieron no ser parte del estudio y el 80% restante recibió entre 5 y 8 sesiones de 1 hora de duración (Chabrol & cols., 2002).

Adicional a esto, se puede ver un estudio realizado Chávez, Hernández, Arce, Bolaños, González y Lartigue (2008), en donde se examinan algunas de las posibles consecuencias tanto para la madre como para el hijo si ésta desarrolla depresión postparto (Chávez & cols., 2008). Algunas de las consecuencias que mencionan son relaciones conflictivas entre la madre y el hijo, hijos inseguros, déficits cognitivos, emocionales y conductuales, nutrición deficiente, entre otras (Chávez & cols., 2008). De acuerdo con estas consecuencias, los autores enfatizan la importancia de aplicar estrategias preventivas del desarrollo de depresión postparto. Se habla del estudio realizado por Lara y colaboradores en donde realizan intervenciones individuales y grupales también a mujeres que tienen síntomas depresivos (los síntomas fueron medidos al inicio y después de las intervenciones) (Chávez & cols., 2008).

Estos autores hablan de un programa llamado “Mamás y bebés, construyendo una realidad saludable” elaborado por el Programa de Salud Mental del Hospital General de San Francisco y la Universidad de California (Chávez & cols., 2008). Este curso consta de 12 sesiones en donde se trabaja la depresión de la madre. De éstas, 6 sesiones fueron grupales donde se les entregaba a las participantes material didáctico, es decir, tenía un enfoque psicoeducativo. Algunas de las actividades que se les pedía realizar a las madres eran: autoexploración de pensamientos y sensaciones, actividades de narrar vivencias cotidianas, se les enseñó qué esperar en cuanto a sentimientos de ansiedad y/o tristeza y herramientas para combatirlos (Chávez & cols., 2008). El resto de sesiones fueron individuales y se basaba en “una orientación

terapéutica” (Chávez & cols., 2008).

Otro de los estudios que se encontró respecto a la prevención del desarrollo de depresión postparto fue realizado en un periodo de 3 años en 17 mujeres que tenían síntomas de depresión postparto y acudieron a clínicas u hospitales regionales en Chile. Aquí tanto madres como hijos recibieron atención con el objetivo de “disminuir la depresión postparto materna y mejorar el vínculo materno-infantil”(Arranz, Ruiz, Aguirre, Carsi, Ochoa, Camacho, Gaviño y Cervantes, 2012). Todas estas mujeres cumplían con los siguientes criterios:

- Haber pasado la cuarta semana del postparto
- Tener antecedentes de depresión/bipolaridad/depresión gestacional
- Ánimo triste acompañado de ansiedad severa
- Pérdida de apetito acompañada de pérdida de peso
- Dificultades del sueño (hipersomnias, insomnio o sueño fragmentado)
- Sentimientos de inutilidad

(Arranz & cols., 2012).

Madres adolescentes en Ecuador con depresión postparto.

Es importante tomar en cuenta que debido a que la información sobre la maternidad en Ecuador es escasa, no existe tampoco información respecto a la prevalencia de depresión postparto en madres adolescentes ecuatorianas. Se han hecho algunas investigaciones para trabajos de titulación de distintas universidades alrededor del país, en donde se busca encontrar características de las madre adolescentes que las harían mas vulnerables a padecer depresión postparto. Sin embargo, los resultados que se han encontrado no son concluyentes y no mencionan información específica y con porcentajes respecto a esto.

Para fines de la presente investigación se considera que todas las madres adolescentes (es decir, que se encuentren entre los 12 y los 19 años de edad) son una población vulnerable que se vería beneficiada de un programa de prevención del desarrollo de depresión postparto.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tomando en cuenta que la pregunta de investigación de este estudio es ¿Cuál es la experiencia de madres que han participado en programas de prevención del desarrollo de depresión postparto? Propuesta de implementación para madres adolescentes Ecuatorianas

Justificación de la metodología seleccionada

Este estudio tiene como fin conocer acerca de la experiencia que han tenido madres adolescentes al haber participado en un programa de prevención de desarrollo de depresión postparto. Para esto, es necesario conocer respecto a los programas en cuestión y los resultados obtenidos. Por consiguiente, la metodología cualitativa es la más adecuada para este estudio ya que se busca estudiar la calidad de éstas intervenciones así como también evalúa pequeños estudios independientes que se han hecho en diferentes partes del mundo y con ciertas características que los diferencian (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010) . Es una investigación basada en la comprensión de estos programas, en donde existe observación naturalista (es decir, sin contacto ni control) y descriptiva (Martínez, 2011).

Es importante mencionar que estos estudios se realizaron con una metodología cuantitativa ya que se incluyen mediciones para controlar si hay o no progreso una vez que finalizó el programa, sin embargo, para esta investigación en particular, se describen estos resultados obtenidos. Debido a que se basa en una revisión bibliográfica, no hubo necesidad de establecer variables y tampoco se puede hacer un análisis estadístico con la información que se ha obtenido (Martínez, 2011).

