

**TAMIZAJE DE DEPRESIÓN POSPARTO SEGÚN ESCALA DE  
EDIMBURGO EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL**

**Maria Alejandra Pardo Cubillos  
Daniel Fernando Pascagaza Orjuela  
Mariana Vargas Perdomo**

**Universidad El Bosque  
Facultad de Medicina  
Pregrado en Medicina  
Bogotá  
2020**

**TAMIZAJE DE DEPRESIÓN POSPARTO SEGÚN ESCALA DE  
EDIMBURGO EN ADOLESCENTES DEL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL**

**Maria Alejandra Pardo Cubillos  
Daniel Fernando Pascagaza Orjuela  
Mariana Vargas Perdomo**

**Director: Dra. María Cristina Geney Montes  
Director temático: Dr. Cesar Humberto Torres González**

**Trabajo de grado para optar por el título de Médico Cirujano**

**Universidad El Bosque  
Facultad de Medicina  
Pregrado en Medicina  
Bogotá  
2020**



La Universidad El Bosque no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia

## **AGRADECIMIENTOS**

Queremos agradecer a nuestros directores, los doctores Maria Cristina Geney y Cesar Humberto Torres, por su dedicación, paciencia, experiencia, interés y aliento no solo con este proyecto sino con nosotros como estudiantes. Han hecho de este proceso una gran experiencia y un privilegio haber podido contar con su guía y ayuda.

También queremos agradecer al Hospital Universitario Clínica San Rafael que nos acogió y nos brindó su apoyo en este trabajo de investigación.

Gracias a la docente Carolina Gutiérrez e Irene Parra por su decisivo apoyo desde el principio.

Por último, gracias a la Universidad El Bosque, y a las personas de esta institución que nos colaboraron, no solo durante este trabajo de investigación, sino durante toda nuestra carrera de pregrado.

## TABLA DE CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
2. JUSTIFICACIÓN	10
3. OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo general	13
3.2. Objetivos específicos	13
4. ANTECEDENTES - ESTADO DEL ARTE	14
4.1. Generalidades	14
4.2. Epidemiología	15
4.3. Escala de Edimburgo	16
5. METODOLOGIA	20
5.1. Tipo de estudio	20
5.2. Población	20
5.3. Criterios de elegibilidad:	20
5.3.1. Criterios de Inclusión:	20
5.3.2. Criterios de Exclusión:	21
5.4. Diseño muestral	21
5.5. Cálculo del tamaño de la muestra	21
5.6. Categorización de las variables	22
<b>5.7. Técnicas de recolección de la información</b>	24
5.7.1. Fuentes de información	24
5.7.2. Instrumento de recolección de la información	24
5.7.3. Proceso de obtención de la información	25
5.8. Control de sesgos y errores	26
5.9. Plan de análisis	26
6. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	28
6.1 Limitaciones	29
7. CONSIDERACIONES LOGÍSTICAS Y ADMINISTRATIVAS	30
7.1 Cronograma	30
7.2 Presupuesto	31
7.3 Grupo de trabajo	31
8. PRODUCTOS ESPERADOS	32
8.1. Productos académicos esperados	32
8.2 Productos esperados como pactados con el hospital	32

8.3 Método de difusión	32
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las últimas décadas, el embarazo en mujeres adolescentes se ha convertido en un tema de interés de salud pública visto que su prevalencia ha ido en incrementando. Según el Ministerio de Salud en Colombia, una de cada cinco adolescentes entre 15 y 19 años alguna vez ha estado embarazada. De las cuales, el 16% son madres y el 4% esperan su primer hijo (1). Según el Ministerio de Salud define adolescencia media como el grupo de personas de 14-16 años de edad y adolescencia tardía como el grupo de personas entre los 17-20 años. Estos últimos son independientes, y capaces de integrar su imagen corporal con su identidad y personalidad. Aunque los cambios físicos son pocos, estos aún tienen cambios psicológicos, sociales, emocionales y cognitivos (30).

Las madres adolescentes, deben de manera simultánea lidiar con su propio desarrollo y su nueva figura materna y la responsabilidad de criar un infante. En la mayoría de los casos, no se encuentran preparadas para realizar estas tareas y no tienen muchos recursos, lo cual trae un gran nivel de estrés (2). Las madres adolescentes pasan por una experiencia personal y social única que trae dificultades que contribuyen a alterar su funcionamiento y conducta posparto (3). En los Estados Unidos 500.000 niñas adolescentes se convierten en madres cada año y casi la mitad de ellas tuvieron síntomas depresivos de manera temprana en el periodo de postparto (2).

A nivel mundial, la depresión postparto (DPP) afecta aproximadamente el 12-15% de las mujeres adultas y hasta el 69% de las mujeres adolescentes que tienen partos (4). La sintomatología se caracteriza por episodios de depresión mayor, acompañadas de ideas

obsesivas respecto al bienestar del bebé y los desenlaces más temidos incluyen suicidio e infanticidio (5).

La depresión post parto en adolescentes es un problema grave en salud pública a nivel mundial, en el cual es muy complejo determinar cuál es la prevalencia real, pero los estudios denotan que las tasas de depresión son mayores en adolescentes al compararlas con las de los adultos (9). En un estudio realizado en 149 madres entre los 15 y 19 años de diferentes etnias mostró que el primer año postparto es el más difícil para madres adolescentes sin importar su etnia. Las madres enfrentan este periodo con limitados recursos sociales y psicológicos por lo cual les cuesta lidiar con su estrés emocional. Encontramos que el 29% de las madres tenían síntomas depresivos los cuales las ponen en riesgo de múltiples problemas psiquiátricos que deben ser evaluados de manera temprana (3). En un estudio realizado en Portugal, se evidencio que las madres adolescentes mostraron mayores síntomas depresivos y puntuaciones más altas que las madres adultas tanto en el embarazo como en el post parto. Lo cual significa que las madres adolescentes tienen mayor riesgo de depresión durante el embarazo y postparto, por lo tanto deberían ser un objetivo prioritario para medidas de prevención e intervención (10).