Herramientas de investigación utilizadas

Para esta investigación se utiliza una revisión literaria y análisis de documentos. Los criterios que se usaron para seleccionar los documentos aptos para la investigación fueron las fechas, se buscaban documentos actuales. Variedad de intervenciones, debido a que este proyecto busca conocer respecto a las experiencias de las participantes y también lograr una posible propuesta de implementación en Ecuador. Se busca también investigación realizada en países similares (debido a la falta de investigación en Ecuador) y por último, se busca que dentro de los estudios realizados en cada documento haya sustento empírico y herramientas para medir la eficacia de las intervenciones realizadas. Una de las herramientas claves que se busca en los documentos es la Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgo. Esta escala se creó para ayudar a los profesionales de la salud a detectar madres con síntomas de depresión postparto (Subsecretaría de salud pública de Chile, 2014). Fue creada en centros de salud en Livingston y Edimburgo y consiste en diez declaraciones en donde la madre selecciona una de las cuatro respuestas que mejor describan como se sienten respecto a cada declaración (Subsecretaría de salud pública de Chile, 2014).

Descripción de participantes

Para la presente investigación, se requerirá que las participantes sean mujeres adolescentes entre los 12 y 19 años de edad que estén embarazadas o que ya hayan tenido al bebé recientemente y que sean ecuatorianas.

Reclutamiento de los participantes

Para definir el grupo de participantes que serán parte de la presente investigación, se solicitará al Hospital Maternidad Mariana de Jesús un listado con las madres adolescentes que han sido admitidas. Con este listado, se enviará una carta a las posibles participantes en donde se

les explicará sobre la depresión postparto brevemente y sobre la posibilidad de estar dentro de un programa piloto de prevención del desarrollo de esta condición. Se pondrá también a disposición de ellas números de contactos por si requieren información adicional o una cita.

Debido a la falta de información respecto a la cantidad de madres adolescentes que son admitidas en la ciudad de Quito, se tomará como referencia las 440 madres adolescentes admitidas en el Hospital Maternidad Mariana de Jesús en Guayaquil durante septiembre del 2012 y febrero del 2013 (Rodríguez, 2013). La muestra para esta investigación será de 100 mujeres que han accedido a participar.

Idealmente, las mujeres que formen parte de este estudio no deben haber participado en otros estudios similares para poder evaluar los efectos del programa de prevención sin la interacción de otros factores. Adicionalmente, sería ideal conseguir participantes de varios niveles socioeconómicos, sin embargo, hay poca información disponible sobre la cantidad de madres adolescentes admitidas en otros hospitales alrededor del país.

Consideraciones éticas

Para esta investigación, se respetarán todas las consideraciones éticas que se relacionan con el estudio que se realiza con individuos. Todos los participantes serán informados a detalle respecto a lo que se hará, y posteriormente, si están de acuerdo, firmarán un consentimiento informado donde se reitera lo que se les ha explicado antes de formar parte de la investigación. Dentro de este consentimiento podrán ver que no habrá implicaciones si deciden retirarse en cualquier momento, ya que la participación es voluntaria. Además de esto, para asegurar el anonimato y la confidencialidad de las participantes, se les asignará un código individual al que solo tendrá acceso el investigador. La información que se obtenga por medio de esta

investigación será utilizada únicamente para fines del estudio y una vez que haya finalizado, la información de las participantes será destruida.

Debido a que en algunos casos el trabajo psicológico es más extenso, se proporcionará la opción de continuar con el tratamiento si la participante lo desea, una vez que el estudio haya finalizado. De esta forma, se evita causarle algún daño al interrumpir el proceso terapéutico de forma abrupta.

RESULTADOS ESPERADOS

Basándose en la investigación que se ha hecho para este estudio (diferentes programas de intervención en madres adolescentes que estaban embarazadas o después del nacimiento del bebé), se han podido encontrar los resultados que se muestran a continuación.

En cuanto a las intervenciones grupales realizadas por Meager y Milgrom y Griff Barker-Collo mencionadas dentro del estudio de los autores Goldvarg y Kissen (2011) y también indicadas anteriormente en la sección de tratamiento dentro de la revisión de la literatura, se encontró que: realizar terapia grupal, psicoeducación grupal, terapia cognitiva conductual, deberes para realizar en grupo y técnicas que puedan aplicar ellas mismas, efectivamente lograron reducir los síntomas de la depresión postparto (Goldvarg & Kissen, 2011). De manera adicional, en los casos en que las madres presentaban ansiedad, estos síntomas también se veían reducidos (Goldvarg & Kissen, 2011). Por último, es importante recalcar que resultados obtenidos se podían ver a corto y largo plazo (Goldvarg & Kissen, 2011).

Respecto al estudio realizado por los autores Chabrol, Teissedre, Saint-Jean, Teisseyre, Rogé y Mullet (2009), se encontró que las mujeres que conformaban el grupo experimental tuvieron reducciones significativas en la categoría de frecuencia probable de depresión y

concluyen que los programas de prevención y tratamiento de la depresión postparto que realizaron ellos son bastante eficaces (Chabrol, Teissedre, Saint-Jean, Teisseyre, & Rogué, 2002). La principal intervención que se realizó en este estudio fue una intervención grupal de 1 hora en donde se hablaba respecto a la prevención (Chabrol, Teissedre, Saint-Jean, Teisseyre, & Rogué, 2002). Esta sesión tenía 3 partes fundamentales: primero la parte de la psicoeducación acerca de la realidad de la maternidad y servía también como una guía sobre lo que se considera un desarrollo saludable del bebé (Chabrol, Teissedre, Saint-Jean, Teisseyre, & Rogué, 2002). En segundo lugar, debido a que se realizó la intervención de manera grupal, se promovía una atmósfera de apoyo y se recomendaba fuertemente a que las participantes se expresaran tanto en aspectos positivos como negativos (Chabrol, Teissedre, Saint-Jean, Teisseyre, & Rogué, 2002). Finalmente, está el componente de la terapia cognitiva conductual, en donde se les enseña a ubicar sus pensamientos negativos y trabajar para cambiarlos y/o solucionarlos (Chabrol, Teissedre, Saint-Jean, Teisseyre, & Rogué, 2002).

En el estudio realizado por Chávez, Hernández, Arce, Bolaños, González y Lartigue (2008) mencionado previamente, se describe el programa “Mamás y bebés, construyendo una realidad saludable” como una forma de mejorar los síntomas de depresión postparto en las madres y también mejorar el vínculo entre madre e hijo. En el estudio, se realizan intervenciones grupales, se provee a las madres de herramientas para manejar su situación (principalmente a través de la psicoeducación) y sesiones individuales. En los resultados, los autores mencionan que este curso resultó ser muy importante para las mujeres que participaron. Se encontró que “la experiencia grupal fue un espacio de empoderamiento, ya que lo hicieron suyo al manifestar “sin peros” sus sentimientos y pensamientos sobre la maternidad y su estado de ánimo” (Chávez & cols., 2008), también fue una oportunidad para que evalúen otros aspectos de su vida bajo un

ambiente de apoyo (Chávez & cols., 2008). Se pudo ver también, que conforme iban pasando las sesiones, se podían ver claramente cambios en la manera de pensar y actuar de las participantes (Chávez & cols., 2008).

De manera adicional, en los resultados, se menciona que se pudieron identificar ciertos factores que predisponen a las mujeres a desarrollar depresión durante el embarazo o en el periodo postparto. Algunos de éstos factores son: “embarazos no previstos, miedo a la pérdida de la pareja, problemas de comunicación con su entorno y por último, lo que esto representa para su rol de género” (Chávez & cols., 2008).

Los estudios mencionados anteriormente demuestran los resultados esperados para esta investigación. Si bien son varios estudios independientes, se espera que al replicarlos, se puedan ver resultados similares. Dentro de los objetivos de esta investigación está justamente reducir los síntomas que podrían tener las madres que están embarazadas o en la etapa de postparto. Debido a que la población de este estudio son madres adolescentes, esto aumenta el riesgo de que desarrollen depresión postparto no solamente por la edad, sino también por las consecuencias de tener un hijo en una edad adolescente. Por esto, es importante recalcar la importancia de una detección temprana de síntomas y un tratamiento precoz para obtener los resultados mencionados anteriormente.

Discusión

Al finalizar este estudio en base a la pregunta de investigación ¿Cuál es la experiencia de las madres adolescentes que participaron en un programa de prevención de depresión postparto? Propuesta de implementación en Ecuador, se cree que de manera general, la intervención precoz cuando existen síntomas de depresión postparto tiene efectos positivos tanto en la madre, como

en el hijo. A pesar de que se ha podido ver que el diagnóstico de este tipo de depresión muchas veces no se llega a realizar debido a que se confunde con el *post partum blues* o simplemente se atribuye a los cambios hormonales y ajustes sociales y psicológicos de la madre, es importante conocer los síntomas y factores de riesgo para realizar un diagnóstico en los casos que sea necesario.

Una de las recomendaciones más importantes, es que el profesional de la salud al que acude la madre para sus controles examine los posibles factores protectores y de riesgo como son por ejemplo la edad de la madre, si posee o no una red de apoyo, si tiene una pareja o no, situación económica (Mancilla, 2012), entre otras cosas. De este modo, al tener estos recursos adicionales se puede hacer un diagnóstico preciso y a tiempo (en caso de haberlo).

Si bien la investigación sugiere que la forma de tratamiento más efectiva es la combinación de psicoterapia y psicofármacos (Jadresic, 2010), en muchas ocasiones las madres no desean tomar los medicamentos debido a los efectos adversos que éstos podrían tener en el bebé (Dios Castellón, 2012). Cuando los síntomas se presentan de forma leve o moderada, se recomienda iniciar las intervenciones precoces de psicoterapia en varias modalidades.

De acuerdo a la investigación que se ha realizado para este estudio, se puede ver que hay varias formas de psicoterapia que funcionan para reducir los síntomas presentados por la madre. Algunas de estas son: psicoeducación, en donde se le enseña a la madre a identificar los síntomas que presenta y cómo manejarlos (Jadresic, 2010). Otra forma útil de psicoterapia es la terapia grupal, en donde se reúnen varias madres en la misma situación. Este tipo de terapia es fundamental ya que provee a las madres de una oportunidad para expresarse libremente, así como también sentirse identificadas con otras personas que se encuentran en la misma situación y así pueden formar redes de apoyo dentro del grupo (Goldvarg y Kissen, 2011). Otra forma de

psicoterapia que funciona muy bien son las sesiones individuales en donde se trabaja 1-1 en las necesidades y preocupaciones de cada una (Goldvarg y Kissen, 2011), lo cual es una ventaja en ciertas ocasiones ya que el proceso terapéutico tiene un ritmo propio para cada paciente, a diferencia del tratamiento grupal en donde se mueven como un todo.