Asimismo, según una revisión sistemática realizada por Reid et al, sobre la depresión postparto en madres adolescentes, se encontró que hasta el 53% de las madres adolescentes muestran síntomas depresivos dentro de los primeros tres meses y que esto puede llevar a menos interacciones positivas con sus hijos, además de servir como base para problemas físicos y comportamentales en los niños (7). Las complicaciones más relevantes de la depresión postparto suele ser la interrupción de la lactancia materna, cambios a nivel emocional y un ambiente hostil en el hogar (8).

Por otra parte, la mejor manera de prevención es enfocarse en un mayor reconocimiento de los aspectos psicológicos en toda gestante durante sus controles prenatales ya que la

depresión antenatal y el historial depresivo son predictores fuertemente asociados con su ocurrencia (5). Hay una oportunidad de detectar y reconocer la depresión en estas jóvenes antes de presenciar efectos devastadores con el uso de la escala de Edimburgo, la cual está recomendada y es efectiva en personas de habla inglesa y española (4).

Por todo lo anterior, el presente estudio busca evaluar la depresión post parto en madres adolescentes según la escala de Edimburgo en el Hospital Universitario Clínica San Rafael.

***Pregunta de investigación***

¿Cuál es la prevalencia de depresión post parto en madres adolescentes del Hospital Universitario Clínica San Rafael mediante la aplicación de la escala de Edimburgo?

## 2. JUSTIFICACIÓN

Según Wolff, “El embarazo adolescente es un importante problema de Salud Pública, que incide directamente en la posibilidad de las jóvenes de completar a cabalidad las tareas de la adolescencia y de asumir los desafíos que implica el embarazo y el nacimiento de un hijo. El embarazo en esta etapa de la vida se asocia a consecuencias biológicas, psicológicas y sociales negativas tanto para la madre como para el hijo; siendo la depresión posparto uno de los principales riesgos” (14).

En Colombia, se estima que la tasa de fecundidad en el 2005 fue de 90 por mil. El 15% de las adolescentes de 15 a 19 años ya habían sido madres (16). Durante la adolescencia se presentan diversos factores, como socioeconómicos, demográficos, entre otros que influyen en el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad y así mismo quedar en embarazo en esa etapa de la vida es un factor de riesgo para tener depresión postparto, puesto que la adolescencia se acompaña de cambios físicos y hormonales.

En Colombia el segundo estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas reportó en mujeres una prevalencia anual de depresión de 3% y en la vida de 20,7%. Se ha demostrado una mayor incidencia de depresión en el sexo femenino y sobretodo en asociación a eventos vitales como lo es el parto. El puerperio se constituye entonces en una época en la cual los trastornos afectivos son comunes, pero algunos, como la depresión posparto son poco conocidos (15).

Según el DSM-V, la depresión post parto es aquella que ocurre durante el periparto hasta las 6 semanas postparto y se caracteriza por tristeza, llanto, disminución de la expresividad emocional, rechazo hacia el recién nacido, aislamiento familiar e incluso ideas suicidas u homicidas (16). Aunque no hay factores que directamente están relacionados con esta patología, se han encontrado asociaciones de algunos factores con el desarrollo de esta.

Las edades extremas, el embarazo no deseado, falta de apoyo por parte de la pareja o familia, abuso sexual, ser madre soltera, bajo nivel socioeconómico, abuso de sustancias, multiparidad, complicaciones del embarazo, parto por cesárea, problemas para la lactancias, son algunos de estos factores que pueden predisponer a que la madre desarrolle el trastorno (17).

Para evaluar el riesgo de depresión postparto se emplea la escala de Edimburgo la cual fue desarrollada en Reino Unido, y es una escala rápida, fácil de usar, tiene fuertes propiedades psicométricas, y la capacidad de comparar puntuaciones con diversas muestras (2). Los investigadores Morris y cols, comprobaron una significativa relación entre las mujeres con una puntuación alta en la Escala de Edimburgo para Depresión Postparto y algún síntoma depresivo durante el embarazo ( $p < 0,0001$ ). Por otra parte, Evans y cols, demostraron que las mujeres adolescentes presentan más depresión (18). Es una herramienta confiable, fácil de aplicar y económica para el sistema de salud en cuanto a herramienta de tamizaje.

La presente propuesta de investigación tiene un valor significativo para la población madre-adolescente, para la comunidad científica y clínica, dado que usando la escala de Edimburgo podemos identificar y tamizar de manera temprana a estas pacientes para diagnosticarlas y darles un tratamiento adecuado, evitar complicaciones asociadas a esta enfermedad y sobretodo, disminuir la incidencia de esta patología. Esto se puede lograr a través de medidas preventivas al tener en cuenta los factores de riesgo y la puntuación de la escala de Edimburgo, visto que a mayor puntaje, mayor relación con la patología, para así realizar una pesquisa de las mujeres que tienen riesgo de desarrollarla. Por esto es de nuestro interés evaluar si hay depresión post parto en las adolescentes del Hospital Universitario Clínica San Rafael debido a que al utilizar la escala de Edimburgo, podemos detectar de manera temprana a las pacientes que padecen esta enfermedad y brindarles un tratamiento oportuno. Al detectar esta enfermedad a tiempo disminuiría los costos al sistema de salud, porque se podrían empezar manejos como la psicoterapia, grupos de apoyo y farmacoterapia en los casos en que se

indique. Por otro lado, en Colombia han sido muy pocos los estudios que se han realizado sobre la depresión post parto en adolescentes. A causa de esto es nuestro interés es evaluar a las pacientes y ver la prevalencia de esta enfermedad en el hospital objeto de estudio.

### **3. OBJETIVOS**

#### *3.1 Objetivo general*

Determinar la prevalencia de depresión post parto en madres adolescentes del Hospital Universitario Clínica San Rafael mediante la aplicación de la escala de Edimburgo.