De acuerdo a los resultados obtenidos en las investigaciones que se toman en cuenta para este estudio, se puede ver que la psicoterapia tiene efectos positivos (reducción de síntomas) en las madres que decidieron participar voluntariamente en los investigaciones mencionadas. Si bien la psicoterapia no logra deshacerse de la depresión en sí, lo que se consigue es el manejo apropiado de los síntomas para que éstos no interfieran con el desarrollo del bebé y del vínculo madre-hijo. En los casos en donde solo se presentan síntomas, la psicoterapia es la herramienta principal de tratamiento. En los casos en donde ya se puede dar un diagnóstico, la psicoterapia es una herramienta muy útil para mantener los síntomas bajo control hasta que la madre pueda iniciar también con un tratamiento psicofarmacológico.

Limitaciones del estudio

Una vez finalizado este estudio, se identificaron algunas limitaciones que pudieron haber influido en los resultados. En primer lugar, a pesar de que hay una amplia cantidad de información respecto a la depresión postparto, hay muy poca investigación respecto a la prevención del desarrollo de la misma. En segundo lugar, la información disponible respecto al embarazo adolescente en Ecuador y los porcentajes de depresión postparto es prácticamente inexistente. Esto hace que la investigación se torne más compleja ya que se debió encontrar información de países con una población similar en donde sí se ha realizado investigación. Por último, en cuanto a las limitaciones en la metodología, es importante tomar en cuenta que para poder llegar a realizar la propuesta del presente estudio, se debe escoger madres adolescentes

(entre los 12 y 19 años de edad) de varias instituciones para que la muestra sea representativa, algo que no se logró dentro de este estudio.

Recomendaciones para futuros estudios

Una vez finalizado el estudio, se considera que para futuras investigaciones es importante analizar a profundidad la importancia de la prevención y el tratamiento de la depresión postparto en madres adolescentes en Ecuador. Se conoce que el solo hecho de la edad es un factor de riesgo muy grande para el desarrollo de depresión postparto y que en Ecuador, el número de madres adolescentes está aumentando de manera muy rápida. Sería muy interesante también analizar factores de riesgo y protectores para la población ecuatoriana ya que la información que se ha usado para esta investigación proviene de otros países. De manera adicional, sería muy útil contar con información de la cantidad aproximada de adolescentes ingresadas en los hospitales a nivel nacional para dar a luz. Además, el proponer a los hospitales que tengan como parte de su protocolo la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo les dará información a los profesionales de la salud sobre posibles síntomas de depresión postparto en sus pacientes. Al aplicar esta escala a las adolescentes que ingresan, se les puede ofrecer un tratamiento pertinente de acuerdo a sus necesidades individuales. Esto no solo ayudaría a las pacientes, sino que también provee información respecto a cuántas personas estarían dispuestas a participar en el programa de prevención que se propone a lo largo de este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A., & Toscano, D. (2013). *Prevalencia de depresión postparto en madres hospitalizadas en el servicio de adolescencia del hospital gineco-obstétrico Maternidad Isidrio Ayora*. Recuperado de Pontificia Universidad Católica del Ecuador: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5883/T-PUCE-6041.pdf?sequence=1>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition*. Washington D.C: American Psychiatric Publishing.
- Arranz, L., Ruiz, J., Aguirre, W., Carsi, E., Ochoa, G., Camacho, M.,...Cervantes, J. (2012). Modelo de intervención temprana en la depresión posparto en un hospital de tercer nivel. *Revista de Especialidades Médicas Quirúrgicas*, 100-108.
- Baeza, B., María, P.A., Vásquez, O., Muñoz, S., & Vallejos, C. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 76-81.
- Bulacio, J. M., Vieyra, M., Alvarez, C., & Benatuil, D. (2004). *El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. Recuperado de Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires: <http://www.aacademica.org/000-029/16.pdf>
- Chabrol, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, B., & Rogué, B. (2002). Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. *Psychological medicine*, 1039-1047.
- Chávez, M., Hernández, A., Arce, E., Bolaños, I., González, I., & Lartigue, T. (2008).

- Experiencia grupal de mujeres embarazadas y en etapa posparto, y su relación con la depresión y algunos factores sociales. *Revista Perinatólogica de Reproducción Humana* 270-278.
- Dois Castellón, A. (2012). Actualizaciones de depresión postparto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 576-586.
- Goldvarg, E., & Kissen, M. (2011). Group Psychotherapy for Women Suffering from Postpartum Depression. *Gender in Group Psychotherapy*, 235-246.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. México D.F: McGraw Hill.
- INEC. (2016). *Más de 122 mil madres en el país son adolescentes*. Recuperado de INEC: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=495:mas-de-122-mil-madres-en-el-pais-son-adolescentes&catid=68:boletines&Itemid=51&lang=es
- Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 269-278.
- León, P., Minassian, M., Borgoño, R., & Bustamante, F. (2008). Embarazo Adolescente. *Revista de Pediatría Electrónica*, 42-51.
- Mancilla, J. (2012). *Embarazo en adolescentes. Vidas en riesgo*. Recuperado de Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372012000100001&script=sci_arttext
- Martínez, J. (2011). *Métodos de investigación cualitativa*. Recuperado de Silogismos: <http://www.cide.edu.co/ojs/index.php/silogismo/article/view/64/53>