#### *3.2 Objetivos específicos*

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de las pacientes adolescentes en puerperio del Hospital Universitario Clínica San Rafael.
2. Establecer los puntajes de la Escala de Edimburgo aplicada a la población adolescente en puerperio del Hospital Universitario Clínica San Rafael.
3. Analizar si existe asociación entre los factores sociodemográficos y clínicos con los puntajes de la Escala de Edimburgo en la población a estudio.
4. Identificar los factores asociados a la depresión postparto en pacientes adolescentes en el HUCSR.

## 4. ANTECEDENTES - ESTADO DEL ARTE

### 4.1. *Generalidades*

La depresión postparto se clasifica como un trastorno depresivo mayor según la Sociedad Americana de Psiquiatría. Esta se asocia a cambios hormonales que experimenta la mujer durante y después del embarazo. Según el DSM-IV para clasificarla como un trastorno mental debe cumplir con al menos cinco de los siguientes síntomas: el estado de ánimo se encuentra deprimido o pierde el interés por las cosas, alteración del apetito o pérdida o ganancia de peso, alteración del sueño, agitación motora, fatiga o pérdida de energía, culpa o inutilidad, dificultad de concentración, idea suicida o pensamientos de muerte. Todos estos síntomas deben estar presentes por al menos dos semanas (3). Esto repercute en la vida cotidiana de la madre y de su hijo ya que la madre siente una desconexión con el bebé y la alimentación y el cuidado de este se ve realmente afectado (12).

El periodo postparto, hace referencia a las primeras seis semanas posteriores al parto, en el cual se da el proceso de adaptación a cambios neuroendocrinos y psicosociales, generando un estrés en la madre que puede conllevar a la depresión. En sí, la depresión postparto hace referencia a un episodio depresivo que ocurre dentro de los primeros doce meses después del parto y los síntomas perduran por lo menos dos semanas consecutivas. Estos síntomas incluyen: tristeza, pérdida de placer o interés, pérdida de apetito, insomnio/hipersomnia, fatiga, falta de atención, inquietud en actividades diarias o ideas de muerte sin estructuración. Las prolongaciones de estos síntomas conllevan a una disfunción psicosocial de la madre (19). Es decir, durante las primeras seis semanas después del parto las madres atraviesan un periodo de cambio que las hace susceptibles a desarrollar síntomas de melancolía, tristeza y desinterés, que puede perdurar más de dos semanas y convertirse en un trastorno de depresión postparto.

#### 4.2. *Epidemiología*

Según la Encuesta Nacional de demografía y salud del 2010, en Colombia, la prevalencia de la DP fue del 12,9 %, siendo mayor en zonas urbanas que en rurales (15,1 % a 6,8 %) y mujeres entre los 20 a 34 años con una incidencia del 13,4 %. En cuanto al orden de nacimiento, se observó que las mujeres primigestantes, presentan la mayor prevalencia de DP con 15,4 %, seguido de las mujeres con segundo y tercer parto con 12,5 %. El nivel educativo más alto alcanzado por la madre igualmente presentó diferencias, siendo la prevalencia de DP más baja, en las mujeres con nivel educativo de primaria 6,2 %, mientras que la formación universitaria alcanzó un 21,4 % de DP (6).

Existen diversos factores de riesgo asociados como lo son la violencia intrafamiliar, un embarazo no deseado, las dificultades económicas, que no haya apoyo familiar, rechazo por parte de los compañeros del colegio en el caso de los adolescentes, una personalidad neurótica, tendencia a la introversión, episodios depresivos previos, presentar episodios depresivos durante el embarazo, no tener pareja, ideación o intento de aborto y no lactar (13).

Antecedente personal de depresión un predictor fuerte de DPP. En 2003 un estudio, evaluó a 106 mujeres chilenas a los seis meses de su postparto, encontrando que 71,42% con este predictor desarrollaron depresión post parto; lo destacaron como el principal factor de riesgo. Esto también ha sido reportado como significativo por varios investigadores. (28)

El Ministerio de Salud sugiere que durante los controles prenatales se deben tener en cuenta los siguientes factores de riesgo: antecedentes de depresión en la familia, intentos de suicidio en la familia o personal, consumo de sustancias en asociación a trastornos afectivos, ansiedad, ausencia de apoyo emocional de la pareja o familiares, violencia doméstica o un embarazo no planeado. (29)

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V, existen estudios prospectivos que han demostrado que las alteraciones del estado de ánimo y ansiedad durante el embarazo, aumentan el riesgo de un episodio de depresión postparto (20). Así mismo, existen diversos factores de riesgo para la depresión postparto como lo son: ansiedad de la madre frente al cambio de vida que va a tener cuando nazca el bebé, antecedentes de depresión, eventos vitales perturbadores, baja autoestima, falta de apoyo de sus seres cercanos, especialmente de la pareja, violencia doméstica, embarazo no deseado, relación conflictiva con su pareja, todo esto incrementará el riesgo de depresión. Teniendo en cuenta lo anterior, el riesgo es mayor cuando son madres adolescentes, porque estas tienen un mayor riesgo de morbimortalidad obstétrica, más probabilidad de deserción escolar, dependencia económica e inactividad laboral, y de generar vínculos inestables hacia sus hijos. Por este motivo, los hijos de madres adolescentes estarían más expuestos a la morbimortalidad perinatal y neonatal, prematuridad y bajo peso al nacer, y negligencia parental (21).

En relación a la incidencia alrededor del mundo de embarazos en adolescentes entre los 15 y 19 años, alcanza el 10% en Estados Unidos, el 4% en Europa Occidental y Japón. En Chile 15% y en Colombia para el 2017 según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Profamilia es el 17.4%. El reporte de DPP en adolescentes muestra importantes fluctuaciones, con valores que oscilan entre 20 y 57%. Schmidt y cols, en tanto, siguió durante cuatro años a madres adolescentes, observando un 36,7% de síntomas depresivos dentro de los primeros tres meses posparto y 21,1 % a los 48 meses (22).

#### 4.3. *Escala de Edimburgo*

La escala de Edimburgo es una de las herramientas que se ha empleado para medir la depresión postparto, está validada en varios países y traducida en diferentes idiomas. Esta consta de 10 ítems, cada uno de ellos con cuatro opciones de respuesta de 0 a 3 puntos, de

acuerdo con la severidad de los síntomas depresivos; una puntuación mayor a 10 indica probabilidad de depresión (11). La escala de Edimburgo para la depresión posnatal es utilizada de manera internacional con mujeres adultas, pero pocas propiedades psicométricas se han descrito en muestras con madres adolescentes (2). Sin embargo, ya en varios estudios internacionales se ha implementado la escala en madres adolescentes con buenos resultados. Además, en un estudio realizado en una muestra de madres adolescentes de 16-17 años con 4-6 semanas postparto, se encontró que las propiedades de la escala son aceptables para el uso en niñas adolescentes, debido a que síntomas de ansiedad y depresión son característicos de síntomas depresivos en madres adolescentes de manera similar a lo encontrado en madres adultas(2).

La Escala de Depresión de Posparto de Edimburgo (EPDS) es una herramienta útil y validada como apoyo al profesional de la salud para el tamizaje en atención primaria de las madres que padecen depresión post-parto. Esta fue creada en Livingston y Edimburgo, consistiendo de 10 preguntas claras y concisas, cada una con cuatro posibles respuestas, de las cuales la madre escoge cual es la que más se aproxima a sus emociones durante la semana transcurrida. Contestar la encuesta no lleva más de cinco minutos y junto con el juicio clínico ayuda en un 92% a detectar algún tipo de depresión de diferentes grados de severidad.

A causa de que la escala hace referencia a las emociones maternas durante la semana previa, cuando hay incertidumbre sobre los resultados, se puede reevaluar la paciente repitiendo la escala al cabo de dos semanas. Es importante recordar que la escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

La escala se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. Las categorías de respuesta son aludiendo a que nunca pasa algo, casi nunca, a veces y siempre y se dan puntos de 0, 1, 2, 3 según el aumento de la gravedad. Se suman todos

los puntos para generar una puntuación total y una mayor a 10 muestra la probabilidad de una depresión sin precisar su gravedad. Es importante recalcar, que la pregunta diez atribuye a ideas de autolesión y por eso cualquier puntaje que no sea cero en esta pregunta, es necesario que se hagan remisiones y evaluaciones adicionales inmediatamente (24). Esta escala ha sido ampliamente evaluada, se ha utilizado en 23 países y tiene un nivel significativo de sensibilidad (86%) y especificidad (78%) para identificar las madres en riesgo de depresión postparto (23). El área total de la curva ROC fue de 0.937 (error estándar = 0.20;  $p < 0.001$ ), lo que indica que la escala de Edimburgo tiene una excelente capacidad para detectar mujeres con depresión postparto, además de presentar una buena consistencia interna.

En un estudio realizado en Brasil, el punto de corte fue de diez, con 86.4% de sensibilidad y 91.1% de especificidad. Berle y col. mostraron que la traducción al noruego fue efectiva así como con otras lenguas, como herramienta de detección para la depresión posnatal. Vega-Dienstmaier y col. en un estudio sobre 321 mujeres en su primer año post parto, la escala tuvo un punto de corte de 13.5, una sensibilidad del 84% y una especificidad del 79% para el diagnóstico de depresión postparto. Informaron un coeficiente de correlación de 0.44 entre la escala y algunos síntomas de depresión mayor, junto con un  $\alpha$  de Cronbach = 0.70, se concluye en el estudio que la versión en español tenía propiedades psicométricas apropiadas. Montazeri y col. en un estudio de 100 mujeres en Irán, tuvo un  $\alpha$  de Cronbach de 0.77, y eso para el segundo período fue de 0,86 (25).

La consistencia interna de la escala de Edimburgo en español fue razonablemente buena con un  $\alpha$  de Cronbach 0,77. Los coeficientes de validez para la escala se calcularon para determinar el mejor umbral de caso/no caso el cual dio un valor de 9/10. La sensibilidad de 100%, la especificidad del 80% y el valor predictivo positivo del 37%. Es decir, se demostró que el EPDS es un instrumento de detección útil para la depresión posnatal en estos entornos. La traducción al Español de la escala ya fue validada en un estudio realizado en Chile, donde

igualmente se demostró que la incidencia y prevalencia no difiere de manera substancial de naciones desarrolladas a las que están en desarrollo, así como no se ve diferencia entre los resultados de mujeres con diferentes estados socioeconómicos (26). Adicionalmente, en Colombia mediante un estudio realizado en Cartagena, se pudo observar que la escala de Edimburgo para depresión postparto, muestra una alta consistencia interna de 0.78 y una estructura tridimensional de síntomas depresivos en gestantes, sugiriendo que la escala es confiable y válida para ser utilizada en el país (27).

Por lo anterior, es importante determinar que la escala Edimburgo, permite determinar un pre diagnóstico de depresión Posparto, para lo cual, las mujeres cuando presentan estos síntomas deben ser valoradas por un especialista, que les brinde ayuda y si es necesario empezar un tratamiento. De la misma manera, se debe tener un enfoque biopsicosocial, gracias a que este permite cubrir todos los factores involucrados así como optimizar la respuesta clínica. Dependiendo de la gravedad de los síntomas que presente la paciente cambiará el tipo de tratamiento, pero en todos los casos se tiene que tener en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales (14).

## 5. METODOLOGIA

### 5.1. Tipo de estudio

Se realizará un estudio cuantitativo, descriptivo transversal, a través de la aplicación de la Escala de Edimburgo para determinar el riesgo de depresión post parto en pacientes adolescentes.

### 5.2. Población

- Población de Referencia: Pacientes adolescentes en post parto.
- Población Blanco: Pacientes adolescentes en post parto en Colombia.
- Población en Estudio: Pacientes adolescentes en post parto en el Hospital Universitario Clínica San Rafael en el periodo comprendido entre Junio del 2020 y Diciembre del 2020.