- Nardi, B., Bellantuono, C., & Moltedo-Perfetti, A. (2012). *Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la prevención de la depresión postparto*. Recuperado de: Revista chilena de obstetricia y ginecología: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v77n6/art05.pdf>
- O'Connell, B., & Dowling, M. (2014). Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 518-525.
- Oviedo, G., & Jordán, V. (2006). Trastornos afectivos posparto. *Revista Universitas Médica*, 131-140.
- Quintero, A., & Rojas, H. (2015). *El embarazo a temprana edad, un análisis desde la Perspectiva de madres adolescentes*. Recuperado de: Revista Virtual de la Universidad Católica del Norte: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/626/1161/>
- Roca, E. (2016). *Terapia cognitiva para la depresión según Beck*. Recuperado de: Hospital Clínico Universitario de Valencia: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/Guia%20Beck%20depression.pdf>
- Rodríguez, V. (2013). *Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en la maternidad Mariana de Jesus de septiembre del 2012 a febrero del 2013*. Recuperado de Universidad de Guayaquil: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1978/1/ TESIS%20VIVIANA%20RODRIGUEZ%20AQUINO.pdf>
- Subsecretaría de salud pública de Chile. (2014). *Protocolo de detección de la depresión Durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento*. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypostparto final12032014.pdf>

- UNFPA Ecuador (2015). *Las cifras de embarazos en el país crecieron en niñas de 10 a 14 años*. Recuperado de UNFPA Ecuador: <http://www.unfpa.org.ec/public/diario-el-Comercio-las-cifras-de-embarazos-en-el-pais-crecieron-en-ninas-de-10-14-anos/>
- Wolff, C., Valenzuela, P., Esteffan, K., & Zapata, D. (2009). Depresión Postparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 151-158.

ANEXO A: SOLICITUD PARA LA APROBACIÓN DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

SOLICITUD PARA APROBACION DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

INSTRUCCIONES:

1. Antes de remitir este formulario al CBE, se debe solicitar vía electrónica un código para incluirlo, a comitebioetica@usfq.edu.ec
2. Enviar solo archivos digitales. Esta solicitud será firmada en su versión final, sea de manera presencial o enviando un documento escaneado.
3. Este documento debe completarse con la información del protocolo del estudio que debe servir al investigador como respaldo.
4. Favor leer cada uno de los parámetros verificando que se ha completado toda la información que se solicita antes de enviarla.

| DATOS DE IDENTIFICACIÓN |
|---|
| Título de la Investigación |
| ¿Cuál es la experiencia de madres que han participado en programas de prevención del desarrollo de depresión postparto? Propuesta de implementación para madres adolescentes Ecuatorianas |
| Investigador Principal <small>Nombre completo, afiliación institucional y dirección electrónica</small> |
| Camila María Ordoñez Villamar, Universidad San Francisco de Quito, cami.ordonez10@hotmail.com |
| Co-investigadores <small>Nombres completos, afiliación institucional y dirección electrónica. Especificar si no lo hubiera</small> |
| No aplica |
| Persona de contacto <small>Nombre y datos de contacto incluyendo teléfonos fijo, celular y dirección electrónica</small> |
| Camila Ordoñez, 022492653, 0992579047, cami.ordonez10@hotmail.com |
| Nombre de director de tesis y correo electrónico <small>Solo si es que aplica</small> |
| Gabriela Romo, mgromo@usfq.edu.ec |
| Fecha de inicio de la investigación <small>Agosto 2016</small> |
| Fecha de término de la investigación <small>Diciembre 2016</small> |
| Financiamiento <small>No aplica</small> |

| DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO |
|---|
| Objetivo General <small>Se debe responder tres preguntas: qué? cómo? y para qué?</small> |
| Aprender respecto a a experiencia de madres que han participado en programas de prevención del desarrollo de depresión postparto. También promover proyectos de prevención del desarrollo de depresión postparto en madres adolescentes para así evitar que se desarrolle la condición. |
| Objetivos Específicos |

- Darle herramientas a la madre para manejar sus síntomas de depresión
- Proveer un ambiente seguro para que puedan expresarse libremente y sean apoyadas
- Aprender sobre la etapa del postparto y qué esperar de ella

Diseño y Metodología del estudio *Explicar el tipo de estudio (por ejemplo cualitativo, cuantitativo, con enfoque experimental, cuasi-experimental, pre-experimental; estudio descriptivo, transversal, de caso, in-vitro...) Explicar además el universo, la muestra, cómo se la calculó y un breve resumen de cómo se realizará el análisis de los datos, incluyendo las variables primarias y secundarias..*

Este estudio es de tipo cualitativo ya que se basa en una revisión literaria. Se requiere que participen adolescentes entre 12 y 19 años de edad que estén embarazadas o que hayan tenido el bebé recientemente y que no hayan participado en otros programas de psicoterapia previamente. Para esto, se utiliza un listado de las madres adolescentes que han sido admitidas para dar a luz en el Hospital Maternidad Mariana de Jesús y a aquellas que les interese participar, se les aplicará la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo y posteriormente se iniciará con la psicoterapia. Debido a que es una revisión literaria, no se cuenta con un análisis estadístico.

Procedimientos *Los pasos a seguir desde el primer contacto con los sujetos participantes, su reclutamiento o contacto con la muestra/datos.*

1. Contactar al Hospital Maternidad Mariana de Jesús y pedir un listado de las madres adolescentes que son ingresadas para dar a luz
2. Enviar la carta a las madres explicándoles de qué se trata la investigación, sus riesgos y beneficios y que su participación es voluntaria
3. Evaluar a las madres que aceptaron participar con la escala de Depresión Postparto de Edimburgo
4. Aplicar las intervenciones en sus distintas modalidades (psicoeducación, psicoterapia grupal y psicoterapia individual)
5. Realizar a las participantes una entrevista corta individual para poder valorar cuál fue su experiencia una vez que terminaron con las intervenciones
6. Ofrecer terapia extra en los casos que sea necesario continuar

Recolección y almacenamiento de los datos *Para garantizar la confidencialidad y privacidad, de quién y donde se recolectarán datos; almacenamiento de datos—donde y por cuánto tiempo; quienes tendrán acceso a los datos, qué se hará con los datos cuando termine la investigación*

Este estudio respetará todas las consideraciones éticas relacionadas a un estudio con individuos. En primer lugar, se firmará un consentimiento informado antes de iniciar su participación en donde se les explicará los objetivos, riesgos, beneficios y formato de las intervenciones. Para asegurar el anonimato de las participantes, se les otorgará un código que reemplaza el nombre de cada participante. La investigadora del presente estudio será la única persona con acceso a esta investigación. Los datos se recolectarán posteriormente a la realización de las intervenciones y se almacenarán bajo éstos estándares. Toda la información que se recolecte será usada únicamente para fines de esta investigación y será destruida al finalizar el estudio. En caso de que alguna de las participantes desee continuar con el proceso terapéutico, se les dará esta oportunidad para evitar posibles riesgos por terminar el proceso de forma abrupta.

Herramientas y equipos *Incluyendo cuestionarios y bases de datos, descripción de equipos*

Documentos obtenidos en la revisión literaria
Escala de Depresión Postparto de Edimburgo
Macbook Air de 11 pulgadas

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

Se debe demostrar con suficiente evidencia por qué es importante este estudio y qué tipo de aporte ofrecerá a la comunidad científica.

Debido a la gran cantidad de madres adolescentes que existen actualmente en el Ecuador, este estudio puede llegar a ser útil para todas estas mujeres que se encuentren dentro de esta población. Si bien cualquier madre puede llegar a desarrollar depresión postparto, es importante tener en cuenta que las madres adolescentes tienen un mayor riesgo de desarrollarla ya que se consideran como una población de riesgo. De acuerdo con la investigación, en Ecuador no se ha realizado estudios respecto a la prevención del desarrollo de esta condición y por tanto, sería útil implementar programas de prevención del desarrollo de depresión postparto con sustento empírico para que quien lo necesite pueda tener acceso.

Referencias bibliográficas completas en formato APA

- Almeida, A., & Toscano, D. (2013). *Prevalencia de depresión postparto en madres hospitalizadas en el servicio de adolescencia del hospital gineco-obstétrico Maternidad Isidrio Ayora*. Recuperado de Pontificia Universidad Católica del Ecuador: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5883/T-PUCE-6041.pdf?sequence=1>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition*. Washington D.C: American Psychiatric Publishing.
- Arranz, L., Ruiz, J., Aguirre, W., Carsi, E., Ochoa, G., Camacho, M.,... Cervantes, J. (2012). Modelo de intervención temprana en la depresión posparto en un hospital de tercer nivel. *Revista de Especialidades Médicas Quirúrgicas*, 100-108.
- Baeza, B., María, P.A., Vásquez, O., Muñoz, S., & Vallejos, C. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 76-81.
- Bulacio, J. M., Vieyra, M., Alvarez, C., & Benatuil, D. (2004). *El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. Recuperado de Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires: <http://www.aacademica.org/000-029/16.pdf>
- Chabrol, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, B., & Rogué, B. (2002). Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. *Psychological medicine*, 1039-1047.
- Chávez, M., Hernández, A., Arce, E., Bolaños, I., González, I., & Lartigue, T. (2008). Experiencia grupal de mujeres embarazadas y en etapa posparto, y su relación con la depresión y algunos factores sociales. *Revista Perinatólogica de Reproducción Humana* 270-278.
- Dois Castellón, A. (2012). Actualizaciones de depresión postparto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 576-586.
- Goldvarg, E., & Kissen, M. (2011). Group Psychotherapy for Women Suffering from Postpartum Depression. *Gender in Group Psychotherapy*, 235-246.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F: McGraw Hill.
- INEC. (2016). *Más de 122 mil madres en el país son adolescentes*. Recuperado de INEC: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=495:mas-de-122-mil-madres-en-el-pais-son-adolescentes&catid=68:boletines&Itemid=51&lang=es
- Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena de Neuro-*