### 5.3. Criterios de elegibilidad:

#### 5.3.1. Criterios de Inclusión:

- Pacientes adolescentes de 16 a 19 años con partos atendidos en el Hospital Universitario Clínica San Rafael que asistan a la consulta de puerperio.
- Pacientes con antecedente de atención en el Hospital Universitario Clínica San Rafael y que se encuentren en los primeros 40 días del post parto.
- Participación voluntaria y con consentimiento informado verbal para participar en el estudio.

### 5.3.2. *Criterios de Exclusión:*

- Paciente con déficit cognitivo, problemas de audición o comunicación que dificulten la participación en el estudio.
- Paciente con problemas por consumo de SPA y que ya se encuentren en tratamiento por psiquiatría
- Pacientes con óbito fetal o muerte perinatal

### 5.4. *Diseño muestral*

Se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia, tomando de forma consecutiva las pacientes adolescentes entre edades de 16 a 19 años con partos atendidos en el Hospital Universitario Clínica San Rafael, que asistan a la consulta de puerperio de la institución y que cumplan con los criterios de elegibilidad, en el periodo comprendido entre Junio y Diciembre del 2020.

### 5.5. *Cálculo del tamaño de la muestra*

Se entrevistarán 146 pacientes femeninas adolescentes con un rango de edad entre los 16 a 19 años en el periodo de puerperio, atendidas en el Hospital Universitario Clínica San Rafael, utilizando la escala de Edimburgo, calculando el número de muestra necesario con el total de pacientes atendidas, con un número de confianza de 95% y una margen de error del 5. El estudio se realiza sobre el periodo de junio y septiembre del 2020. Este valor se obtuvo teniendo en cuenta que para el año 2019 durante el periodo de junio a septiembre se obtuvieron 1773 nacimientos atendidos en el Hospital Universitario Clínica San Rafael, de los cuales 180 maternas tenían entre 16 y 19 años. Teniendo en cuenta que el Valor  $N= 180$ ,  $K= 1.96$ ,  $e=5\%$ ,  $p=0.5$ ,  $q=1-p=0.5$ , se utilizó una calculadora de muestras de Feedback Network que arrojó un  $n= 146$ , por ende se comparan 146 pacientes.

## 5.6. Categorización de las variables

Tabla 1. Variables

<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>CATEGORÍAS</b>	<b>RANGO DE VALOR</b>
<u>EDAD</u>	Número de años cumplidos	Cuantitativa, Razón	NO APLICA	16-19 años
<u>ESTADO CIVIL</u>	Es la situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación, y que va a determinar la capacidad de obrar y los efectos jurídicos que posee cada individuo.	Cualitativa, Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Casada/ convive con pareja</li> <li>2. Con pareja/ no conviven</li> <li>3. Sin pareja</li> </ol>	NO APLICA
<u>LUGAR DE RESIDENCIA</u>	Zona o lugar donde se habita	Cualitativa, Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Urbana</li> <li>2.Rural</li> </ol>	NO APLICA
<u>OCUPACIÓN</u>	Hace referencia al trabajo, empleo u oficio de una persona.	Cualitativa, Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Estudiante</li> <li>2.Empleada</li> <li>3.Hogar</li> </ol>	NO APLICA
<u>APOYO DE PAREJA</u>	Ayuda para buscar soluciones que se brinda a la pareja cuando tiene problemas, mediante la proporción de soporte, afecto, amor y comunicación mutua.	Cualitativa, Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. NO</li> <li>2. SI</li> </ol>	NO APLICA
<u>APOYO FAMILIAR</u>	Se refiere a la presencia de la unidad familiar durante el proceso de enfermedad, discapacidad y asistencia de uno de sus miembros.	Cualitativa, Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. NO</li> <li>2. SI</li> </ol>	NO APLICA

<u>ESTRATO SOCIO-ECONÓMICO</u>	Clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos. Se realiza principalmente para cobrar de manera diferencial por estratos los servicios públicos domiciliarios permitiendo asignar subsidios y cobrar contribuciones en esta área	Cualitativa, Ordinal	1-6	NO APLICA
<u>ANTECEDENTES GINECOBSTRICOS</u>	Si corresponde a paciente uni gestante o multigestante , número de abortos, número de hijos vivos y fallecidos	Cualitativa, Nominal	1:Primigestante/gestante 2: Multi Gestante 3: Abortos (# de abortos) 4: Hijos vivos (# de hijos vivos) 5: Hijos muertos (# de hijos muertos)	0-10
<u>EMBARAZO DESEADO</u>	Paciente que refiere si embarazo fue planeado o no	Cualitativa, Nominal	1.Si 2.No	NO APLICA
<u>NIVEL DE EDUCACIÓN</u>	Proceso de formación permanente, personal cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes.	Cualitativa, Nominal	1: Educación inicial 2: Educación preescolar 3: Educación básica 4: Educación media 5: Educación superior	1-6
<u>VÍA DEL PARTO</u>	Si paciente presenta un parto vaginal, si durante el parto necesito asistencia instrumental o si la paciente dio a luz, a través de cesárea.	Cualitativa, Nominal	1.Parto vaginal 2. Parto instrumentado 3.Cesárea	NO APLICA
<u>ANTECEDENTE DE ABORTO</u>	Si la paciente tiene historia de interrupción voluntaria o involuntaria de un embarazo.	Cualitativa, Nominal	1.Si 2.No	NO APLICA
<u>ANTECEDENTE DE ÓBITO O</u>	Historia de muerte fetal que ocurre en un	Cualitativa, Nominal	1.Si 2.No	NO APLICA