- Psiquiatría*, 269-278.
- León, P., Minassian, M., Borgoño, R., & Bustamante, F. (2008). Embarazo Adolescente. *Revista de Pediatría Electrónica*, 42-51.
- Mancilla, J. (2012). *Embarazo en adolescentes. Vidas en riesgo*. Recuperado de Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372012000100001&script=sci_arttext
- Martínez, J. (2011). *Métodos de investigación cualitativa*. Recuperado de Silogismos: <http://www.cide.edu.co/ojs/index.php/silogismo/article/view/64/53>
- Nardi, B., Bellantuono, C., & Moltedo-Perfetti, A. (2012). *Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la prevención de la depresión postparto*. Recuperado de: Revista chilena de obstetricia y ginecología: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v77n6/art05.pdf>
- O'Connell, B., & Dowling, M. (2014). Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 518-525.
- Oviedo, G., & Jordán, V. (2006). Trastornos afectivos posparto. *Revista Universitas Médica*, 131-140.
- Quintero, A., & Rojas, H. (2015). *El embarazo a temprana edad, un análisis desde la Perspectiva de madres adolescentes*. Recuperado de: Revista Virtual de la Universidad Católica del Norte: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/626/1161/>
- Roca, E. (2016). *Terapia cognitiva para la depresión según Beck*. Recuperado de: Hospital Clínico Universitario de Valencia: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/Guia%20Beck%20depresion.pdf>
- Rodríguez, V. (2013). *Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en la maternidad Mariana de Jesús de septiembre del 2012 a febrero del 2013*. Recuperado de Universidad de Guayaquil: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1978/1/ TESIS%20VIVIANA%20RODRIGUEZ%20AQUINO.pdf>
- Subsecretaría de salud pública de Chile. (2014). *Protocolo de detección de la depresión Durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento*. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypostparto final12032014.pdf>
- UNFPA Ecuador (2015). *Las cifras de embarazos en el país crecieron en niñas de 10 a 14 años*. Recuperado de UNFPA Ecuador: <http://www.unfpa.org.ec/public/diario-el-Comercio-las-cifras-de-embarazos-en-el-pais-crecieron-en-ninas-de-10-14-anos/>
- Wolff, C., Valenzuela, P., Esteffan, K., & Zapata, D. (2009). Depresión Postparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 151-158.

DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

Criterios para la selección de los participantes *Tomando en cuenta los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto*

Se pedirá al Hospital Maternidad Mariana de Jesús un listado de las madres adolescentes que hayan sido ingresadas para dar a luz en un período de un año y posteriormente, se enviará una carta personalmente a cada

| |
|--|
| una de ellas informándoles sobre el estudio, sus posibles riesgos y beneficios y que la participación es voluntaria. |
| Riesgos <i>Describir los riesgos para los participantes en el estudio, incluyendo riesgos físico, emocionales y psicológicos aunque sean mínimos y cómo se los minimizará</i> |
| Dentro de los riesgos se puede mencionar la sensación de incomodidad al compartir información personal dentro del ámbito de psicoterapia grupal. |
| Beneficios para los participantes <i>Incluir solo ventajas de exámenes y otros; solo de este estudio y cómo los recibirán</i> |
| Los beneficios serán la reducción de síntomas de la depresión postparto, mejorar el vínculo madre-hijo y también evitar un tratamiento farmacológico. |
| Ventajas potenciales a la sociedad <i>Incluir solo ventajas que puedan medirse o a lo que se pueda tener acceso</i> |
| La recopilación de información que se ha hecho para esta investigación demuestra que existen resultados positivos para quienes participan de las intervenciones. Este procedimiento se podría generalizar para otras madres adolescentes e incluso madres en general que presenten síntomas de depresión postparto en varias partes del país. |
| Derechos y opciones de los participantes del estudio <i>Incluir la opción de no participar o retirarse del estudio a pesar de haber aceptado participar en un inicio.</i> |
| Los participantes tiene el derecho a negarse a participar en el estudio o a retirarse del mismo en cualquier momento sin ninguna consecuencia. |
| Seguridad y Confidencialidad de los datos <i>Describir de manera detallada y explícita como va a proteger los derechos de participantes</i> |
| Este estudio respetará todas las consideraciones éticas relacionadas a un estudio con individuos. En primer lugar, se firmará un consentimiento informado antes de iniciar su participación en donde se les explicará los objetivos, riesgos, beneficios y formato de las intervenciones. Para asegurar el anonimato de las participantes, se les otorgará un código que reemplaza el nombre de cada participante. La investigadora del presente estudio será la única persona con acceso a esta investigación. Los datos se recolectarán posteriormente a la realización de las intervenciones y se almacenarán bajo éstos estándares. Toda la información que se recolecte será usada únicamente para fines de esta investigación y será destruida al finalizar el estudio. En caso de que alguna de las participantes desee continuar con el proceso terapéutico, se les dará esta oportunidad para evitar posibles riesgos por terminar el proceso de forma abrupta. |
| Consentimiento informado <i>Quién, cómo y dónde se explicará el formulario/estudio. Ajustar el formulario o en su defecto el formulario de no aplicación o modificación del formulario</i> |
| El formulario de consentimiento informado será entregado únicamente a las madres que deseen participar en el programa de prevención y que se encuentren embarazadas o que hayan tenido el bebé recientemente. En primer lugar se les explicará de qué se trata el estudio, sus objetivos, riesgos y beneficios y finalmente el procedimiento. Una vez explicado esto, se les proporcionará el consentimiento informado que se muestra a continuación. |
| Responsabilidades del investigador y co-investigadores dentro de este estudio. |
| La investigadora tiene la responsabilidad de respetar a cada uno de los participantes y las consideraciones éticas antes mencionadas. |

| Documentos que se adjuntan a esta solicitud <i>(ponga una X junto a los documentos que se adjuntan)</i> | | |
|---|---------|--------|
| Nombre del documento | Adjunto | Idioma |
| | | Inglés |
| PARA TODO ESTUDIO | | |