<u>MUERTE PERINATAL</u>	embarazo tardío o muerte del bebé recién nacido.			
<u>COMPLICACIONES NEONATALES</u>	Disrupciones y trastornos sufridos por el bebé en su período neonatal.	Cualitativa, Nominal	1.Si 2.No	NO APLICA
<u>COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS</u>	Patologías que ponen en riesgo el desarrollo del embarazo y pone en riesgo la vida tanto del feto como la de la madre.	Cualitativa, Nominal	1. Parto pretérmino 2. Preeclampsia – Trastornos hipertensivos 3. Hemorragia post parto 4. Infección puerperal 5. Otros 6. Ninguna	NO APLICA
<u>PUNTUACIÓN EN LA ESCALA DE EDIMBURGO</u>	Valor que se obtiene tras realizar el cuestionario de Edimburgo a las adolescentes en periodo post parto.	Cuantitativa, Razón	NO APLICA	1-30

## 5.7. *Técnicas de recolección de la información*

### 5.7.1. *Fuentes de información*

La fuente de información será de tipo primaria, a partir de la entrevista telefónica a las pacientes (se opta por esta opción por la situación del pandemia del país, se aclara en limitantes del estudio). También se tomará información secundaria a partir de la revisión de las historias electrónicas del sistema Heon de la institución para la obtención de los datos faltantes o dudosos de las historias clínicas de las pacientes.

### 5.7.2. *Instrumento de recolección de la información*

Para la recolección de los datos se diligenciará de manera virtual simultáneamente a la llamada telefónica, un formato donde se registrarán las variables a estudiar (Anexo 3). No se

consignarán datos de identificación de las pacientes, como nombres propios o número de documento de identidad, con el fin de guardar su confidencialidad.

### 5.7.3. *Proceso de obtención de la información*

Las pacientes elegibles se reclutarán a partir del listado de asignación de citas de control de puerperio, realizado en la oficina de Ginecología y Obstetricia de la institución. Se realizará un filtro inicial a partir de las edades de las pacientes y revisión de los criterios de elegibilidad a partir de la historia clínica.

Se contactará a las pacientes de manera telefónica, donde se verificará el cumplimiento de los criterios de elegibilidad para el ingreso al estudio. Se leerá un libreto (Anexo 1) donde se explicará de manera clara el estudio, la importancia de su participación voluntaria y se solicitará el consentimiento informado de manera verbal.

Posteriormente, los investigadores principales aplicarán el cuestionario de forma individual a las pacientes de manera telefónica, diligenciando el instrumento de recolección de datos, que incluye las características clínicas, sociodemográficas y la Escala de Edimburgo (Anexo 3 y 4).

La lectura del libreto se llevará a cabo en dos momentos, si es el caso de que la paciente no tenga el tiempo o la disponibilidad para realizar la encuesta de la mejor manera posible.

Se aplicará la Escala de Edimburgo para la depresión postparto como finalidad para hacer el tamizaje de las mujeres con mayor probabilidad para desencadenar depresión puerperal, determinando la frecuencia de riesgo para el desencadenamiento de la enfermedad. Este es un instrumento de autoevaluación que contiene diez preguntas, con cuatro opciones que son puntuadas de 0 a 3, de acuerdo con la presencia o intensidad de los síntomas: humor deprimido o disfórico, insomnio, pérdida del placer, disminución del desempeño en el día a día, sentimientos de culpa e ideas de muerte y suicidio.

En los casos de datos clínicos faltantes o dudosos se podrá realizar la revisión de las historias clínicas electrónicas del programa Heon utilizado en la institución, con el fin de garantizar la veracidad y exactitud de los datos sociodemográficos y clínicos que hacen parte de los criterios de inclusión o exclusión, para la elección de las pacientes.

#### 5.8. *Control de sesgos y errores*

Los sesgos de información serán controlados por medio del uso de un instrumento de recolección único que será diligenciado por los investigadores principales únicamente con el fin de mantener la confidencialidad de los pacientes. En el caso de datos sociodemográficos y clínicos faltantes se emplea la historia clínica como fuente de información secundaria.

Los sesgos de selección se controlarán por los criterios de elegibilidad utilizados. Se realizó un cálculo del tamaño de la muestra para estudios transversales por medio de un programa estadístico (Epidat) para asegurar una muestra representativa de la población.

#### 5.9. *Plan de análisis*

Se realizará un análisis descriptivo de las variables con distribución de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Se realizarán pruebas de normalidad mediante la prueba de Shapiro Wilk para variables cuantitativas y de acuerdo a esta se describirán con medidas de tendencia central (media y mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar y rango intercuartil).

El análisis bivariado de variables cualitativas se realizará mediante la prueba de chi cuadrado. La comparación de variables cuantitativas con cualitativas se realizará con la prueba de T de Student en el caso de variables con distribución normal y la prueba no paramétrica U

de Mann-Whitney en aquellas variables cuantitativas con distribución no normal. Se considerará diferencia estadísticamente significativa con valores de  $p < 0.05$ .

Se utilizará Microsoft® Office® 2013 para la realización de la base de datos, tablas, gráficos y la elaboración del informe final. Todo el análisis estadístico se realizará en IBM® SPSS® Statistics versión 22 (licencia universitaria).

## **6. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Según la Resolución No.8430 de 1993, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y teniendo en cuenta el tipo de estudio de este caso, se establece que corresponde a una investigación de riesgo mínimo ya que es un estudio prospectivo que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes como la toma de datos sociodemográficos, clínicos y la aplicación de la Escala de Edimburgo.

En lo referente a la Declaración de Helsinki de 1993, establecida por la Asociación Médica Mundial (AMM), se obtendrá de manera verbal el consentimiento informado, explicando a las pacientes de manera clara y concisa sobre qué significa el trabajo y su propósito.

La información será tratada con estricta confidencialidad. Los datos recolectados y las historias clínicas serán analizados sólo por los investigadores principales, incluyendo el médico psiquiatra que hace parte del equipo y compartidos con el comité de ética. Nadie más tendrá acceso a la información recolectada. Los datos necesarios para el estudio se obtendrán a partir de un formato único de recolección, donde no se consignarán ni el nombre ni el documento de identidad de las pacientes para mantener su privacidad.

En el caso que durante la aplicación de la Escala de Edimburgo se detecte una paciente con un alto riesgo de depresión post parto serán canalizadas para una valoración prioritaria por psiquiatría en su entidad prestadora de salud, a través del reporte, seguimiento y búsqueda activa de las mismas.

Para las mujeres que según la escala presenten un bajo riesgo de depresión postparto se realizará indicaciones sobre medidas generales para la prevención y detección temprana de la misma, aconsejando que busquen ayuda cuando lo requieran.

El estudio previo a su ejecución será sometido a análisis, evaluación y aprobación por parte del Comité de Investigaciones y del Comité de Ética en Investigación del HUCSR.

El fin del presente estudio es únicamente académico, no tiene ningún interés o vínculo comercial. Adicionalmente, ofrece beneficios para la comunidad científica y para el Hospital Universitario Clínica San Rafael a través de la obtención de información relacionada con el riesgo de depresión post parto en pacientes adolescentes.

Por último, los investigadores se comprometen a retroalimentar y socializar dentro de la Unidad de Obstetricia y Ginecología y demás áreas relacionadas de la institución los hallazgos del estudio. Además, se busca publicar los resultados en revistas científicas relacionadas con el área temática del estudio para su conocimiento y divulgación.

### *6.1 Limitaciones*

A causa de la situación actual de Pandemia a causa de Covid-19, la recolección de información del estudio se realizará de manera telefónica, ya que hay recomendaciones sobre el distanciamiento social, evitar la consulta de forma presencial y restricciones por parte de las universidades sobre la presencia de estudiantes de medicina en áreas clínicas. No se tendrá en cuenta las adolescentes menores de 16 años, ya que requeriría el consentimiento de los padres asociado al asentimiento de la menor. Con la recolección de datos en modalidad telefónica podría existir dificultad en el correcto entendimiento y aprobación de los sujetos y sus acudientes por lo que se prefiere no tener en cuenta esta población.

## 7. CONSIDERACIONES LOGÍSTICAS Y ADMINISTRATIVAS

A continuación se presentan las actividades realizadas en el plan de trabajo, con sus respectivos periodos y alcances. Asimismo, se presenta de manera específica los costos proyectados en la aplicación y ejecución de la escala, como el grupo de investigadores que desarrollan el presente estudio.

### 7.1 Cronograma

Tabla 2. Cronograma de las actividades a ser desarrolladas en el proyecto de investigación.

ACTIVIDADES	2019							2020											
	Jun	Jul	Ag	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ag	Sep	Oct	No	Dic
Idea de investigación y búsqueda de la literatura	■	■																	
Elaboración del Protocolo de Investigación			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■							
Estudio y aprobación de comité de ética													■						
Aplicación de entrevistas													■	■	■	■			
Elaboración de base de datos													■	■	■				
Análisis estadístico de los resultados														■	■	■			
Elaboración del trabajo final																	■	■	■
Elaboración de artículo científico																	■	■	■
Sustentación oral de trabajo de grado																			■

## 7.2 Presupuesto

Tabla 3. Presupuesto

Rubros	Especificaciones	Total del proyecto (COP)
1. Personal	Horas de un epidemiólogo empleadas en asesoría y análisis de datos.	\$1.500.000
2. Equipos especializados	Uso de computadores del Hospital Universitario Clínica San Rafael para revisión de Historias Clínicas (préstamo, electricidad)	\$300.000
3. Equipos propios	Uso de Teléfonos para realizar las llamadas	\$630.000
<b>TOTALES</b>		\$2.430.000

La totalidad de rubros descritos serán cubiertos por los investigadores principales.

## 7.3 Grupo de trabajo

Para esta investigación, se cuenta con la Doctora Maria Cristina Geney, médica ginecoobstetra y epidemiología del Hospital Clínica San Rafael como directora metodológica, el doctor César Humberto Torres, médico psiquiatra y gestor de docencia e investigación del Hospital Clínica San Rafael como director temático, Maria Alejandra Pardo, Daniel Fernando Pascagaza y Mariana Vargas, estudiantes de décimo semestre de medicina de la Universidad El Bosque, como investigadores principales en la ejecución y desarrollo de esta propuesta.

## **8. PRODUCTOS ESPERADOS**

### *8.1. Productos académicos esperados*

A partir de los resultados de este trabajo de investigación se espera la elaboración de un artículo científico para su publicación en una revista científica indexada en el área de interés.

### *8.2 Productos esperados como pactados con el hospital*

Al finalizar el estudio se realizará una retroalimentación de los resultados con las áreas involucradas del HUCSR, como son: la Unidad de Ginecología y Obstetricia y el departamento de Psiquiatría.

### *8.3 Método de difusión*

Los investigadores se comprometen socializar los hallazgos del estudio en el Hospital Universitario Clínica San Rafael dentro de las unidades que se puedan beneficiar. También, se busca publicar los resultados en revistas científicas relacionadas con el área temática del estudio.