CERTIFICACIÓN:

1. Certifico no haber recolectado ningún dato ni haber realizado ninguna intervención con sujetos humanos, muestras o datos. Sí (X) No ()
2. Certifico que los documentos adjuntos a esta solicitud han sido revisados y aprobados por mi director de tesis. Sí (X) No () No Aplica ()

Firma del investigador: _____ (con tinta azul)

Fecha de envío al Comité de Bioética de la USFQ: _____

ANEXO A: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: ¿Cuál es la experiencia de madres que han participado en programas de prevención del desarrollo de depresión postparto? Propuesta de implementación para madres adolescentes Ecuatorianas

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Camila María Ordóñez Villamar*

Datos de localización del investigador principal *022492653, 0992579047, cami.ordonez10@hotmail.com.*

Co-investigadores *No aplica*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción *(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)*

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre la experiencia de madres adolescentes que participan en un programa de depresión postparto en donde no solo se verá beneficiada la madre, sino también el hijo.

Propósito del estudio *(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)*

Para este estudio se contará con una revisión bibliográfica respecto a la depresión postparto, sus síntomas, factores de riesgo y protectores e implicaciones tanto en la madre como en el hijo y de igual manera, en el vínculo madre-hijo. Dentro de lo que se propone en esta revisión bibliográfica, se encuentran sesiones de terapia grupal, psicoeducación (se enseña a las madres respecto a la depresión postparto y los cambios esperados cuando llega el bebé para que así pueda identificar cualquier cosa diferente a lo esperado) y por último, terapia individual.

Descripción de los procedimientos *(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)*

Los estudios sugieren que el tiempo necesario es: 8 horas dedicadas a las psicoeducación en donde se proveerá a las madres de herramientas para identificar sus pensamiento automáticos y comprobar cómo influyen en las emociones. Adicionalmente, se le explica a la madre respecto al trastorno, qué puede esperar y la forma de tratamiento. y terapia cognitiva conductual grupal en donde las madres podrán ser capaces de compartir sus experiencias con otras personas que se encuentran en la misma situación que ellas. Esto provee alivio y un ambiente de apoyo. Finalmente, se sugieren 8 horas de terapia individual para tratar cualquier factor que no se haya podido cubrir en los otros dos ámbitos.

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Riesgos y beneficios *(explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)*

Las participantes podrían experimentar sentimientos nuevos durante el proceso terapéutico que serán contenidos con la ayuda del grupo y del terapeuta. En caso de ser necesario se les pedirá que mantengan las sesiones de terapia individual por un periodo más largo de tiempo. Es decir, una vez que finalizó la investigación. De este modo, se asegurará que las participantes se sientan aptas para retomar su vida sin el apoyo psicológico que se les ha venido proporcionando. De manera adicional, se pondrá a su disposición números de contacto donde pueden conseguir ayuda profesional a un costo conveniente en caso de ser necesaria. Dentro de los beneficios, se podrían ver mejorías en los síntomas (en caso de que los hubiera) y una sensación general de bienestar y apoyo. De forma adicional, un mejor vínculo madre-hijo.

Confidencialidad de los datos *(se incluyen algunos ejemplos de texto)*

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y solo la investigadora tendrá acceso.

2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio *(si aplica)* ó

2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo *(si aplica)*

3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante *(se incluye un ejemplo de texto)*

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0992579047 que pertenece a Camila Ordoñez, o envíe un correo electrónico a cami.ordonez10@hotmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

| | |
|---|-------|
| Firma del participante | Fecha |
| Firma del testigo <i>(si aplica)</i> | Fecha |
| Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado | |
| Firma del investigador | Fecha |

ANEXO B: CARTA DE INVITACIÓN A PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Miércoles, 30 de noviembre del 2016

Sara Echeverría

Rosendo Aviles, Guayaquil 090417

Guayaquil, Ecuador

Estimada Sara Echeverría,

Me comunico con usted a los efectos de poner en su conocimiento y disposición acerca de la investigación sobre la depresión postparto en madres adolescentes ecuatorianas. La depresión postparto afecta a una gran cantidad de madres de cualquier edad y muchas veces pasa desapercibida, causándole así dificultades a la madre y en consecuencia, al hijo. Es un trastorno depresivo que se presenta en este periodo específico de la vida de una mujer, en donde todas nos vemos en riesgo. Sin embargo, en algunos casos, la edad es un factor que contribuye al desarrollo de la misma.

Por este motivo, pongo a su disposición el participar de forma voluntaria en un programa piloto sobre la prevención del desarrollo de depresión postparto en donde se requiere que conteste un cuestionario respecto a su estado de ánimo y posteriormente se le ofrecerá diferentes tipos de psicoterapia según su conveniencia (en caso de necesitarlo). Esperamos poder contar con su participación en esta investigación.

Si está interesada en recibir mayor información respecto a la investigación, no dude en comunicarse y con gusto coordinaremos una cita personal para responder cualquier duda o inquietud que pueda tener.

Atentamente,

Camila Ordoñez

0992579047