En el caso que durante la aplicación de la Escala de Edimburgo se detecte una paciente con un alto riesgo de depresión post parto serán canalizadas para una valoración prioritaria por psiquiatría en su entidad prestadora de salud, a través del reporte, seguimiento y búsqueda activa de las mismas.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Embarazo adolescente en Colombia [Internet]. Minsalud.gov.co. [citado 14 Julio 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/embarazo-adolescente/anexo-cifras-embarazo-adolescente-en-colombia-documentoICFB-jul-2013.pdf>
2. Logsdon M, Usui W, Nering M. Validation of Edinburgh postnatal depression scale for adolescent mothers. Archives of Women's Mental Health [Internet]. 2009;12(6):433-440. Disponible en: <https://link-springer-com.ezproxy.unbosque.edu.co/content/pdf/10.1007%2Fs00737-009-0096-z.pdf>
3. Birkeland R, Thompson J, Phares V. Adolescent Motherhood and Postpartum Depression. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology [Internet]. 2005;34(2):292-300. Disponible en: [https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15374424jccp3402\\_8](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15374424jccp3402_8)
4. Anderson C. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to Screen for Symptoms of Depression among Latina, African American and Caucasian Adolescents. Southern online journal of nursing research [Internet]. 2010 [citado 26 Junio 2019];10(1). Disponible en: <https://rc.library.uta.edu/uta-ir/bitstream/handle/10106/11678/Using%20the%20Edinburgh%20Postnatal%20Depression%20Scale.pdf?sequence=1>
5. Mendoza B, C. and Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Revista médica de Chile, 143(7), pp.887-894.
6. Ramírez-Vélez R, Rincón-Pabón D. Depresión posparto en mujeres colombianas: análisis secundario de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2010. Revista de Salud Pública [Internet]. 2014;16(4):534-546. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/40673/50589>
7. Reid V, Meadows-Oliver M. Postpartum Depression in Adolescent Mothers: An Integrative Review of the Literature. Journal of Pediatric Health Care [Internet]. 2007;21(5):289-298. Disponible en: <https://www.sciencedirect.c>
8. Ciencias Médicas. Escuela de Medicina, [online] 1(1), pp.1-53. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/32545/1/CD-1893%20NIOLA%20TOASA%2c%20ANA%20GABRIELA.pdf> [Citado 26 Junio 2019].

9. Echeberria, M. (2015). Depresión post parto en madres adolescentes. *Universidad de la Rioja*, [Internet] 1(1), pp.5-44. Disponible en: [https://biblioteca.unirioja.es/tfe\\_e/TFE001093.pdf](https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001093.pdf) [Citado 26 Junio 2019].
10. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health* [Internet]. 2007;10(3):103-109. Disponible en: <https://link-springer-com.ezproxy.unbosque.edu.co/article/10.1007%2Fs00737-007-0178-8>
11. Ramírez, F., Cruz, P. and Gómez, D. (2013). Revisión bibliográfica sobre la depresión postparto en madres adolescentes. [Internet] 1(1), pp.79-82. Disponible en: [http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/7\\_REVISION.pdf](http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/7_REVISION.pdf) [Citado 26 Junio 2019].
12. Lara, L., Ruiz Ornelas, J. and Aguirre Rivera, W. (2012). Modelo de intervención temprana en la depresión posparto en un hospital de tercer nivel. *Esp Méd Quir*, 2.
13. Adolescents. *Southern online journal of nursing research* [Internet]. 2010 [citado 26 Junio 2019];10(1). Disponible en: <https://rc.library.uta.edu/uta-ir/bitstream/handle/10106/11678/Using%20the%20Edinburgh%20Postnatal%20Depression%20Scale.pdf?sequence=1>
14. Wolff L Claudia, Valenzuela X Paula, Esteffan S Karim, Zapata B Daniela. Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2009 [citado 2019 Jul 04] ; 74( 3 ): 151-158. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262009000300004&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000300004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000300004>.
15. Latorre-Latorre, J., Contreras-Pezzotti, L., Susana García-Rueda, S. and Arteaga-Medina, J. (2006). La depresión postparto en madres adolescentes de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, [Internet] 57(3), p.3. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1952/195214319003.pdf> [Citado 5 Julio 2019].
16. Urdaneta M José, Rivera S Ana, García I José, Guerra V Mery, Baabel Z Nasser, Contreras B Alfi. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2011 [citado 2020 Feb 21] ; 76( 2 ): 102-112. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262011000200007&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000200007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262011000200007>.

17. Meléndez M, Díaz M, Bohorjas L, Cabañas A, Casas J, Castrillo M et al. Depresión postparto y los factores de riesgo [Internet]. Redalyc.org. 2017 [cited 19 February 2020]. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375955679003.pdf>
18. Domínguez-Anaya, R. and Herazo-Beltrán, Y. (2011). Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena (Colombia) 2009. estudio de corte transversal. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecol, [Internet] 62(2), p.3. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/230/217> [Citado 5 Julio 2019].
19. Solís Solano M, Pineda Mejía A, Chacón Madrigal J. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2019;4(6):90-99. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/248/553>
20. Rojas I, Dembowski N, Borghero F. Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento Santiago: Minsal, 2014. Ministerio de salud [Internet]. 2014 [cited 12 August 2019];8-9. Available from: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
21. Edinburgh Postnatal Depression Scale [Internet]. Illinois.gov. 2019 [citado 23 Septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.illinois.gov/hfs/medicalproviders/maternalandchildhealth/pages/edinburgh.aspx>
22. Wolff L Claudia, Valenzuela X Paula, Esteffan S Karim, Zapata B Daniela. Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2009 [citado 2020 Feb 22] ; 74( 3 ): 151-158. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262009000300004&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000300004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000300004>.
23. Holden J, Cox J, Sagovsky R. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh [Internet]. Nj.gov. [citado 6 Agosto 2019]. Disponible en: [https://nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale\\_sp.pdf](https://nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf)
24. Kheirabadi GR, Maracy MR, Akbaripour S, Masaeli N. Psychometric properties and diagnostic accuracy of the Edinburgh postnatal depression scale in a sample of Iranian women. *Iran J Med Sci*. [internet]. 2012[citado 23 de septiembre 2019];37(1):32–38.
25. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynecol* [Internet]. 1995 [citado 6 Agosto 2019];16:187-191. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/60a7/6db7c810c7b9b9d7902c85d62cf6b3188010.pdf>

26. Campo-Arias A, Ayola-Castillo C, Peinado-Valencia H, Amor-Parra M, Cogollo Z. Escala de edinburgh para depresión posparto: consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. 58th ed. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2007. p. (277-283).
27. Mattar R. et al. A violênica doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29: 470-477.
28. Robertson E, Sherry G, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. Gen Hosp Psychiatry 2004; 26: 289- 95.
29. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15. Bogotá, Colombia. 2013
30. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia [Internet]. Minsalud.gov.co. 2008 [cited 13 May 2020]. Available from:  
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Modelo%20de%20servicios%20de%20salud%20amigables%20para%20adolescentes%20y%20j%C3%B3venes.pdf>